



ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด และคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๖๔๐๓๕/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๘ ราย ดังนี้


ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางธัญธิดา เดชอัมพร	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์
๒.	นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลतालสุม กลุ่มงานการแพทย์
๓.	นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์
๔.	นางสาวอุทัยวรรณ จันทร์รุ่งโรจน์	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานการแพทย์
๕.	นางสาวภรภัค พันธุ์เพ็ง	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานรังสีวิทยา
๖.	นายตณุพันธ์ วรรณมงคล	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานทันตกรรม
๗.	นางสาวธิดารัตน์ สายสมบัติ	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานทันตกรรม

๘. นายธนาคาร ศรีธรรม	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มงานการแพทย์
----------------------	--	--

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ร้อยตรี 
(สรมงคล มงคละศิริ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางธัญพร เชนอัมพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๓๐๕๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๓๐๕๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของการตรวจคัดกรองตาชนิดรวมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนาการเขียนหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลतालस्थ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๕๓๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลतालस्थ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๕๓๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์ ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ คณิกหมอคอรอบครัวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลย์มังสาหาร” รายละเอียดคำโคร่งผลงาน “ แบบท้ายประกาศ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลย์มังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๑๖๐๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลย์มังสาหาร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๑๖๐๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นางสาวอุทัยวรรณ จันทร์รุ่งโรจน์ ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” รายละเอียดคำโคร่งผลงาน “ แบบท้ายประกาศ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๙๕๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๙๕๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%


(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


Page 2

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประจําทวีซกาการ ระดับ ชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวภรณ์ค พันธ์เพ็ง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณ กลุ่มงานรังสีวิทยา นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๔๙๓๕๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณ กลุ่มงานรังสีวิทยา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๔๙๓๕๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๖	นายคุณุพันธ์ วรเวทย์มคธ	ชื่อผลงานส่งประเมิน “เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำไส้ใหญ่และช่องท้อง” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “เพิ่มการตรวจ CT colonography (เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำไส้ใหญ่และช่องท้อง)” รายละเอียดค่าใช้จ่าย “แนบท้ายประกาศ”		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานทันตกรรม ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)	๑๕๔๒๕๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การรักษาฟันหน้าสปรอมโดยการใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ : รายงานผู้ป่วย” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนากระบวนการพร้อมใช้งานของยูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร” รายละเอียดค่าใช้จ่าย “แนบท้ายประกาศ”			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (นายธีระพงษ์ แก้วภมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		๑๕๔๒๕๒

๑๕๔๒๕๒

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๗	นางสาวธิดารัตน์ สายสมบัติ ชื่อผลงานส่งประเมิน “กรณีศึกษาการทำฟันเทียมทั้งปากแบบสบฟันเฉพาะปุ่มคานลินในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Complete denture in elderly with rheumatoid arthritis: Lingualized occlusion)” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาระบบการให้บริการทำฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภออนุเมตริก ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณผล กลุ่มงานทันตกรรม ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)	๑๘๓๑๒๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณผล กลุ่มงานทันตกรรม ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)	๑๘๓๑๒๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๘	นายธนาคาร ศิริธรรม ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสียงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มงานทันตกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๗๔๓๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มงานทันตกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๗๔๓๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						For all
				(นายธีระพงษ์ แก้วกรม) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์

โรงพยาบาลพืชมิ่งสาหาร

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มิถุนายน – ธันวาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนความรู้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างกรอบแนวความคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)
- การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์
- การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์
- การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกแรกคลอด
- การตรวจสารชีวเคมีในเลือดหญิงตั้งครรภ์วิธี Quadruple test

กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)

กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการมีสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ 21 หรือจำนวนโครโมโซมคู่ที่ 21 เกิน ลักษณะของทารกที่พบคือมีระดับสติปัญญาต่ำกว่ารายปกติทั่วไป ระดับสติปัญญา (I.Q.) ประมาณ 25 – 50 และรูปร่างหน้าตาที่จำเพาะ เช่น ศีรษะเล็ก ท้ายทอยแบน ผิวหนังต้นคอหย่อน ลิ้นใหญ่จุกปาก หางตาชี้ขึ้น ตั้งจมูกแบน สายฝ่ามือ ตัดขวาง กระดูกข้อนิ้วกลางของนิ้วก้อยสั้นหรือหายไป มีช่องว่างระหว่างนิ้วเท้าที่หนึ่ง และสองกว้างกว่าปกติ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ หมายถึง การตรวจสารชีวเคมีในกระแสเลือดของมารดาขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 เพื่อตรวจคัดกรองว่ารายใดมีความเสี่ยงสูงที่จะให้กำเนิดทารกกลุ่มอาการดาวน์

วิธีการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่ใช้มากที่สุด คือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ควบคู่กับการตรวจเลือด ดังนี้

1. first trimester screen คือ การตรวจคัดกรอง 2 ชั้นตอน โดยการเจาะเลือดของมารดาไปตรวจหาโปรตีน จากนั้นตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูบริเวณถุงน้ำใต้ต้นคอทารก (nuchal translucency) การทดสอบนี้ทำในช่วงสัปดาห์ที่ 11-14 ของการตั้งครรภ์

2. triple screen คือ การตรวจเลือดเพื่อวัดปริมาณสารชีวเคมี 3 ชนิด ได้แก่ 1) alpha-fetoprotein (AFP) ซึ่งผลิตโดยทารกในครรภ์ 2) human chorionic gonadotropin (HCG) ซึ่ง ผลิตโดยรก และ 3) unconjugated estriol (eU3) ซึ่งผลิตโดยรก โดยทารกกลุ่มอาการดาวน์พบระดับ AFP ต่ำ HCG และ eU3 สูง ซึ่งจะเจาะเลือดมารดาที่มีอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์

3. quadruple test คือ การนำเลือดของมารดามาทดสอบสารชีวเคมี 4 ชนิด ที่มาจากเลือด สมอง และไขสันหลังของทารก และน้ำคร่ำ ได้แก่ AFP, HCG, estriol และinhibin-A เพื่อค้นหาความพิการแต่กำเนิด การทดสอบนี้ทำระหว่างสัปดาห์ที่ 15-20 ของการตั้งครรภ์

สำหรับการแปลผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์นั้น ผลการตรวจคัดกรองได้จากอายุที่แท้จริงของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับการตรวจคัดกรอง ด้วยวิธีต่างๆ ทั้งการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยการคำนวณค่าความเสี่ยงนั้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะคำนวณออกมาเป็นตัวเลขที่สามารถแปลผลได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ค่าความเสี่ยง 1 : 250 หรือมากกว่า เช่น 1 : 200 หรือ 1 : 150 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แต่ไม่ได้หมายความว่าทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์อย่างแน่นอน แต่มีความเสี่ยงมากพอที่จะทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

2. ค่าความเสี่ยงน้อยกว่า 1 : 250 เช่น 1 : 300 หรือ 1 : 500 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำแต่ไม่ได้หมายความว่าทารกไม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ แต่มีความเสี่ยงต่ำเกินกว่าที่จะทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด หากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์

ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์นอกจากจะต้องมีความรู้เป็นอย่างดีในเรื่องโรคแล้ว ยังต้องมีทักษะที่จำเป็น ดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ และเรื่องที่ให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี (scientific understanding) เพื่อสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเงื่อนไขทางพันธุกรรม และสามารถตอบข้อซักถามได้อย่างชัดเจน

2. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดกับหญิงตั้งครรภ์ (therapeutic relationship skill) สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และทำให้กระบวนการให้ คำปรึกษาเป็นไปตามเป้าหมาย

3. มีความสามารถในการสื่อสารที่โดดเด่น (outstanding verbal communication skill) นอกเหนือจากความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ โรค และเงื่อนไขทางพันธุกรรมแล้วจะต้องสามารถอธิบายสิ่งต่างๆ ที่หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสจำเป็นต้องรู้ ให้เข้าใจโดยง่าย และชัดเจน ตรงประเด็น เพื่อให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเข้าใจสถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญอย่างถูกต้อง

4. มีความอดทน (patience) เรื่องที่ให้คำปรึกษาอาจเป็นเรื่องยากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสที่จะเข้าใจอย่างสมบูรณ์ในครั้งแรก พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความอดทนในการอธิบาย สิ่งเดียวกันหลายๆ ครั้ง และในหลายๆ วิธี จนกว่าหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสจะเข้าใจอย่างสมบูรณ์

5. มีความเอาใจใส่ (empathy) แม้ว่าพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องการอธิบายข้อเท็จจริง ทาง การแพทย์ และสถิติต่างๆ แต่หากหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสต้องการแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกก็ควรให้ โอกาสได้แสดงออกมา โดยไม่แสดงความเห็นว่า เป็นเรื่องนอกประเด็น เพียงคอยควบคุมให้เหมาะสม

6. มีความเป็นกลาง (impartiality) บทบาทของพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา คือ การให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงของสถานการณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส และช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสจะตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับ และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ทางเลือกในการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส แต่การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส เป็นหลัก

7. มีทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skill) ระหว่างการให้คำปรึกษาอาจมีปัญหาคิดที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นหลายประการ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องพิจารณาความเสี่ยง และผลกระทบที่อาจเกิดจาก ข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้การให้คำปรึกษานั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทักษะนี้เป็นทักษะที่มีประโยชน์อย่างมาก ในการให้คำปรึกษาเรื่องที่ละเอียดอ่อน จากทักษะที่จำเป็นข้างต้น พยาบาลผู้ให้ คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องผ่านการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความชำนาญ และความมั่นใจการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้ คำปรึกษาเพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

กรมอนามัย (2563) ได้เสนอ แนวทางการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา เพื่อรองรับระบบตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ ได้แก่ สถานการณ์การเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ โครโมโซมปกติ และโครโมโซมกลุ่มอาการดาวน์ ลักษณะทารกกลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคัดกรอง กลุ่มอาการดาวน์ และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ได้แก่ ความหมาย วิธีการ ผลการตรวจคัดกรอง/ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ และแยกแยะ ความแตกต่างระหว่างโครโมโซมปกติกับโครโมโซม กลุ่มอาการดาวน์ได้

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย วัตถุประสงค์ หลักการ และกระบวนการให้คำปรึกษา ขั้นพื้นฐาน และความหมาย วัตถุประสงค์ หลักการ และกระบวนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมของกระบวนการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับความหมาย วัตถุประสงค์ หลักการ และกระบวนการให้คำปรึกษาก่อน และหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาก่อน และหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ และสามารถถ่ายทอดความรู้ และประเด็นสำคัญ รวมถึงสามารถนำทักษะการให้คำปรึกษาไปใช้ได้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 ฝึกทักษะการให้คำปรึกษา ดังนี้

2.1 สาธิต/ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ จากบทบาท สมมติ ทั้งในส่วนผู้ให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ และผู้สังเกตการณ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำทักษะต่างๆ มาใช้ในบทบาทสมมติที่ได้รับ เพื่อทราบถึงปัญหา/ อุปสรรคในการให้คำปรึกษาแล้วนำมาพัฒนาต่อไป

2.2 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จากสถานการณ์ที่กำหนด และประเมินผล เพื่อให้ทราบว่ามีการนำกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์มาใช้ครบทุกขั้นตอนหรือไม่ หรือมีปัญหา/อุปสรรค อะไรเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

2.3 ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ คัดกรองกลุ่มอาการดาวน์จากสถานการณ์ที่กำหนด และประเมินผล เพื่อให้ทราบว่ามีการนำกระบวนการให้คำปรึกษาหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ มาใช้ครบทุกขั้นตอนหรือไม่ หรือมีปัญหา/อุปสรรค อะไรเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาหลังการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกแรกคลอด

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ ในทุกอายุว่ารายใดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อแนะนำให้เข้ารับ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี 2 ระดับ ดังนี้

1. การตรวจคัดกรอง (Screening test) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการป้องกัน และลดโอกาสการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ทุกอายุที่มีความเสี่ยงสูง และแนะนำให้รับบริการวินิจฉัยก่อนคลอด ทั้งนี้เพื่อจะลดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ สามารถทำได้ทั้งในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์

2. การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis : PND) เป็นการตรวจวิเคราะห์โครโมโซมของทารกในครรภ์ที่ผลการตรวจคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงสูง ต้องอาศัยการเก็บตัวอย่างของทารกในครรภ์ อาจเป็นตัวอย่างจากการตัดชิ้นเนื้อรก ตัวอย่างจากการเจาะน้ำคร่ำ หรือเลือดจากการเจาะจากสายสะดือของทารกในครรภ์ การเก็บตัวอย่างของทารกในครรภ์ทั้ง 3 วิธี แพทย์จะทำด้วยความระมัดระวัง โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ในการชันนำร่วมด้วย

องค์ประกอบการประเมินความเสี่ยง

1. อายุหญิงตั้งครรภ์ (Maternal age: MA) หญิงตั้งครรภ์มีอายุมากกว่า 35 ปี เมื่อนับถึงวันกำหนดคลอด มีความเสี่ยงสูงต่อการมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ กรณีนี้แพทย์จะแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อหาความผิดปกติของโครโมโซม แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ ก็สามารถเลือกที่จะตรวจคัดกรองด้วยวิธีอื่นๆ ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจ

2. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เพื่อวัด NT ในไตรมาสแรก⁽⁵⁾ คือการวัด Nuchal translucency (NT) ของน้ำที่สะสมบริเวณด้านหลังต้นคอของทารกในครรภ์ในช่วงอายุ 11-13 สัปดาห์ ประมาณ 1 ใน 3 ของทารกในครรภ์ที่มี NT หนาผิดปกติจะมีโครโมโซมผิดปกติ และครึ่งหนึ่งของทารกกลุ่มที่มีโครโมโซมผิดปกตินี้ จะเป็นทารกกลุ่มอาการดาวน์ ทั้งนี้ NT ที่หนาผิดปกตินี้ไม่ถือว่าเป็นความพิการของทารกในครรภ์แต่เป็นเครื่องหมายแสดงถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น NT จะมีความหนาเพิ่มขึ้นในทารกที่อายุครรภ์มากขึ้น ดังนั้นอายุครรภ์ที่วัดความหนาของ NT ก็ส่งผลต่อประสิทธิภาพของ NT ในการแยกการตั้งครรภ์ทารก กลุ่มอาการดาวน์ออกจากทารกปกติ โดยพบว่าประสิทธิภาพจะลดลงหากตรวจคัดกรองในอายุครรภ์ที่มากขึ้น ดังนั้นการวัดความหนาของ NT เพียงอย่างเดียว จึงถูกแนะนำให้ใช้เฉพาะการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในกรณีการตั้งครรภ์แฝด

3. การตรวจสารชีวเคมีในเลือดหญิงตั้งครรภ์ (Biochemical makers)⁽⁶⁾ สารชีวเคมีที่ใช้ตรวจคัดกรองมีดังนี้

1. Serum pregnancy associated plasma protein-A (PAPP-A) เป็นไกลโคโปรตีนที่สร้างจาก Trophoblast สามารถตรวจพบในเลือดมารดาตั้งแต่อายุครรภ์ 28 วัน หลังการปฏิสนธิ และจะเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ โดยมีการเพิ่มเป็นสองเท่าทุก 4-5 วัน ในไตรมาสแรก จากการศึกษาพบว่า ค่า PAPP-A จะลดลงในหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

2. Serum alpha-fetoprotein (AFP) เป็นไกลโคโปรตีนที่สร้างจาก Yolk sac ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และจากระบบทางเดินอาหาร และตับ ของทารกในระยะหลังของการตั้งครรภ์ ค่า AFP จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไปจนตลอดการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่า ค่า AFP ลดลงในหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกปกติ และจะลดลงอย่างชัดเจนในระยะไตรมาสที่สอง

3. Serum free β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) เป็นไกลโคโปรตีนที่สร้างจาก Syncytiotrophoblast ประกอบด้วย α และ β Subunit ซึ่ง β Subunit จะมีความจำเพาะสำหรับ hCG มากกว่า ซึ่งจะมีอยู่ 2 รูปแบบคือ Free form และ Intact form ระดับ β -hCG ทั้งสองรูปแบบจะมีค่าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากการฝังตัว และสูงสุด ช่วงอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะลดลง จนกระทั่งหลัง 20-22 สัปดาห์ ค่าจะคงที่ไปจนครบกำหนดคลอด จากการศึกษาพบว่า ค่า free β -hCG เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

4. Serum unconjugated estriol (uE3) เป็นเอสโตรเจนที่สร้างจากรก จากการศึกษาพบว่า ค่า uE3 ลดลงในหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

5. Serum dimeric inhibin-A เป็นโปรตีน ที่สร้างจากรก และรังไข่ จากการศึกษาพบว่าค่า Inhibin A สูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

การตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ (Maternal serum screening) สามารถตรวจได้ในสองช่วง คือ ในไตรมาสแรก (First trimester) จะตรวจ Beta-human chorionic gonadotrophin (β -hCG) และ Pregnancy associated plasma protein-A (PAPP-A) จากเลือดหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับการวัด NT และในไตรมาสที่ 2 (Second trimester) จะตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์โดยวิธี Quadruple (Quad) test โดยการ

ตรวจหาปริมาณสารชีวเคมี 4 ชนิด ได้แก่ alpha-fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) และDimeric inhibin-A โดยไม่ต้องวัด NT ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์จะตรวจพบค่าปริมาณสารชีวเคมีชนิด AFP และuE3 ต่ำ ขณะที่ β -hCG และ Dimeric inhibin-A สูง จากนั้นนำข้อมูลผลการวิเคราะห์ปริมาณสารชีวเคมี และประวัติหญิงตั้งครรภ์มาคำนวณค่าความเสี่ยงโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ผ่านการทดสอบความถูกต้องตามระบบ คุณภาพที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งจะคำนวณค่า AFP, uE3, β -hCG และDimeric inhibin-A ออกมา เป็นค่า MoM (Multiples of the Median) หรือจำนวน เท่าของค่ามัธยฐานในกลุ่มประชากรปกติที่อายุครรภ์ เท่ากัน ค่า MoM ทั้ง 4 ค่าที่ได้ เมื่อนำมาคำนวณ ร่วมกับความเสี่ยงที่มาจากอายุหญิงตั้งครรภ์ ประวัติคลอดบุตรกลุ่มอาการดาวน์ ประวัติการสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน และประวัติอื่นๆ ตามที่ระบุในแบบนำเสนอตัวอย่างก็จะได้ค่าความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นกลุ่มอาการดาวน์ โดยทั่วไปการตรวจ Quadruple test มีอัตราการตรวจพบ (Sensitivity rate) ทารกในครรภ์กลุ่มอาการดาวน์ประมาณร้อยละ 81

การตรวจสารชีวเคมีในเลือดหญิงตั้งครรภ์วิธี Quadruple test

ขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และรกจะสร้างสารชีวเคมีขึ้นมาหลายชนิดที่สำคัญ เช่น Alpha fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) และDimeric inhibin-A การสร้างสารชีวเคมีดังกล่าวระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์ปกติกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์ เป็นกลุ่มอาการดาวน์จะมีปริมาณที่แตกต่างกัน จึงเป็นที่มาของการตรวจเลือดเพื่อวิเคราะห์ปริมาณสารชีวเคมีกลุ่มนี้ นำค่าที่ได้มาประเมินความเสี่ยงของทารกในครรภ์ต่อการเป็นกลุ่มอาการดาวน์⁽⁵⁾

การเก็บ และการนำส่งตัวอย่าง

1. เจาะเลือดจากเส้นเลือดดำประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดที่ไม่มีสารกันเลือดแข็งตัว ปิดป้ายระบุชื่อ-นามสกุลหญิงตั้งครรภ์ วันที่เจาะเลือดให้ชัดเจน

2. วางหลอดเก็บเลือดไว้ที่อุณหภูมิห้อง รอเลือดแข็งตัวปั่นแยกซีรัมไม่เกิน 2 ชั่วโมง นับเวลาหลังจากเจาะเลือด โดยปั่นที่ความเร็วรอบ 3,000 rpm เป็น เวลา 10-15 นาที เก็บตัวอย่างซีรัมไว้ที่อุณหภูมิระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส

- กรณีไม่สามารถปั่นแยกซีรัมภายใน 2 ชั่วโมง จะต้องเก็บเลือดไว้ที่ 2-8 องศาเซลเซียส

- หากจำเป็นต้องเก็บซีรัมไว้เป็นเวลานานกว่า 6 วัน ต้องเก็บซีรัมไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส หรือหากไม่มีตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส สามารถเก็บไว้ในช่องแช่แข็ง หรือที่อุณหภูมิ 0 องศาเซลเซียส (โดย อนุโลม) เนื่องจาก uE3 ในซีรัมไม่คงตัว และ β -hCG ในซีรัมจะมีระดับเพิ่มขึ้นเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น

หมายเหตุ : อย่างไรก็ตามห้องปฏิบัติการทุกแห่ง ควรจัดระบบงานให้สอดคล้อง และสามารถปั่นแยกซีรัมได้ตามเวลาที่กำหนด เพราะคุณภาพของซีรัมจะมีผลต่อผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งอาจนำไปสู่การต้องทำการวินิจฉัยก่อนคลอดชนิดรุกราน (Invasive prenatal diagnosis) ที่ไม่จำเป็น

3. กรณีห้องปฏิบัติการไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ด้วยตนเอง และต้องส่งซีรัมไปยังห้องปฏิบัติการอื่น ต้องนำส่งโดยใส่ในกล่องที่มีน้ำแข็งเพื่อควบคุมอุณหภูมิพร้อมกับข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำส่งห้องปฏิบัติการทันที

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการประเมินความเสี่ยง⁽⁵⁾

1. อายุหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะมีทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ดังนั้นจึงต้องได้ข้อมูลอายุที่แท้จริง หรือ วัน เดือน ปี เกิดเพื่อนำมาคำนวณอายุ

2. อายุครรภ์ที่ถูกต้อง นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการประเมินความเสี่ยง

3. ประวัติการคลอดบุตรกลุ่มอาการดาวน์
4. การสูบบุหรี่ หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อค่า uE3 ทำให้มีค่าต่ำกว่าปกติ
5. น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อค่า β -hCG และAFP โดยหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักตัวมากจะมีความเข้มข้นของ β -hCG และAFP ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักปกติ
6. เบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน (IDDM) ระดับ β -hCG และAFP ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด IDDM จะต่ำกว่าปกติ
7. เชื้อชาติมีผลต่อปริมาณ β -hCG โดยเชื้อชาติ African American และ Asian American มีความเข้มข้นของ β -hCG สูงกว่าเชื้อชาติอื่น
8. การตั้งครรภ์แฝด มีผลทำให้ปริมาณ β -hCG และAFP สูงกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวจึงไม่สามารถนำมาคำนวณความเสี่ยงร่วมกับค่ามาตรฐานซึ่งได้จากการตั้งครรภ์เดี่ยวได้

ข้อดีของการตรวจ

1. เป็นการตรวจวิเคราะห์จากเลือดหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่ำที่จะเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ จึงมีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว
2. สามารถตรวจได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ เป็นประโยชน์ในการตรวจคัดกรองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์
3. การตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะช่วยลดจำนวนการทำ Amniocentesis ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ด้วยการตรวจ Quadruple test มีอัตราการตรวจพบทารกในครรภ์กลุ่มอาการดาวน์ร้อยละ 81
4. หากพบว่ามีความเสี่ยงสูง ต้องตรวจยืนยันโดยการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป

การรายงานผล

1. รายงานค่าความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์ จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ค่า Cut off ที่ 1: 250 โดยประเมินจากค่า MoM ซึ่งได้มาจากปริมาณความเข้มข้นของ AFP, uE3, β -hCG และDimeric inhibin-A รวมทั้งความเสี่ยงของอายุหญิงตั้งครรภ์ และประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. รายงานผลภายใน 14 วัน หลังจากวันที่ได้รับตัวอย่าง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการ และเหตุผล

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นกลุ่มอาการทางพันธุกรรมที่มีสาเหตุหลักมาจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แห่ง (trisomy 21) โดยจะส่งผลต่อการพัฒนาของเด็กตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์ต่อเนื่องไปจนหลังคลอด และตลอดชีวิต อุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 800 ของทารกเกิดมีชีพ ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเกิด⁽⁴⁾ จะมีลักษณะอาการทางคลินิก และอาการแสดง ดังนี้ ใบหน้ากลม ศีรษะแบน ตาเฉียงขึ้น ตั้งจมูกแบน ลิ้นมักยื่นออกมา กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก มือสั้น และกว้าง มีเส้นลายมือขวาง นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของนิ้วเท้าอยู่ห่างกัน เป็นต้น ลักษณะเด่น คือ มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าทั่วไป หัวใจพิการแต่กำเนิด ร่วมกับความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบโลหิต การได้ยิน การมองเห็น ระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ กลุ่มอาการดาวน์สามารถป้องกันได้โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเสี่ยงในการให้กำเนิดบุตรกลุ่มอาการดาวน์ และการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด ตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุกรรมอย่างครบวงจรแก่หญิงตั้งครรภ์⁽⁵⁾

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในทุกอายุว่ารายใดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการมีทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อแนะนำให้เข้ารับ

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป แต่การเลือกวิธีตรวจคัดกรองต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ความคุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์ ความสามารถของห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาที่มาฝากครรภ์ งบประมาณที่ต้องใช้ และผลกระทบ จากการตรวจคัดกรอง เช่น ผลลบลงจากการตรวจคัดกรอง การแท้งจากการเจาะน้ำคร่ำ เป็นต้น สำหรับการ ตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี quadruple test เป็นการตรวจวัดระดับสารชีวเคมี 4 ชนิด (AFP, hCG, uE3 และinhibin A) ในกระแสเลือดมารดาขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ เพื่อคัด กรองว่าสตรีรายใดมีความเสี่ยงสูงที่จะให้กำเนิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ โดยมีจุดตัดความเสี่ยงที่มากกว่าหรือ เท่ากับ 1 ต่อ 250 ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะใช้ในการพิจารณาว่าจะแนะนำให้เจาะน้ำคร่ำหรือไม่ เพราะการเจาะ น้ำคร่ำมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียทารกได้เช่นกัน⁽¹⁾ ที่ผ่านมามีการศึกษาผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วย วิธี quadruple test ในประเทศไทยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ค่อนข้างน้อย การศึกษานี้จะทำให้ทราบถึง ประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองตามบริบทโรงพยาบาลชุมชน

งานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้ตรวจกรองกลุ่มอาการ ดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี quadruple test หากพบผลบวกจากการตรวจจะตรวจยืนยันผลอีกครั้งด้วยการ เจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซม ขั้นตอนการตรวจดังกล่าวอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน ตั้งแต่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเน้นการค้นหา และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ในไตรมาสแรก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม การซักประวัติ ตรวจร่างกายหรือเจาะน้ำคร่ำโดยสูติแพทย์ การส่งตรวจซีรัมหรือโครโมโซมโดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่ง การตรวจคัดกรองต้องเป็นการทดสอบที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับทั้งความแม่นยำ ความเที่ยงตรง ความไว ได้ผล เร็ว และมีผลบวกคลวงต่ำ และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษา ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อทบทวนมาตรฐานการทำงาน ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเอกสารที่เป็นแฟ้มประวัติของสตรี ตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 ทุกรายจำนวน 1,116 คน มีเกณฑ์การคัดออกคือหญิงตั้งครรภ์แฝด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้จะทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบคัดลอกประวัติการรักษา และผลการตรวจ น้ำคร่ำจากเวชระเบียน ประกอบด้วย วันเดือนปีที่ส่งตรวจ อายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนครั้ง การคลอด จำนวนครั้งการแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต ประวัติอื่น ๆ และประวัติครอบครัว ผลการตรวจ quadruple test ผลการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซม

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้วจะทำการแปลผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยวิธี quadruple test โดยคำนวณค่าความเสี่ยงด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งจะคำนวณออกมาเป็นตัวเลขที่สามารถแปลผลได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1) ค่าความเสี่ยง 1:250 หรือมากกว่า เช่น 1:200 หรือ 1:150 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แต่ไม่ได้ หมายความว่าทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์อย่างแน่นอน แต่มีความเสี่ยงมากพอที่จะทำการตรวจวินิจฉัยก่อน คลอด หากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำการ ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป โดยการเก็บตัวอย่างเซลล์หรือเลือดเพื่อวิเคราะห์โครโมโซม (chromosomal karyotyping)

2) ค่าความเสี่ยงน้อยกว่า 1:250 เช่น 1:300 หรือ 1:500 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำแต่ ไม่ได้ หมายความว่า ทารกไม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ แต่มีความเสี่ยงต่ำเกินกว่าที่จะทำการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

ขั้นตอนการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนะนำฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์เพื่อส่งตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่โรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์
2. โรงพยาบาลนัดหมายแจ้งผลตรวจภายใน 14 วัน
3. กรณีผลตรวจกรองเป็นบวก พยาบาลให้ข้อมูล และแนะนำเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งน้ำคร่ำจะถูกส่งไปตรวจโครโมโซมที่ศูนย์พันธุศาสตร์การแพทย์ก่อนอายุครรภ์ 18 สัปดาห์
4. กรณีผลตรวจโครโมโซมเป็นบวกแพทย์ให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์ภายใน 28 วัน ก่อนอายุครรภ์ 22 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ในแบบคัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การศึกษา
4. การควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยคำนึงถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการบันทึกในกรณีที่พบว่าการลงบันทึกในแบบคัดลอกข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรแบบกลุ่มด้วย Chi-square test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติด้วย Student's t test และกลุ่มตัวอย่างที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติด้วย Mann Withney U Test
2. ทดสอบความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test ด้วยการทดสอบหาค่าอัตราการตรวจพบ (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจ quadruple test เป็นบวกหรือลบ (positive/negative predictive values) ความแม่นยำ (accuracy) และความชุก (prevalence)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2566-039

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test จำนวน 1,116 ราย อายุเฉลี่ย 27.08 ± 6.52 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 14.98 ± 1.22 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ค่ามัธยฐานการคลอด 1 ครั้ง ผลการตรวจ quadruple test พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 944 คน กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 172 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	รวม (1,116)	Low risk (n=944)	Hight risk (n=172)	p-value
อายุเฉลี่ย, ปี	27.08±6.52	26.40±6.06	30.79±7.66	<0.001* ^a
น้อยกว่า 35	993 (88.98)	879 (93.11)	114 (66.28)	
35 – 40	99 (8.87)	56 (5.93)	43 (25.00)	
มากกว่า 40	24 (2.15)	9 (0.95)	15 (8.72)	
อายุครรภ์, สัปดาห์	14.98±1.22	15.00±1.28	14.86±.80	<0.001* ^a
<14	325 (29.12)	274 (29.03)	51 (29.65)	
14-18	785 (70.34)	664 (70.34)	121 (29.65)	
>18	6 (0.54)	6 (0.64)	0 (0.00)	
การตั้งครรภ์ (Gravida)	2 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-6)	<0.001* ^b
การคลอด (Para)	1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-4)	0.001* ^b
การแท้ง (Abortion)	0 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-4)	0.050 ^b
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (Living)	1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-4)	<0.001* ^b

* sig p<0.05 ^aStudent's t test ^bMann Withney U Test , Median (IQR)

ตารางที่ 2 พบว่าประวัติมีโครโมโซมผิดปกติในครรภ์ก่อน ประวัติโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการสูบบุหรี่เป็นประจำ และประวัติการได้รับโพลีระหว่างการตั้งครรภ์ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูล	รวม (1,116)	Low risk (n=944)	Hight risk (n=172)	p-value
ประวัติมีโครโมโซมผิดปกติในครรภ์ก่อน	1 (0.09)	0 (0.00)	1 (0.58)	0.019*
ประวัติโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	36 (3.23)	23 (2.44)	13 (7.56)	<0.001*
ประวัติการสูบบุหรี่เป็นประจำ	1 (0.09)	0 (0.00)	1 (0.58)	0.019*
ประวัติการได้รับโพลีระหว่างการตั้งครรภ์	1115 (99.91)	944 (100.00)	171 (99.42)	0.019*
เคยมีประวัติคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์	2 (0.18)	1 (0.11)	1 (0.58)	0.175

* sig p<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของสารชีวเคมี (Biomarkers) พบว่าในกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่ามัธยฐาน AFP และ uE3 สูงกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำ ส่วนค่ามัธยฐาน Beta-hCG และ Inhibin-A ต่ำกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ Biomarkers ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ และกลุ่มเสี่ยงสูง

Serum biomarker, MoM	รวม (1,116)	Low risk (944)	Hight risk (172)	p-value
AFP	0.97 (0.35-2.47)	1 (0.45-2.34)	0.8 (0.19-8.22)	<0.001*
Beta-hCG	1.05 (0.3-3.64)	1 (0.3-3.22)	1.53 (0.24-5.73)	<0.001*
uE3	0.90 (0.90-3.67)	0.94 (0.11-4.02)	0.51 (0.08-1.90)	<0.001*
Inhibin-A	1 (0.32-3.20)	1 (0.33-2.57)	1.71 (0.25-5.51)	<0.001*

* sig $p < 0.05$, Mann Withney U Test, Median (IQR)

การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกแรกคลอด

จากตารางที่ 4 - 5 ในการศึกษาครั้งนี้พบผลตรวจโครโมโซมผิดปกติพบกลุ่มอาการดาวน์ 5 คน ความชุกของภาวะดาวน์ซินโดรม ร้อยละ 0.45 (95%CI 0.06-0.84) เมื่อทดสอบประสิทธิภาพของการทำนายภาวะภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test พบว่ามีค่า sensitivity หรือ "True positive rate" ร้อยละ 80.0 (95%CI 77.6-82.3) และมีค่า specificity หรือ "true negative rate" ร้อยละ 84.8 (95%CI 82.7-86.9) ค่า false-positive rate ร้อยละ 15.1 (95%CI 13.0-17.3) และค่า negative predictive value test ร้อยละ 99.9 (95%CI 99.7-100.0) และ accuracy ร้อยละ 84.5 (95%CI 82.6-66.9)

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์จากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test

quadruple test	ภาวะดาวน์ซินโดรม		รวม (%)
	มี (%)	ไม่มี (%)	
Hight risk	5 (2.91)	167 (97.09)	172 (100)
Low risk	0 (0.00)	944 (100)	944 (100)

ตารางที่ 5 ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรม จากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test

Performance measure	% (95%CI)
Sensitivity	80.0 (77.6-82.3)
Specificity	84.8 (82.7-86.9)
False-positive rate	15.1 (13.0-17.3)
Positive predictive value	2.3 (1.4-3.2)
Negative predictive value	99.9 (99.7-100)
Accuracy,	84.5 (82.6-66.9)
Prevalence,	0.45 (0.06-0.84)

ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรมจำแนกตามอายุ

จากตารางที่ 6 ในการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะดาวน์ซินโดรมในมารดาอายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ 0.31 ส่วนมารดาอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีความชุก ร้อยละ 1.27 เมื่อทดสอบประสิทธิภาพของการทำนายภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test ในกลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 35 ปี พบว่ามีค่า sensitivity ร้อยละ 66.6 (95%CI 63.6-69.6) และมีค่า specificity ร้อยละ 89.0 (95%CI 87.0-91.0) และค่า negative predictive value test ร้อยละ 99.8 (95%CI 99.6-100.0) และ accuracy ร้อยละ 88.9 (95%CI 86.7-90.8) ในกลุ่มมารดาอายุตั้งแต่ 35 ปี พบว่ามีค่า sensitivity ร้อยละ 100.0 (95%CI 100.0-100.0) และมีค่า specificity ร้อยละ 59.3 (95%CI 51.7-67.0) และค่า negative predictive value test ร้อยละ 100.0 (95%CI 100.0-100.0) และ accuracy ร้อยละ 59.8 (95%CI 51.7-67.6)

ตารางที่ 6 ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี quadruple test รวม และจำแนกตามอายุมารดา (Maternal age)

Performance measure	All women (n=1,116) % (95%CI)	Maternal age at delivery, y	
		<35 (n=959) % (95%CI)	≥35(n=157) % (95%CI)
Sensitivity	80.0 (77.6-82.3)	66.6 (63.6-69.6)	100.0 (100.0-100.0)
Specificity	84.8 (82.7-86.9)	89.0 (87.0-91.0)	59.3 (51.7-67.0)
False-positive rate	15.1 (13.0-17.3)	10.9 (9.0-13.1)	40.6 (32.8-48.8)
Positive predictive value	2.3 (1.4-3.2)	1.8 (1.0-2.7)	3.1 (0.4-5.7)
Negative predictive value	99.9 (99.7-100)	99.8 (99.6-100)	100.0 (100.0-100.0)
Accuracy	84.5 (82.6-66.9)	88.9 (86.7-90.8)	59.8 (51.7-67.6)
Prevalence	0.45 (0.06-0.84)	0.31 (-0.04-0.67)	1.27 (-0.48-3.03)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของ Biomarkers พบว่าในกลุ่มเกิดภาวะดาวน์ซินโดรม กลุ่มเสี่ยงสูงมีค่ามัธยฐาน AFP และ uE3 สูงกว่ากลุ่มปกติ ส่วนค่ามัธยฐาน Beta-hCG และ Inhibin-A ต่ำกว่ากลุ่มปกติแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของ Biomarkers ในกลุ่มปกติ และกลุ่ม Down's syndrome

Serum biomarker, MoM	Normal fetuses	Down syndrome fetuses	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
AFP	0.97 (0.35-2.45)	0.88 (0.74-2.98)	0.730
Beta-hCG	1.05 (0.30-3.64)	1.51 (0.10-3.98)	0.182
uE3	0.90 (0.09-3.67)	0.38 (0.26-2.66)	0.163
Inhibin-A	1 (0.33-3.18)	2.38 (0.32-4.11)	0.031*

* sig p<0.05 , Mann Withney U Test , Median (IQR)

5.2 เชิงคุณภาพ

การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test เป็นการตรวจที่ควรแนะนำในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพราะทดสอบง่าย ต้นทุนต่ำ ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย แต่มีโอกาสพบผลบวกปลอม ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงแพทย์ควรแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อหาความผิดปกติของโครโมโซม แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ ก็สามารถเลือกที่จะตรวจด้วยวิธีนี้ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจ ประกอบกับพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยต้องทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล และอธิบายจนหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเข้าใจข้อมูลที่เป็นอย่างถ่องแท้ และเพียงพอต่อการตัดสินใจก่อนที่จะทราบผลการตรวจคัดกรอง หากให้คำปรึกษาหลังทราบผลความผิดปกติ ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา เพราะความทุกข์ และความวิตกกังวลจะทำให้ไม่สามารถรับฟัง และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ ควรรอสักระยะหนึ่งเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเป็นผู้ตัดสินใจเองสำหรับทางเลือกต่างๆ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นการทบทวนมาตรฐานการทำงานตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. สามารถนำข้อมูลผลการตรวจกรองด้วยวิธี quadruple test ไปประกอบการอบรมให้ความรู้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพืชมั่งสาหาร และการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ และญาติต่อไป
3. เป็นแนวทางการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษานี้

7. ความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดำเนินการ

- 1) เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังด้วยการทบทวนจากเวชระเบียน ต้องใช้ผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาศึกษาวิเคราะห์
- 2) การเก็บ และการนำส่งตัวอย่างเพราะห้องปฏิบัติการไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ด้วยตนเอง และต้องส่งซีรัมไปยังห้องปฏิบัติการอื่น ต้องนำส่งโดยใส่ในกล่องที่มีน้ำแข็งเพื่อควบคุมอุณหภูมิพร้อมกับข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และนำส่งห้องปฏิบัติการทันที ดังนั้นต้องตระหนักถึงผลกระทบจากการขนส่ง และอุณหภูมิ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเข้มข้นของสารชีวเคมี

8. ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษานี้พบหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ขึ้นไป 5 คน แต่ทุกคนผลการตรวจ quadruple test เสี่ยงต่ำ และเมื่อติดตามต่อเนื่องไม่พบภาวะกลุ่มอาการดาวน์ แต่หากต้องการให้ผ่านตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ฝากครรภ์อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ ได้รับการตรวจ quadruple test ควรส่งเสริมการดำเนินงานฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทดสอบง่าย ต้นทุนต่ำ ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย แต่มีโอกาสพบผลบวกปลอม ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงแพทย์ควรแนะนำให้รับ

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อหาความผิดปกติของโครโมโซม แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะน้ำคร่ำ ก็สามารถเลือกที่จะตรวจด้วยวิธี quadruple test ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจ

2. พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส ตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล และอธิบายจนหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้ที่จำเป็น และเพียงพอต่อการตัดสินใจก่อนที่จะทราบผลการตรวจคัดกรอง หากรอให้คำปรึกษาเมื่อทราบผลผิดปกติ ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา เพราะความทุกข์ และความวิตกกังวลจะทำให้ไม่สามารถรับฟัง และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับความรอบรู้ระยะหนึ่งเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรสเป็นผู้ตัดสินใจเองสำหรับทางเลือกต่างๆ

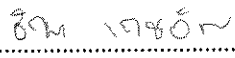
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เรื่อง “ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพิจุลมั่ง สาธาร”

จำนวนหน้า (เนื้อหา/ภาคผนวก)	วัน เดือน ปี ที่เผยแพร่	แหล่งเผยแพร่
9 หน้า	ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 ISSN: 3027-673x (Online)	วารสาร วารสารการแพทย์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นางธัญรดา เดชอัมพร สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางธัญรดา เดชอัมพร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ


(วันที่) 25 / พ.ย. / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางธัญรดา เดชอัมพร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

(วันที่) 24 / พ.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 27 / มิ.ย. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
เพื่อขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

1. เรื่อง พัฒนาการเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. หลักการ และเหตุผล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคน องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่า เด็กทุกคนควรได้กินนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก และได้กินนมแม่ร่วมกับอาหารตามวันจนถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น⁽¹⁾ ด้วยนมแม่เป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะประกอบด้วยสารอาหารครบถ้วน เหมาะกับความต้องการของทารก ย่อย และดูดซึมง่าย ทารกขับถ่ายสะดวก นมแม่มีภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะโรคทางเดินหายใจ และโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญสำหรับทารกในขวบปีแรก⁽²⁾ ที่สำคัญช่วยประหยัดเงิน ประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสม ประหยัดค่ารักษาพยาบาลในการดูแลรักษาเด็กป่วย เนื่องจากทารกที่กินนมแม่มีสุขภาพแข็งแรง เจ็บป่วยน้อยกว่าทารกที่กินนมผสม⁽³⁾ ปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรู้ รายได้ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนจากพยาบาล พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะให้นมแม่ที่ยาวนานกว่ามารดาที่ไม่มีความรู้ มารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อกลับไปทำงาน⁽²⁾ ส่วนปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อยคือ ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นเหตุผลหลักของการเสริมนมผสม ทำให้ทารกดูดนมจากเต้านมแม่ลดลง ลดการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ให้น้ำนมมาน้อย ในที่สุดมารดาล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁴⁾ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คู่กับนมชงหรือให้นมชงอย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 1 เดือนมีผลทำให้ทารกได้รับสารอาหาร และภูมิต้านทานที่จำเป็นได้ไม่เต็มที่ การเข้าเต้าน้อยส่งผลต่อปริมาณน้ำนมของมารดาอาจมีผลให้น้ำนมมารดาน้อยลงในช่วงหลังคลอด 30 วัน ทำให้ระยะยวบน้ำนมแม่ไม่เพียงพอต่อทารกจนต้องใช้นมชงควบคู่ไปด้วย ส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนลดลง

การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งในเรื่องการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด และในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยทั่วไปหากโรงพยาบาลมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ควรมีการประสานงานจากหน่วยงานห้องคลอดหรือหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อให้มีการติดตามการเยี่ยมบ้านหลังคลอดเมื่อมารดาได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งหากสามารถทำได้ การติดตามการเยี่ยมบ้านควรทำในครั้งแรกในหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากจะสามารถให้คำปรึกษาหรือช่วยแก้ไขปัญหามารดาได้พบเมื่อมารดากลับไปอยู่ที่บ้านที่มีสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไปจากขณะที่อยู่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม บางโรงพยาบาลอาจขาดหน่วยงานที่ทำการเยี่ยมบ้าน ควรจัดระบบให้มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดกลไกการเยี่ยมบ้านโดยหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งจะทำหน้าที่เยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข มีการศึกษาถึงประโยชน์ของการเยี่ยมบ้านหลังคลอดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า การเยี่ยมบ้านหลังคลอดช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 2.2 เท่า⁽⁵⁾ ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรให้ความสำคัญกับกลไกการเยี่ยมบ้านโดยจัดกระบวนการให้เกิดระบบที่มีการส่งต่อข้อมูลที่ดี เพื่อให้คุณประโยชน์นี้เกิดแก่มารดา และทารก

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารได้ทำการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนมแม่ ในปี 2566 หลังโทรติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 7 วัน 14 วัน 30 วัน พบว่าในการโทรติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดนั้น

มีมารดาหลังคลอดจำนวนมากหนึ่งที่ไม่สามารถติดต่อได้เลยในจำนวน 3 ครั้ง และมารดาอีกจำนวนมากที่โทรติดตามเยี่ยมได้ไม่ครบ 3 ครั้ง สาเหตุที่นี้อาจเกิดมาจากทางด้านมารดาหลังคลอดเอง ที่ไม่สามารถรับโทรศัพท์ได้ อยู่ในสถานที่ที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ และสาเหตุทางฝ่ายเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถโทรตามเยี่ยมได้ครบทุกคนในช่วงวันนั้นๆ การโทรติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดในรายที่มีปัญหา การสอบถามข้อมูล ประเมินปัญหา และให้คำแนะนำนั้นใช้เวลาค่อนข้างมาก และผู้เจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะมากพอสมควรที่จะประเมินปัญหา และให้คำแนะนำที่เหมาะสมได้ การโทรติดตามเยี่ยม และการให้ข้อมูลศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่บางส่วนยังทำตามประสบการณ์เดิมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งขาดรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน และยังพบว่าการเข้าถึงบริการ และการส่งต่อข้อมูลของมารดาหลังคลอด ภาครัฐหรือข่ายมีส่วนร่วมน้อย การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมปัญหา มารดาหลังคลอดในชุมชนขาดความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังคงพบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คู่งกับนมชงหรือให้นมชงอย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 1 เดือน ส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ 6 เดือนลดลง เนื่องจากมารดา และทารกที่ต้องแยกกันในช่วงหลังคลอด รู้สึกว่าน้ำนมตนเองมาน้อย กลัวลูกไม่อิ่ม ฝึกทารกดูดนมขวดก่อนไปทำงาน การดูกลิ่นของทารกไม่ดี ตั้งใจจะให้ลูกกินนมชงอยู่แล้ว จึงมีแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปรับปรุงรูปแบบการโทรติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเป็นการติดตามผ่านระบบแพทย์ทางไกลพร้อม และเพิ่มเติมส่งวิดีโอให้ศึกษาแก่มารดาหลังคลอดเพื่อสาธิตการเลี้ยงลูกอย่างถูกวิธีเตรียมความพร้อมในการดูแลเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่มารดาที่ไม่สะดวกในการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ มารดาที่มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลขณะเข้ารับฟังข้อมูลโรงเรียนพ่อแม่ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูลให้บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวผู้รับบริการที่สามารถเข้าใจได้ง่าย และชัดเจนขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมหลังคลอดผ่านระบบแพทย์ทางไกล
2. เพื่อลดการใช้นมชงโดยไม่จำเป็นกับทารกในช่วงแรกเกิดระยะ 1 เดือน
3. เพื่อส่งเสริมแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะเวลา 6 เดือน

แนวคิด

การบริการการแพทย์ทางไกล

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ซึ่งประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลโรงพยาบาล สามารถเข้าถึงการตรวจรักษา และวินิจฉัยจากแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถติดตามการรักษาได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ

รูปแบบการบริหารจัดการ และการจัดบริการของคลินิกนมแม่ในสถานพยาบาล⁽⁶⁾

การบริการหลักของคลินิกนมแม่ ส่วนมากจะเป็นการให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาแม่ และลูก ทั้งที่เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนัด และไม่ได้นัด (walk-in) โดยภารกิจหลักของมิสนนมแม่ ได้แก่

1. การ lactation round ในช่วงเช้าหรือช่วงบ่าย เพื่อเข้าไปประเมิน และแก้ไขปัญหาให้กับแม่หลังคลอด ในหอผู้ป่วย
2. ให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาแม่ และลูกที่ walk-in หรือเป็นผู้ป่วยนัด ณ คลินิกนมแม่ หากพบว่าจะต้องแก้ไขปัญหาด้วยเครื่องมือเฉพาะ เช่น การผ่าตัด หรืออัลตราซาวด์ ก็จะส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การบริการเสริมของคลินิกนมแม่ มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้รับผิดชอบ แต่ส่วนมากจะให้คำปรึกษาผ่านทาง Social media เช่น line application, Facebook fan page หรือ ทางโทรศัพท์ส่วนตัว นอกจากนี้บางแห่งมีการให้ยืมเครื่องปั๊มนม และจัดสถานที่สำหรับบีบเก็บน้ำนมให้กับบุคลากรในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการด้วย

ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานและการจัดบริการคลินิกนมแม่ ⁽⁶⁾

1. บุคลากร

1. บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีกับการเลี้ยงลูกด้วยนม โดยการสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ และความศรัทธา ว่านมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดจริงๆ โดยการทำให้คนอื่นเห็น
 2. ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม และทำงานด้วยใจ โดยใช้วิธีการทำงานแบบพี่น้อง และสหวิชาชีพ
 3. ผู้รับผิดชอบด้านนมแม่ทุกคนต้องมีความรู้ และทักษะ ต้องผ่านการอบรมที่เป็นคอร์สชัดเจน และมีการฟื้นฟูองค์ความรู้อย่างจริงจังแต่อย่างไรก็ตามจะเรียนรู้เพียงทฤษฎีอย่างเดียวไม่เพียงพอจะต้องฝึกฝนจนมีทักษะ ความสามารถจนชำนาญ
 4. บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องมีความน่าเชื่อถือ จริงใจ และมุ่งมั่นในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับ แม่ รวมถึง ควรมีความรู้ และความสามารถในการให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาเรื่องนมแม่ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และควรเป็นคนที่มีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อช่วยเหลือในการดูแล สุขภาพด้านลูก
2. ผู้บริหารสนับสนุนให้ความร่วมมือ และมีนโยบาย
 3. สถานที่: คลินิกนมแม่จะต้องเป็นพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนแยกเฉพาะ สะดวก และเข้าถึงได้ง่ายเมื่อคนไข้เข้ามารับบริการแล้วจะต้องรู้สึกผ่อนคลาย
 4. การให้บริการขั้นตอนการรับบริการไม่ยุ่งยาก มาคลินิกนมแม่ไม่ต้องรอคิว และอุปกรณ์เพียงพอ และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก

ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกนมแม่ ⁽⁶⁾

1. บุคลากร

1. บุคลากรที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานแม่ และเด็กโดยตรงจะมองว่านมแม่มีความสำคัญค่อนข้างน้อย
2. บุคลากรรู้สึกว่าเป็นเรื่องนมแม่เป็นเรื่องเหนียว เสียเวลา ไม่อยากรับหน้าที่มีนมแม่
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบ ต้องรับผิดชอบงานอื่นด้วย
4. การ turn over ของพนักงานทำให้พนักงานที่เคยได้รับการอบรมมีความรู้ที่เข้มข้นไม่มี
5. ขาดบุคลากรจากวิชาชีพอื่นๆ

2. ระบบบริการสุขภาพ

1. ระบบการคัดกรองปัญหาเรื่องเต้านมในส่วนของคลินิกฝากครรภ์ เช่น คัดกรองปัญหาหัวนม สั้นไม่พบ ไม่ได้มีการติดตามหลายครั้ง จะคัดกรองในการฝากครรภ์ครั้งแรก ทำให้หลังคลอด อาจมีแม่ที่มีปัญหาบ้าง และแก้ไขไม่ทัน
2. เอกสาร และข้อมูล การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และข้อมูลของคนไข้หลังกลับไปบ้าน ฝ่ายเวชกรรมไม่ได้ส่งต่อข้อมูลกลับมาให้เวลาแม่มีปัญหา ฝ่ายเวชกรรมไม่บันทึกข้อมูลการกินนมแม่หลังคลอดตอนเยี่ยมบ้าน แต่มาเอาข้อมูลของคลินิกนมแม่
3. ไม่มีการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะ จะต้องฝากประเด็นไว้กับโรงเรียนพ่อแม่
4. ICD 10 เกือบครบ ตั้งแต่ breastfeeding difficulties tongue tie แต่ไม่มีราคาให้คิดเงิน DRG
5. ขาดแนวทางในการประสานงาน/ส่งต่อภายในหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลเช่นการเชื่อมต่อกันระหว่าง ANC และPP รวมถึงการทำงานของ MCH board และงานมาตรฐานแม่ และเด็กแยกส่วนกัน

6. โรงพยาบาลระดับอำเภอ ไม่มีมีสนมแม่ต้องส่งคนไข้มายังโรงพยาบาลจังหวัดทำให้คนไข้เสีย ทั้ง เวลา และค่าใช้จ่าย

7. งานเอกสารทำให้เสียเวลาในการดูแลคนไข้ และงานอื่นๆที่สำคัญ เช่น การสร้างแกนนำนมแม่ ในแต่ละ ward

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคลินิกนมแม่ ⁽⁶⁾

1. การจัดการ:

a. ควรปรับโครงสร้างให้คลินิกนมแม่ไปอยู่เป็นอิสระภายใต้ฝ่ายการไม่ต้องขึ้นกับหอผู้ป่วย (คลินิกนมแม่ควรขึ้นกับใคร และตำแหน่งของพยาบาลนมแม่ทำไปไม่ให้ตัน) หรือขึ้นกับฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่งที่เหมาะสมแต่ต้องปรับโครงสร้างให้เหมือนกันทั่วประเทศ (ไม่ใช่ที่นี้ขึ้นกับหลังคลอด

อีกที่ขึ้นกับ ANC)

b. ต้องมีการประเมินบ่อยๆ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ

c. ควรให้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ

d. มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร และชี้แจงทุกหน่วยงานว่ามีคลินิกนมแม่ และทำหน้าที่อะไร

2. บุคลากร

a. ควรมีแพทย์ประจำคลินิกนมแม่เพื่อเป็นผู้วินิจฉัยโรค เช่น mastitis ก้อนในเต้า และจะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้รับบริการมากขึ้น

b. ควรมีพยาบาลประจำคลินิกนมแม่ทุกวัน เพื่อให้รองรับปัญหาของแม่ได้ และต้องทำงานได้ อย่งครบวงจรเชื่อมได้ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน

c. ควรมีการอบรมบุคลากรอย่างเข้มข้น เช่น การอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน

3. ระบบบริการ

a. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักว่ามีคลินิกนมแม่ที่ไหนบ้าง

b. ควรมีคลินิกนมแม่ทุกโรงพยาบาล หรืออย่างน้อยควรมีนมแม่ และช่วยเหลือคนไข้เบื้องต้น

ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการเพื่อให้ปรับปรุงพัฒนาระบบงานมีดังนี้คือ

มีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง 7 ระยะ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการพัฒนา

ประชุมประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่ และเด็ก (MCH Board) เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์(ANC) เจ้าหน้าที่ตึกหลังคลอด (PP) และเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการพัฒนา พัฒนาการเยี่ยมหลังคลอด

2. วางแผนการปฏิบัติ และกำหนดเป้าหมาย

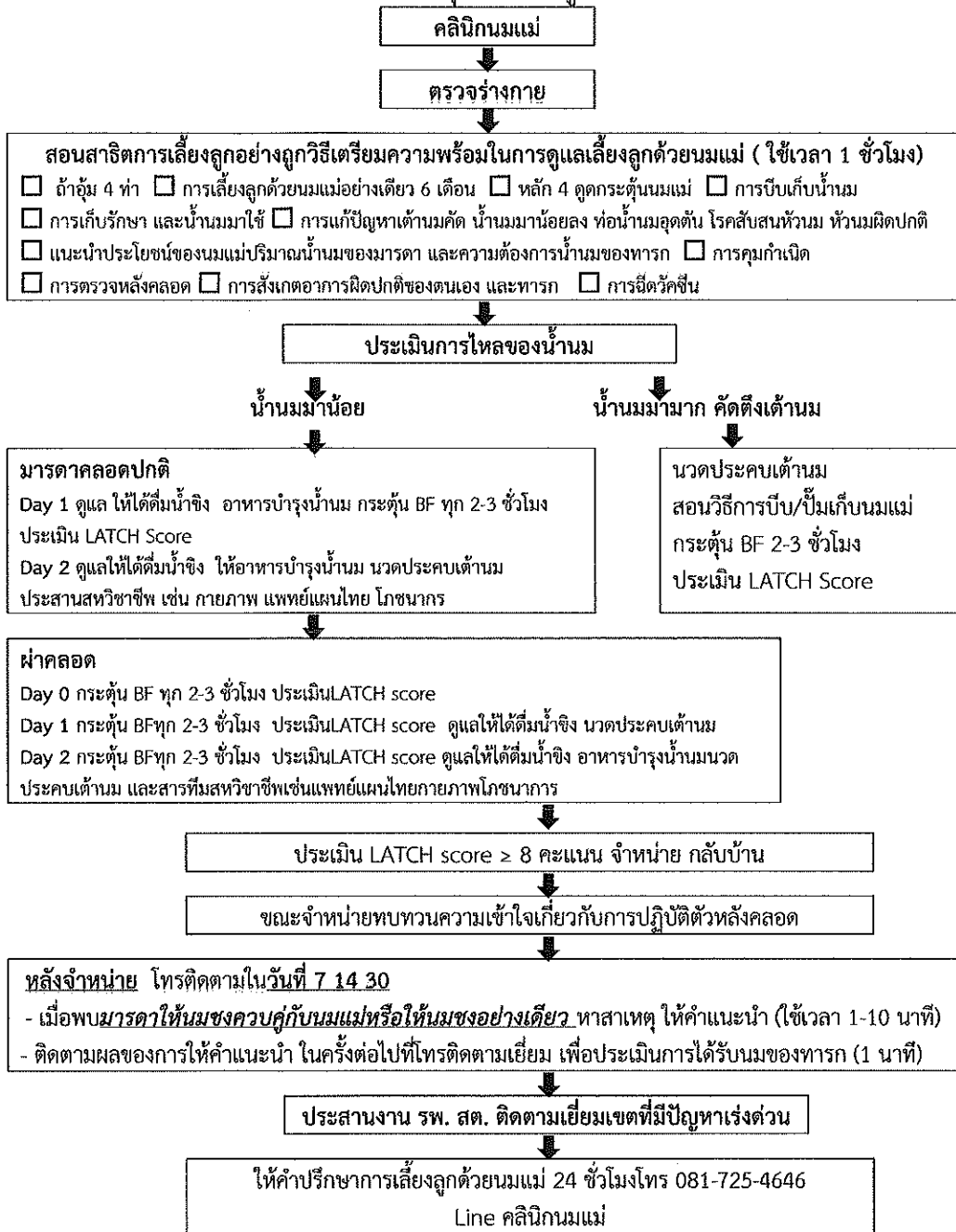
- กำหนดเป้าหมายการเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน
- จัดอบรมผู้รับผิดชอบด้านนมแม่ทุกคนให้มีความรู้ และทักษะตามที่โรงพยาบาลกำหนด
- จัดทำสื่อวีดีโอสาธิตการเลี้ยงลูกอย่างถูกวิธีเตรียมความพร้อมในการดูแลเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- จัดอบรมการลงทะเบียนแพทย์ทางไกลผ่านระบบแอปพลิเคชันหมอพร้อม Station

3. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

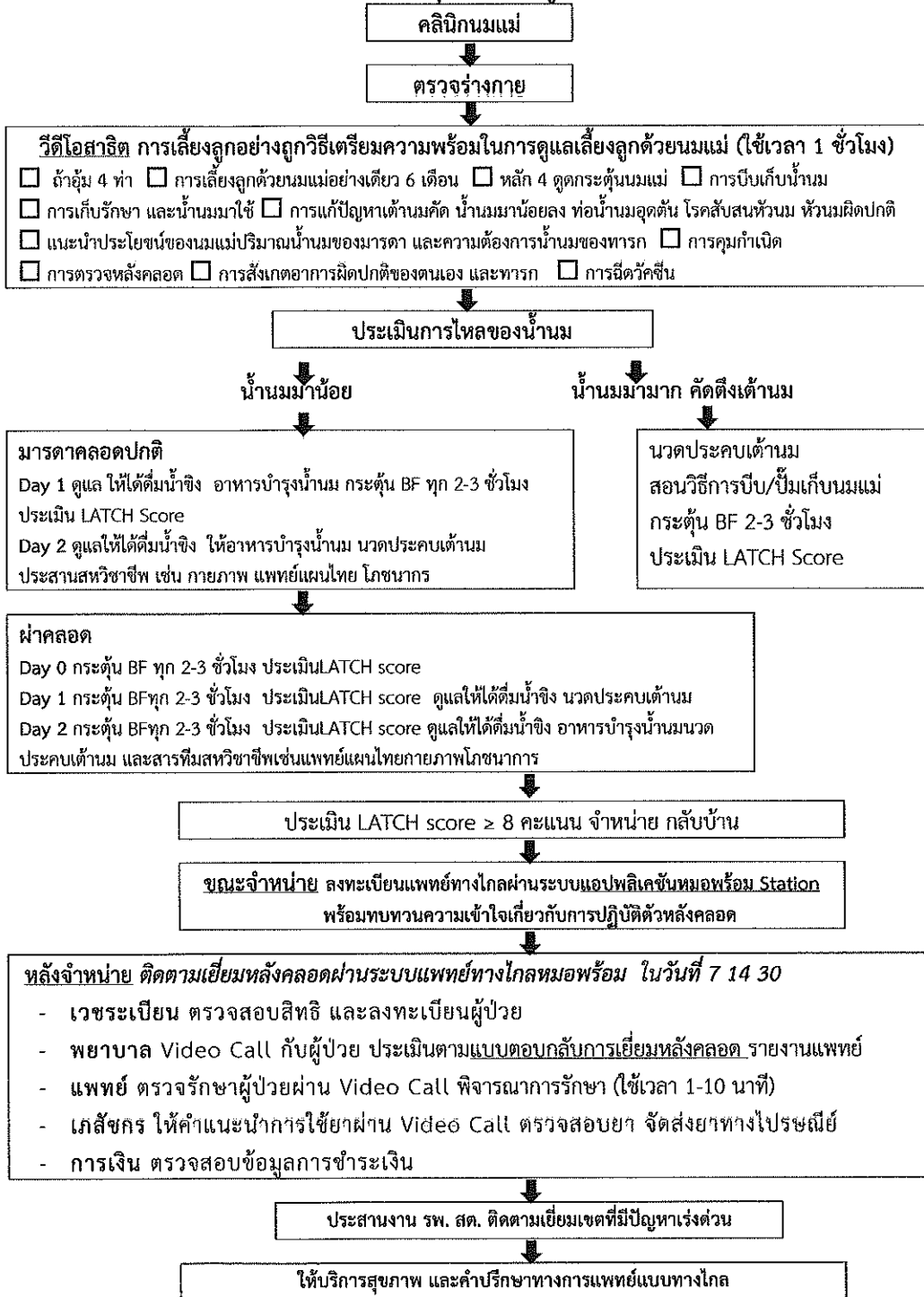
- จัดตารางมีหน้าที่ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 7 วัน 14 วัน 30 วัน หลังคลอด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยหมุนเวียนกันในแต่ละสัปดาห์ กำหนดหน้าที่ดังนี้
 - เวชระเบียน ตรวจสอบสิทธิ และลงทะเบียนผู้ป่วย

- พยาบาล Video Call กับผู้ป่วย ประเมินตามแบบตอบกลับการเยี่ยมหลังคลอด รายงานแพทย์
 - แพทย์ ตรวจรักษาผู้ป่วยผ่าน Video Call พิจารณาการรักษา (ใช้เวลา 1-10 นาที)
 - เกสซ์ชกร ให้คำแนะนำการใช้ยาผ่าน Video Call ตรวจสอบยา จัดส่งยาทางไปรษณีย์
 - การเงิน ตรวจสอบข้อมูลการชำระเงิน
 - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการประสานงานกับมารดา และครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล
3. มีการ conference case ที่เยี่ยมหลังคลอดบ้านทุกวันอังคารในสัปดาห์ต่อไป
 4. ส่งต่อปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับคลินิกนมแม่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อติดตาม และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่อไป
 5. ประชุมติดตามผลทุก 6 เดือน
4. ปรับปรุงรูปแบบ
- การเยี่ยมบ้านตามผลการประเมินของทีมเยี่ยมบ้าน และมารดาหลังคลอด
5. ปฏิบัติตามรูปแบบการเยี่ยม เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
 6. ประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามหลังจากเยี่ยมบ้าน และติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนไปจนถึง 6 เดือน
 7. สรุปผล และจัดทำรูปแบบ การเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ภาพที่ 1 การเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ก่อนพัฒนา)



ภาพที่ 2 การเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (หลังพัฒนา)



4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) มารดาหลังคลอดได้รับความรู้ และความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากกลับไปอยู่บ้านแล้ว
- 2) เป็นแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ และความช่วยเหลือเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาทุกราย เพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเพื่อให้ความรู้ และการช่วยเหลือเพิ่มเติมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของมารดาแต่ละราย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) หญิงคลอดที่ได้รับการโทรติดตามเยี่ยมหลังคลอด ร้อยละ 100
- 2) การใช้นมขงโดยไม่จำเป็นกับทารกในช่วงแรกเกิดถึง 1 เดือน ร้อยละ 0
- 3) แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลา 6 เดือน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) *ธัญ ทรัพย์*
(นางธัญรดา เดชอัมพร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ
(วันที่) *25* / *พฤษภาคม* / *2567*
ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

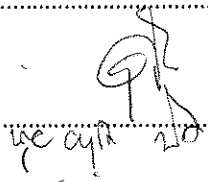
ชื่อผู้ขอประเมิน นางธัญรดา เดชอัมพร

ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	20
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	9
3. ค่าโครงการงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่มีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วน และบทบาทของผู้ขอประเมิน และผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	10
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	10
รวม	100	98

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)


 (ลงชื่อผู้ประเมิน)
 (ตำแหน่ง) แพทย์พิเศษ
 (วันที่) ๒๕ / ๗ / ๒๕๖๓

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 - () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
- (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *นายทองคำศรี* เห็นชอบตามเสนอ
 (นายทอง คำศรี)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
 (วันที่) *14* / *พฤษภาคม* / *๒๕๖๗*
 (นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๗

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 - *นางอัมมวรา เลาชัยพร*
 - () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70
- (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *ร้อยตรี นายทองคำศรี*
 (สรหมงคล มงคละศิริ)
 (ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฎิบัติราชการแทน
 (วันที่) *๑๔* / *พฤษภาคม* / *๒๕๖๗*
 ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

- 1. เรื่อง ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร
- 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน – มิถุนายน 2567
- 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

คำจำกัดความโรคเบาหวาน (1)

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง การปล่อยให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ และความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของ ตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (1) ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

- 1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยมาก และน้ำหนักตัวลดลง โดยที่ไม่มียาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
- 2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส ตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า 126 มก./ดล.เหมาะสำหรับคนทั่วไปที่มาตรวจสุขภาพ และผู้ที่ไม่มีอาการ
- 3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 กรัม oral glucose tolerance test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมา กลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 200 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้มักใช้ในงานวิจัย เนื่องจากผลการตรวจมีความไว (sensitivity) แต่ความจำเพาะ (specificity) ไม่ดีนัก อาจคลาดเคลื่อนได้
- 4. การตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี HbA1C ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้กันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัด ในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน ดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำ โดยวิธีเดิมอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน เพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาด จากการตรวจห้องปฏิบัติการ รายละเอียดการแปลผลระดับพลาสมากลูโคส และ HbA1C

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน (1)

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้างต้น การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรกระทำตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และควรกำหนดเป้าหมาย ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วม และความรุนแรง รวมทั้งการเกิดผลกระทบจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ทั้งนี้ควรให้การรักษารับรูเป้าหมายโดยเร็ว(ตาราง 2.1-2.2)

- 5. ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา คือการควบคุมเข้มงวดมากขึ้นเป้าหมาย HbA1C น้อยกว่า 6.5% แต่ไม่สามารถทำได้ ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเข้มงวดมาก คือเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปเป้าหมายการควบคุมคือ HbA1C น้อยกว่า 7.0%

6. ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีโรคร่วมหลายโรค เป้าหมายระดับ HbA1C ไม่ควรต่ำกว่า 7.0%

แนวทางรักษา (1)

การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต(Lifestyle modification) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมี กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสม การให้ความรู้เรื่องโรค และการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงเริ่มการรักษาด้วยยาโดยเลือกยาที่เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

- 1) การประเมินเบื้องต้น (Initial Evaluation) การประเมินการรักษาผู้ป่วย จะสามารถแบ่งระดับของผู้ป่วย ได้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ ช่วยในการวางแผนการรักษาและเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีตปัจจุบัน ประเมินพฤติกรรม และวัฒนธรรม ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและทยอยตรวจโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ

- 2) การบริหารจัดการ (Management) ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลสุขภาพ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ และพยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการรักษา กับผู้ป่วย และครอบครัว ความจำเป็นในการเจาะเลือดด้วยตนเอง

- 3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic Control) ให้ได้ตามเป้าหมาย (ตาราง 2.1-2.2)

- 4) โภชนบำบัด(Medical Nutrition Therapy:MNT) เป็นการควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย โดยพิจารณาถึงวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยด้วย

- 5) การออกกำลังกาย (Physical Activity) การออกกำลังกายจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วยลดน้ำหนัก และเพิ่มคุณภาพชีวิต

- 6) การรักษาสุขภาพจิตใจ และอารมณ์(Psychosocial Assessment and Care) ควรประเมินสุขภาพจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัวอาจมีภาวะซึมเศร้า(Depress) ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์

- 7) การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด(Medical Therapy) มี 3 กลุ่มคือ ยากิน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด GLP-1analog

การดูแลรักษาโดยปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ความรู้ด้านกลไก การเกิดโรค และความก้าวหน้าในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออยู่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดขึ้นหลังการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต หรือเกิดจากได้รับการรักษา หลังวินิจฉัยโรคจนระดับน้ำตาลลดลง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่อเนื่อง หลังหยุดการรักษาแล้ว มีรายงานสรุปร่วมกันของหลายสมาคมวิชาชีพทั่วโลก เรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งนิยาม คำจำกัดความ ข้อมูลการศึกษา และสิ่งที่ต้องรอศึกษาต่อ อย่างไรก็ตาม ลักษณะ remission ที่พบในผู้ป่วย

เบาหวาน ชนิดที่ 2 เริ่มได้รับความสนใจตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2009 และมีการทบทวนพร้อมข้อสรุปอีกครั้งใน ปี ค.ศ. 2021 (2)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับ สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน และสมาคมโรคต่อมไร้ท่อเด็ก และวัยรุ่น ได้ข้อสรุปร่วมกันให้ใช้คำภาษาไทยสำหรับเรียก diabetes remission ว่าโรคเบาหวานระยะสงบ

การเลือกใช้คำว่าโรคเบาหวานระยะสงบ หรือ diabetes remission เพราะคำนี้สื่อให้เห็นว่า ภาวะที่ดีขึ้นนี้อาจไม่คงอยู่ไปตลอด คำจำกัดความของภาวะนี้ ในปัจจุบันไม่ได้สะท้อนถึง การเปลี่ยนแปลงในระดับพยาธิสรีรวิทยา หลักฐานทางวิชาการในระยะยาว ยังไม่มีข้อสรุปถึงผลดีผลเสียที่กระจ่างชัด และโรคเบาหวานยังสามารถกลับมาเป็นใหม่ได้อีก การใช้คำว่าหายจากเบาหวาน หรือ Cure อาจเป็นปัญหา เนื่องจากอาจทำให้เกิดความเข้าใจ ผิดว่าโรคเบาหวานหายแล้วไม่ต้องการการติดตาม หรือการดูแลอีกต่อไปหรือไม่กลับมาเป็นอีก จึงหลีกเลี่ยงการเรียกภาวะหายจากโรคเบาหวาน

คำจำกัดความ

โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่ต่อเนื่อง โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งระยะเวลาที่กำหนดมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับรูปแบบ การดูแลรักษาที่ได้รับก่อนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (3,4) โดยคำจำกัดความ เรื่องเกณฑ์ของระดับน้ำตาลในเลือด และ ช่วงเวลาของการรักษาแต่ละรูปแบบกำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดของโรคเบาหวานระยะสงบ ที่ใช้เป็นเกณฑ์หลัก คือ ระดับ A1C ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน คือระดับ A1C <6.5% ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ได้ใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด วิธีที่ใช้สำหรับตรวจ A1C ต้องเป็นการตรวจ โดยห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานสากล (5) หรือตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตรวจ A1C ด้วย เช่น ภาวะความผิดปกติของการตรวจ A1C มีข้อจำกัดหรือไม่สามารถเชื่อถือได้ สามารถพิจารณาเม็ดเลือดแดงบางชนิด โรคไตวาย ในกรณีที่ใช้เกณฑ์ทางเลือกต่อไปนี้ ได้แก่

7. ผลตรวจน้ำตาล จากเครื่องตรวจน้ำตาลชนิดต่อเนื่อง (Continuous Glucose Monitoring, CGM) โดยใช้ค่าที่ได้มาจากการคำนวณแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ย จากเครื่อง CGM ซึ่งเดิมเรียกว่า estimated A1C (eA1C) หรือปัจจุบันปรับเป็นคำว่า Glucose Management Indicator (GMI) <6.5% เป็น เกณฑ์ที่เทียบเท่าได้
8. การตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose, FPG) <126 มก./ดล. เนื่องจากผลการตรวจมีความแปรปรวน จึงแนะนำให้ตรวจซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง

เกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนดสำหรับโรคเบาหวานระยะสงบ

การดูแลรักษาเพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ทำได้หลายวิธี ได้แก่ การปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด (6) การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและการผ่าตัด การใช้ยาหรือการผ่าตัดเป็นวิธีที่สามารถระบุเวลา การเริ่มรักษา และคาดหวังผลการรักษาที่จะปรากฏได้ชัดเจน ต่างจากการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ใช้

ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงนานกว่า ดังนั้นเกณฑ์กำหนดระยะเวลาที่ใช้สำหรับโรคเบาหวานระยะสงบ จึงแตกต่างกันตามวิธีการรักษา(3) ดังนี้

9. กรณีรักษาด้วยยา ให้ใช้ผลตรวจ A1C อย่างน้อย 3 เดือน หลังหยุดยากระดับน้ำตาลในเลือด
10. กรณีรักษาด้วยการผ่าตัดให้ใช้ผลตรวจ A1C อย่างน้อย 3 เดือน หลังการผ่าตัด หากมีการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด หลังผ่าตัดร่วมด้วย ให้ใช้ผลตรวจ A1C อย่างน้อย 3 เดือน หลังหยุดยา
11. กรณีรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวดให้ใช้ผลตรวจ A1C อย่างน้อย 6 เดือน หลังจากเริ่มต้นปรับพฤติกรรมชีวิต หากมีการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วมด้วยให้ใช้ผลตรวจ A1C อย่างน้อย 3 เดือน หลังหยุดยา

แนวทางการดูแลรักษาให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

แนวทางในการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ เป็นแนวทางเดียวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน โดยทั่วไปประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อาจร่วมกับการรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ พบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ทุกรายที่สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ข้อมูลจากการศึกษา DIRECT study (6) พบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบ ได้ด้วยการปรับพฤติกรรม ดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัด มักเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานไม่นานเกิน 6 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 27 กก./ตร.ม. และสามารถลดน้ำหนักได้ อย่างมีนัยสำคัญ โดยน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 10-15 ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง การดำเนินโรคและมีโอกาสให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบได้ อาจมีความแตกต่างกันบ้างระหว่างเชื้อชาติ(7)

ในบริบทของประเทศไทย ใช้แนวทางที่กำหนดโดย คณะทำงานพัฒนา แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ให้เข้าสู่ระยะสงบของโรค ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (3) ได้ผลสำเร็จ ในสถานบริการระดับต่าง ๆ ประมาณร้อยละ 20-70 กรณีที่เป็นเบาหวานมานาน และ/หรือ ดัชนีมวลกายไม่มาก ถึงระดับอ้วน ยังสามารถพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินชีวิตแบบเข้มงวด หวังให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้

วิธีปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวดให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจและตั้งใจ ที่จะทำให้โรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น ด้วยการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง และเต็มความสามารถ ตามคำแนะนำ ที่ได้รับความรู้ความเข้าใจถึงจุดประสงค์ และวิธีการบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย ร่วมกับผู้ให้การรักษาอย่างชัดเจน โดยใช้หลักของ SMART goal (8) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ

S=Specific คือ เป็นเป้าหมายที่เจาะจงและมีขอบเขตชัดเจน

M = Measurable คือ เป็นเป้าหมายที่สามารถวัดได้

A= Achievable คือ เป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยมีศักยภาพและความสามารถที่จะทำได้จริง

R= Realistic คือ เป็นเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยบนพื้นฐานของความจริง

T= Time-bound คือ กำหนดระยะเวลาที่ใช้ เพื่อไปถึงเป้าหมาย

การดำเนินงานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ประกอบด้วย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึง เน้นสิ่งสำคัญ และวิธีการ ในการปรับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกินอาหารอย่างเหมาะสม และการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย มากพอ รวมถึง ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือการอยู่กับที่นาน ๆ ลดความเครียด มีการพักผ่อน การนอนที่ดี และ มากพอไม่บริโภคสุรา และยาสูบทุกรูปแบบ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมเบาหวานด้วย จำเป็นต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด รวมทั้งวิธีการป้องกันและแก้ไข

2. มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด ด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลชนิดพกพา

3. บันทึกอาหารที่บริโภค และกิจกรรมต่าง ๆ คู่กับผลระดับน้ำตาลในเลือด

4. มีช่องทางการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้การรักษา

5. ปรับยา/ขนาดยาที่ใช้ (ถ้ามี) เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด

ปรับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตด้านอาหารและอื่น ๆ

การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ แต่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับวิถีชีวิต ฐานะ เศรษฐกิจ และข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย(3) ให้ปรับลด ปริมาณอาหารลง โดยยังมีสารอาหารหลักครบถ้วน รายละเอียดในบทพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกัน ควบคุม เบาหวาน และการสร้างเสริมสุขภาพ กินอาหารมื้อหลักวันละ 2-3 มื้อ จำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรต คือ ข้าว-แป้ง และน้ำตาล งดอาหารว่าง ของหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล หรือ แอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม รวมถึง น้ำผลไม้ชนิดต่าง ๆ ดื่มน้ำเปล่าให้มากพอ อาหารปรุงโดยการต้ม นึ่ง อบ ผัด ปิ้งย่าง (อย่าให้ไหม้เกรียม) เลี่ยง อาหารทอดในน้ำมัน แต่ละมือน้ำมันผักใบ และผลไม้ในแต่ละวันให้มีถั่ว เมล็ดพืช และธัญชาติที่ไม่ขัดสี เพื่อให้ได้ โยอาหารมากพอ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป (มีโซเดียมและไขมันมาก) รสชาติอาหารให้หวานน้อย เค็มน้อย

ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ และเข้าใจรายละเอียดของสารอาหารคาร์โบไฮเดรต จนสามารถเลือกชนิด อาหาร น้ำตาลของสารอาหาร เข้าใจ การแลกเปลี่ยนชนิดอาหาร และนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต ในมื้ออาหารได้ รู้จักค่าดัชนีน้ำตาล คาร์โบไฮเดรตที่เลือก กรณีที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเรียนรู้ได้ ผู้ให้การรักษาจะเป็นผู้กำหนด ชนิด และปริมาณอาหารให้ผู้ป่วย สื่อสารให้ชัดเจนเป็นระยะ และติดตามการนำไปปฏิบัติ

รูปแบบการบริโภคอาหาร อาจใช้การบริโภคอาหารสุขภาพวันละ 3 มื้อ โดยเน้นการจำกัดพลังงานรวม ให้เหมาะสม การบริโภคแบบอดอาหารเป็นช่วงเวลา (Intermittent Fasting, IF) ได้ผลที่ดี ในกรณีที่ใช้รูปแบบ อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำมาก (อาหารคีโตเจนิค, ketogenic diet) ซึ่งโดยทั่วไปไม่แนะนำ ต้องอยู่ในความดูแล ใกล้ชิดจากแพทย์

รายละเอียดของการปรับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ส่วนอื่น ๆ ใช้รูปแบบ และวิธีการที่แนะนำ ในบท พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันควบคุมเบาหวาน และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเป้าหมายคือน้ำหนักตัว ลดลง 1-4 กก.ต่อเดือนอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่มาติดตาม โดยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จนน้ำหนักตัวลดลงได้ มากกว่า ร้อยละ 10 ของน้ำหนักเริ่มต้น แพทย์อาจพิจารณาปรับเป้าหมาย การลดน้ำหนักตัวมากกว่าหรือน้อยกว่า ร้อยละ 10 ได้ตามความเหมาะสม

น้ำหนักตัวที่ลดลง และการลดปริมาณโซเดียมในมื้ออาหาร จะทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ จึงต้อง ติดตาม ระดับความดันโลหิตควบคู่ไปด้วย ในผู้ป่วยที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต จำเป็นต้องติดตามใกล้ชิด อาจต้องลดยา หรือหยุดยาตามที่แพทย์แนะนำ

การบันทึกอาหารที่บริโภคและกิจกรรมต่าง ๆ คู่กับระดับน้ำตาลในเลือด

ควรจัดทำสมุดบันทึกประจำตัว ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหาร ที่บริโภค และกิจกรรมต่าง ๆ คู่กับผลระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือ สำหรับผู้ป่วยเรียนรู้การแปลผลของระดับน้ำตาลในเลือด ที่ตรวจพบ ปัจจัยที่ทำให้เกิดหรือไม่เกิด การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ผู้ให้การรักษา ใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้มากพอ เพื่อให้คำแนะนำ การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ในระยะถัดไปได้เหมาะสม

การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด

การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตตลอดช่วง 6 เดือน หรือช่วงเวลาที่แพทย์กำหนด โดยผู้ป่วยหรือญาติ ตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และหลังอาหาร 2 ชั่วโมงทุกมือ ด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลชนิดพกพาในระยะแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลอยู่ ควรเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอนด้วย เมื่อน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาล ในเลือดลดลงตามเป้าหมายและคงที่ สามารถลดจำนวน และความถี่ของการตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดได้ตาม คำแนะนำของแพทย์

เป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด หลังอาหาร 2 ชั่วโมงไม่มีกำหนดไว้ชัดเจนใน 1-2 เดือนแรกให้ต่ำกว่า 140 มก./ดล. ต่อมาให้ต่ำกว่า 110 มก./ดล. โดยไม่ทำให้อาการหรือความผิดปกติใด ๆ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และ ผู้ให้การรักษา ซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (diabetes educator) หรือ นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ โดยการนัดมาพบที่สถานพยาบาล หรือสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดีย รูปแบบต่าง ๆ ที่ง่าย และสะดวก ส่วนใหญ่มักเป็นรูปแบบผสม โดยมาพบที่สถานพยาบาลเป็นครั้งคราว เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้เป็นช่องทาง สำหรับให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาใด ๆ ที่อาจพบได้ในระหว่างการปรับพฤติกรรม

ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการ การสนับสนุนอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ผู้ให้การรักษาอาจมีทีมเยี่ยมบ้าน หรือ อสม. ไปให้บริการ ส่วนนี้เป็นระยะ

ความถี่ของการสื่อสาร สำหรับกระตุ้นการปรับพฤติกรรม ในช่วงเดือนแรก อาจกำหนดทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้จริง ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลง สามารถยืดระยะเวลา ออกเป็น ทุก 2 สัปดาห์ และทุก 4-6 สัปดาห์ เมื่อน้ำหนักตัว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างต่อเนื่อง ตามช่วงเวลา ที่กำหนด จนบรรลุตามเป้าหมาย คือเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

การปรับขนาดยา/ยาที่ใช้ (ถ้ามี)

ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาอยู่ก่อน เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด ต้องพิจารณาลดขนาดยาหรือปรับเปลี่ยนยา โดยดูชนิดยาที่ได้รับ และระดับน้ำตาลในเลือด ถ้ามียามากกว่า 1 ชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาฉีดอินซูลิน หรือยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ได้แก่ ซัลโฟนิลยูเรีย และ กลัยไซด์ ร่วมกับยาชนิดอื่น ให้หยุดยา ฉีดอินซูลินหรือลดขนาดยาลงครั้งหนึ่งเป็นต้นแรก เพราะอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดได้ สามารถปรับลดลง เป็นระยะจนหยุดยาได้ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือด บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ยาซัลโฟนิลยูเรีย หรือ

กลัยไนต์ให้ปรับลด ทำนองเดียวกัน หากกินยาชนิดเดียวในขนาดน้อย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก ให้หยุดยาไว้ก่อน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

การติดตามต่อเนื่องหลังเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐาน ทางวิชาการว่า เมื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบแล้ว พยาธิกำเนิดของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะกลับสู่สภาพปกติ จากสมมติฐานว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากมีไขมันสะสมในตับ และตับอ่อนมากเกินไป ส่งผลให้ตับ และตับอ่อนที่มีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดทำงานผิดปกติ จนเกิดโรคเบาหวานขึ้น การลดน้ำหนักจะทำให้ไขมันสะสมในตับ และตับอ่อนลดลง ตับและตับอ่อน จะกลับมาทำงานปกติ หรือใกล้เคียงปกติ เบต้าเซลล์ ในตับอ่อนที่กลับมาทำงานได้ใกล้เคียงปกติ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ โดยไม่ใช้ยา (9,10) อัตราการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผันแปรตามน้ำหนักตัวที่ลดลง มีรายงานที่พบว่า ผู้ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบสามารถคงอยู่ได้นานถึง 5 ปี นอกจากนี้มีรายงานว่า ผู้ป่วยเบาหวาน 991 คน ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และน้ำหนักตัวลดลง ร้อยละ 10 สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบจำนวน 385 คน คิดเป็น ร้อยละ 39 กลุ่มผู้ป่วย 385 คนนี้ จำนวน 130 คน ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (ร้อยละ13) ที่เหลือ 255 คน (ร้อยละ 26) พบมีโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด โดยที่ 64 คน ไม่พบโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เมื่อตอนเริ่มต้น เชื่อว่าการปฏิบัติตัวต่อเนื่องหลังปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดำเนินชีวิตจะช่วยให้โรคเบาหวานระยะสงบ คงอยู่นานขึ้น โดยให้ติดตามน้ำหนักตัว และระดับน้ำตาล ในเลือด 2 ชั่วโมงหลังอาหาร หากมากกว่า 160 มก./ดล. และ/หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น ต้องเน้นผู้ป่วยให้เคร่งครัด เรื่องอาหารและการออกกำลังกายมากขึ้น การติดตามอาจให้ผู้ป่วย รายงานผลเป็นระยะ โดยโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สะดวก หรือนัดมาพบในสถานพยาบาล (11) ผู้ป่วยที่จะนำเข้าไปโปรแกรมโรคเบาหวานระยะสงบ ควรได้รับการตรวจ แรกเริ่มว่ามีโรคแทรกซ้อน ทางหลอดเลือดหรือไม่ เนื่องจากอาจมีโรคเบาหวานมาระยะหนึ่ง ก่อนได้รับการวินิจฉัย (12) ยังไม่มีหลักฐานชัดเจน ว่าโรคเบาหวานระยะสงบ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน จากเบาหวานลดลง ดังนั้นเมื่อผู้เป็นเบาหวาน เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบแล้ว ยังคงแนะนำให้ทำการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และ A1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือมากกว่า รวมทั้งการตรวจคัดกรอง โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้ง ตา ไต เท้า รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือดทุกปีอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผู้เป็นเบาหวานทั่วไป

ข้อคำถามที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐาน ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่วัยต้นอายุน้อยกว่า 30 ปี แม้ว่าปัญหาน้ำหนักเกิน และอ้วนที่เพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่มวัยนี้ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้พบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น แต่การดำเนินของโรค ในกลุ่มวัยนี้ ต่างจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ โดยการดำเนินของโรคจะเร็วกว่า พบปัจจัยเสี่ยงร่วมมากกว่า และเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้เร็ว (13) อย่างไรก็ตาม แนวทางการรักษายังเป็นทิศทางเดียวกัน ในเด็กและวัยรุ่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ควรอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด

ผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการกล่าวถึง การเข้าสู่ “ระยะโรคสงบ” บ้างพบได้ในบางรายอาจเรียกเป็น “ระยะพัก” (honeymoon phase) ซึ่งจะคงอยู่เพียงระยะเวลาไม่นาน อาจจัดเป็น partial remission อย่างไรก็ตาม “ระยะพัก” อาจนำไปสู่การค้นคว้าวิจัย เพื่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่1 ในอนาคตยังไม่มี

หลักฐานว่า โรคเบาหวานชนิดอื่น นอกจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะสามารถทำให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เป็นโรคเบาหวานสืบทอดในหลายรุ่น ที่อาจเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน ที่เกิดจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ หรือในผู้ที่โรคเบาหวานเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น ได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ หรือ โรคความผิดปกติ ในระบบต่อมไร้ท่อ ควรได้รับการดูแล จากผู้เชี่ยวชาญ และไม่ใช่กลุ่มที่จะตั้งเป้าหมาย การดูแล เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

โรคเบาหวานระยะสงบ ยังมีข้อคำถามที่ต้องศึกษา หรือดำเนินการเพิ่มเติมอีกหลายประการ เช่น เกณฑ์ที่ใช้เป็นคำจำกัดความ ผู้ที่มี A1C <6.5% ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคเบาหวาน (กลุ่ม pre-diabetes A1C = 5.7-6.4%) ควรแยกเป็นกลุ่มต่างหากหรือไม่ ระยะเวลาที่เหมาะสม ในการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ผลของ การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด หลังจากโรคเข้าสู่ระยะสงบแล้ว ผลลัพธ์สุขภาพในด้านอื่น ๆ ปัจจัยและระยะเวลา ที่ทำให้โรคเบาหวานระยะสงบ สามารถคงอยู่ได้ต่อเนื่อง รวมทั้งผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการเสียชีวิต การเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด สมรรถนะร่างกายและคุณภาพชีวิต รวมถึงการพัฒนารูปแบบ วิธีการสื่อสารเรื่องโรคเบาหวานระยะสงบ กับบุคลากรสาธารณสุข และผู้เป็นเบาหวานอย่างเหมาะสม

ท้ายบท

โรคเบาหวานระยะสงบ ทำให้แนวทางการคัดกรอง และรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เปลี่ยนจากเดิม ที่ให้การรักษาแบบโรคเรื้อรังเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย เป็นการรักษาแบบรุกหนัก เพื่อเอาชนะ กลไกที่ทำให้โรคแสดงออก(10) หวังให้การหลังอินซูลินจากเบต้าเซลล์ และการตอบสนองต่ออินซูลินกลับสู่ปกติ (14)

โรคเบาหวานระยะสงบอาจเป็นมิติใหม่ และสิ่งท้าทายในการจัดการโรคเบาหวาน สถานพยาบาลแต่ละแห่ง สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้น โดยจัดการคัดกรองอย่างเป็นระบบ มีคลินิกที่จัดตั้งขึ้น เพื่อนำผู้ที่ป่วยรายใหม่ จากการคัดกรอง หรือการตรวจพบเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินชีวิตที่เข้มข้น เพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ผู้ที่คัดกรองแล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (pre-diabetes) สามารถให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เข้มข้นเพื่อลดความเสี่ยง จะทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ เป็นการตอบสนองสิ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายไว้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบเข้มข้น เมื่อใช้กับผู้ป่วยทั้งหมดในคลินิกโรคเบาหวาน ที่ดำเนินการอยู่แล้ว นอกจากจะได้ผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบจำนวนหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยส่วนที่เหลือจะมีการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายสามารถลดจำนวนชนิดยาและ/หรือลดขนาดยาได้ ถือเป็นความสำเร็จของการจัดการและการรักษาโรคเบาหวานของประเทศไทย ส่งผลให้ประหยังบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่ายาและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคเบาหวาน และโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ความสำเร็จของเป้าหมายนี้ ต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลรักษาโรคเบาหวานที่มีทักษะ และมีประสบการณ์ร่วมดำเนินงาน หากมีงานวิจัยควบคู่ไปด้วย จะทำให้เกิดข้อมูลที่สามารถตอบข้อคำถามจำนวนมากตามบันทึกข้างต้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทย มีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก เพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต จากภาวะแทรกซ้อนของโรค 3.2 ล้านคนต่อปี มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกาย (15) ปัจจุบัน มีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ วินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission หรือ โรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทาง เศรษฐกิจได้อย่างมาก (3) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน จากหลักฐานทาง วิชาการ ในปัจจุบันพบว่า การลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัว จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ (16) การลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับ และตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืน การทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมามีอยู่ในระดับปกติ หรือ ใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มาก จะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น (4)

จากรายงานข้อมูลด้านการแพทย์ปี พ.ศ. 2566 ถึง 2567 พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.3 และ 31.2(17) สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอพิบูลมัง สาหาร มีการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานรายใหม่เดือนละ 2 ครั้ง และกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายกรณี และรายกลุ่มในคลินิกทุกวัน เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) มีระบบการปรึกษา แพทย์ จาก รพ.สต. เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว มีการนำปัญหาและอุปสรรคมาวิเคราะห์ในที่ประชุม เพื่อ ปรับแผนการดูแลและกิจกรรม ให้เข้ากับบริบทผู้ป่วย แต่พบว่าปี พ.ศ. 2566 อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 25.1 ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 40) สาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรม บริบทของ คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่นิยมการรับประทานข้าวเหนียวและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ จึงค่อนข้างลำบาก ดังนั้นการจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละ รายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัววางแผนการรักษา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อ พุดคุย สอบถาม แนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล และประหยัดเวลาในการรอคอย ส่งผลให้ ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยง ของโรค คาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้เป็นเบาหวาน อย่างยั่งยืน รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบได้

รูปแบบการศึกษา

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่ระยะสงบอำเภอฟิวลมังสาหาร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน และหลัง (one group pre-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอฟิวลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอฟิวลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis (18) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.95 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน เพื่อป้องกันการยกเลิกเข้าร่วมวิจัย (Attrition rate) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 13 รวมเป็นจำนวน 75 คน คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

12. ผู้เป็นเบาหวาน ที่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ICD-10: E11.0 ถึง E11.9) และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร²) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์
13. อายุ 18-65 ปี
14. เคยได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
15. สามารถใช้โทรศัพท์สื่อสารได้
16. สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

17. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังที่มี eGFR น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรง หรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน
18. ผู้เป็นเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี และไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน หรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น
19. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
20. ผู้เป็นเบาหวานในเด็ก และวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี
21. ผู้เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

22. สมุดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
23. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (3) และแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service) (15)

24. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแล ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามปิดหรือให้เติมคำ

ตอนที่ 2 บันทึกการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ประกอบด้วย รายการยา มูลค่ายา รวม การลดยา การหยุดยา การเพิ่มยา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปากเปิดให้เติมคำ

ตอนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3o2s ปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3o.2s. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3o 2s จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคย ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 4 คะแนน กรณีการให้คะแนน ในข้อ 5 และข้อ 6 ให้กลับคะแนนตรงข้าม ไม่ได้ปฏิบัติให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 0 คะแนน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (cronbach' alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.673 (19) จัดระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.33 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-4.00 คือ พฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

ตอนที่ 4 ประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย DTX ก่อนและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ในระยะแรกเดือนที่ 1-6 น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ไซมันแอลดีแอล อัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เดือนที่ 0 และ 3

ขั้นตอนการ

25. คลินิกโรคเบาหวานคัดเลือกผู้ป่วยแบบสมัครใจไม่มีโรคแทรกซ้อน

26. ประเมินสภาวะผู้ป่วยเบื้องต้น

- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

- ประเมินความพร้อม ดังนี้ การมีความสามารถใช้งาน smart phone ความพร้อมการเจาะเลือดเอง หากไม่มีความพร้อมให้วางแผนเจาะเลือดโดย อสม. ใกล้บ้าน

27. ตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (Goal) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ในการที่จะทำให้การดูแลนี้สำเร็จ

28. ทีมสหสาขาวิชาชีพสื่อสารสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อลดน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกับแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาติดตาม 3 เดือน

29. ส่งการบ้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และอาหารที่รับประทานโดยใช้ไลน์กลุ่ม

30. จัดบันทึกการรับประทานอาหาร ชนิด ปริมาณอาหาร ในแต่ละมื้อ การออกกำลังกาย ชนิด ระยะเวลา ในแต่ละวัน อาการเปลี่ยนแปลง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose) แล้วนำสมุดบันทึกมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่มาพบแพทย์

31. ติดตามสถานะผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดช่วงแรกสัปดาห์ที่ 0-6 ด้วยการติดตามแบบ SMBG online จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะทำ SMBG ก่อน และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
32. ในช่วงเดือนที่ 3 ติดตามผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ จะทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม น้ำหนัก การทำงานของไต ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันใน และอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและพิจารณาให้การรักษา
33. การติดตามให้คำแนะนำ และให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง นอกจากการติดตามเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งแล้ว ก็จะใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือ ส่งข้อความทางระบบ Line application โดยจะพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 6 เดือน กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หรือ อสม. ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ
34. เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบแล้ว ให้ผู้ป่วยรับประทานรูปแบบอาหารปกติ ที่ดีต่อสุขภาพและคงกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายไว้เพื่อป้องกันการกลับมา เป็นซ้ำของโรคเบาหวาน
35. กรณีหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดแล้ว 3 เดือน ผู้ป่วยยังควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือไม่มีแนวโน้มที่ดี ว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตัวในเชิงลึก และพิจารณาให้ทีมสหวิชาชีพทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ด้วยค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 302 ส และผลลัพธ์ด้านคลินิก

เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแล ในเดือนที่ 0 , 3 ใช้สถิติ Chi-square test และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 75 คน เพศหญิง ร้อยละ 74.67 เพศชาย ร้อยละ 25.33 อายุเฉลี่ย 54.76± 9.42 ปี มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5000 บาท ร้อยละ 50.67 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 2.4±1.25 ปี ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแล พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ ร้อยละ 13.33 (10 ราย ที่สามารถหยุดยาเบาหวาน 3 เดือนขึ้นไป) มีผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 9.33) ที่ต้องเพิ่มยาเบาหวานเมื่อสิ้นสุดการติดตาม

พฤติกรรมสุขภาพ

หลังเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 57.33 และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 41.33 (ตารางที่ 1-2)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส

ข้อปฏิบัติ	เริ่มต้น	เดือนที่ 3	Mean diff.	p-value
1. อาหาร: ควบคุมปริมาณอาหารและ ควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็ม	1.96±0.64	3.41±0.71	1.45	<0.001*
2. อาหาร: กินผักและผลไม้สด สะอาด เสมอ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	1.84±0.49	3.25±0.75	1.41	<0.001*
3. ออกกำลังกาย : ออกกำลังกาย หรือ เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก	1.50±0.74	3.05±0.83	1.54	<0.001*
4. อารมณ์: สามารถจัดการความเครียด ของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	2.89±0.70	3.6±0.51	0.70	<0.001*
5. ไม่สูบบุหรี่	3.46±1.36	3.73±1.00	0.26	0.024*
6. ไม่ดื่มสุรา	3.02±1.69	3.89±0.64	0.86	<0.001*

(*) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), Chi-square test

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส (n=75)	เริ่มต้น n (%)	เดือนที่ 3 n (%)
ระดับต่ำ (0.00-2.33 คะแนน)	26 (34.67)	8 (10.67)
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	49 (65.33)	63 (84.00)
ระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)	0 (0.00)	4 (5.33)

ภาวะสุขภาพ

ระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อน และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ช่วง 6 สัปดาห์แรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังศึกษาผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยพบว่า ระดับความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอล และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพ

ข้อมูล	เริ่มต้น	เดือนที่ 3	mean diff	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI)	26.74±11.14	26.23±9.81	0.51	0.195
ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)	127.90±15.44	120.53±11.34	7.37	<0.001*
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	74.49±10.12	66.89±7.04	7.60	<0.001*
ไขมันแอลดีแอล (LDL)	110.32±34.23	99.09±28.20	11.22	0.004*
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)	7.33±1.62	6.96±1.28	0.37	0.006*
การกรองของไต (GFR)	94.57±15.44	98.28±14.97	3.70	<0.001*

5.2 เชิงคุณภาพ

แนวทางในการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบข้างต้น ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด และปรับยาเมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด พบว่าทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาจนเข้าสู่ระยะสงบได้ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบส่วนมากมีระยะเวลาเป็นเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตามแม้การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จ ในการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ แต่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับวิถีชีวิต ฐานะ เศรษฐกิจ และข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย ให้ปรับลดปริมาณอาหารลง โดยยังมีสารอาหารหลักครบถ้วน กรณีที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเรียนรู้ได้ ผู้ให้การรักษาก็จะเป็นผู้กำหนดชนิด และปริมาณอาหารให้ผู้ป่วย สื่อสารให้ชัดเจนเป็นระยะ และติดตามการนำไปปฏิบัติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษานี้ คือผู้ป่วยเบาหวาน เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยจะได้รับความรู้และการประเมินความพร้อม เพื่อช่วยในการตัดสินใจ รวมทั้งการทำงานแบบทีมและเครือข่าย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. กลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หยุดยาเบาหวานได้
2. ได้รูปแบบเป็นแนวทางการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ
3. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนเป็นคนปกติ ที่พึ่งอาหารและการออกกำลังกายแทนการใช้ยา
4. สามารถขยายผลการดูแลไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลที่มีความสนใจและมีความพร้อม

7. ความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดำเนินการ

แพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำแนะนำต้องเข้าใจผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรก ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพลังกาย

และใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้นต้องทีมต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพ แบบมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

8. ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ซึ่งเกิดจากการติดต่อในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างกำลังปฏิบัติงานอยู่ หรือมีธุระส่วนตัวทำให้ไม่สามารถรับโทรศัพท์ได้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการติดต่อซ้ำในวันถัดไป หรือแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยติดตาม

9. ข้อเสนอแนะ

1. โรคเบาหวานระยะสงบอาจเป็นมิติใหม่ และสิ่งท้าทายในการจัดการโรคเบาหวาน สถานพยาบาลแต่ละแห่ง สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยจัดการคัดกรองอย่างเป็นระบบ มีคลินิกที่จัดตั้งขึ้นเพื่อนำผู้ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่
2. การนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ควรพิจารณาให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล และผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในเรื่องการเลือกใช้สูตรอาหารที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้พลังงานจากอาหาร
3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนหรือต้นทุนผลได้ของการดำเนินงาน เพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สู่ภาวะสงบ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เรื่อง “ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร”

จำนวนหน้า (เนื้อหา/ภาคผนวก)	วัน เดือน ปี ที่เผยแพร่	แหล่งเผยแพร่
8 หน้า	ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน – มิถุนายน 2567 ISSN: 3027-866X (Online)	วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

11. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ชนัญญา เรืองสุทธิภาพ*

(นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 16 / ก.ค. / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ	<i>ชนัญญา เรืองสุทธิภาพ</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *[Signature]*

นพ.อนุจิต ปิยะพรหม)

(ตำแหน่ง) **นายแพทย์เชี่ยวชาญ**

(วันที่) 1.8. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *[Signature]*

(นายทนง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 30 ก.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

[Signature]
(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓๘ มี.ค. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. หลักการและเหตุผล

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือหนึ่งของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย วิธีการนี้มีการสืบค้นทั้งในมุมมองของแพทย์และมุมมองของผู้ป่วย ในมุมมองของแพทย์นั้นทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค สำหรับมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ต้องค้นหาความรู้สึกความคิด ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การบูรณาการทั้งสองมุมมอง เข้าด้วยกันในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้แพทย์สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้⁽¹⁾ ซึ่งสิ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญ ไม่ใช่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แต่ต้องสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีมุมมองต่อโรคและมีการตอบสนองเมื่อป่วยแตกต่างกัน⁽²⁾ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการมารับบริการไม่เต็มที่ หากข้อมูลทางการแพทย์ไม่ถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารที่คลาดเคลื่อนอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิด เสียเวลา การลดลงคุณภาพการบริการและส่งผลให้ความพึงพอใจลดลง ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁽³⁾ แนวคิดการพัฒนานี้ค้นหาความเจ็บป่วยโดยใช้ IFFE questions ซึ่งประกอบไปด้วย ความคิด (idea) ความรู้สึก (feeling) ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (function) และความคาดหวังของผู้ป่วย (expectation) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งไม่ได้ทำให้เวลาในการมาพบแพทย์ยาวนานขึ้น และแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถ ดูแลปัญหาได้ครอบคลุมมากขึ้นในทุกมิติของการรักษา

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวนมากขึ้นทุกๆปี ปี 2565-2566 พบปัญหาว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease: CVD) หรือกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติกับหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และที่สำคัญยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ได้รับการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) น้อยกว่าร้อยละ 70 รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการดูแลหลังจากการคัดกรองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่อง

การดูแลตนเอง การกินยา ซึ่งมีรูปแบบเดิมที่คล้ายคลึงกันทุกๆ ราย สืบเนื่องมาจากจำนวนของผู้ป่วยที่มากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายลดน้อยลง ซึ่งอาจส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยยังมีค่าน้อยกว่าเป้าหมายมาโดยตลอด พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษ โดยการพยายามคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันอย่างครอบคลุม และนำเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาใช้ให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิผล โดยไม่ควรมุ่งเน้นเพียงแต่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ มักไม่ได้เกิดจากปัญหาที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะยังเป็นผลมาจากความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่นๆ อีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลางเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิด

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การที่ผู้ป่วยและแพทย์ต่างก็มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย ⁽⁴⁾

ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ⁽³⁾

เนื่องจากแรงกดดันเกี่ยวกับคุณภาพและต้นทุนค่าบริการของบริการทางการแพทย์ทำให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ตัวอย่างเช่น

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการลดลงเนื่องจากมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก
2. เทคโนโลยีในการรักษาก้าวหน้าขึ้น ทำให้การสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ยากแก่การเข้าใจของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยไม่สามารถถามคำถามที่จำเพาะ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของความต้องการ หรือไม่สามารถสื่อสารให้แพทย์เข้าใจในความวิตกกังวล ที่เป็นสาเหตุให้มาพบแพทย์
4. ผู้ป่วยบางรายมีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาจากอินเทอร์เน็ต แต่ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อนไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งบางครั้งอาจกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

มีการศึกษาพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์กลับไปโดยที่ยังไม่ได้ซักถามในประเด็นคำถามที่ต้องการ มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการซักถามเกี่ยวกับความคิด ความเห็น เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการวางแผนการรักษา จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการมารับบริการไม่เต็มที่ หากข้อมูลทางการแพทย์ไม่ถูกถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน อาจทำให้เกิด การเข้าใจผิด เสียเวลา การลดลงคุณภาพการบริการ และส่งผลให้ความพึงพอใจลดลง ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เหตุผลสำคัญที่ควรนำการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ในเวชปฏิบัติ ⁽⁵⁾

The Institute of Medicine (IOM) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ระบุว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพการบริการทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ มีการวางแนวทางเพื่อให้มีการบูรณาการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้นในเวชปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดเกณฑ์ของประเทศในการประเมินการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางการแพทย์เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ให้บริการทางการแพทย์

จากหลายการศึกษาพบว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถลดการฟ้องร้องทางการแพทย์ได้ ดังตัวอย่าง

1. องค์กรที่ดูแลเรื่องการฟ้องร้องต่อแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 35 ของการเจรจา ค่าสินไหมทดแทนจากการทำทุเวชปฏิบัติ (malpractice claims) เกิดจากความ ล้มเหลวในการสื่อสารกับผู้ป่วย ⁽³⁾
2. การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะช่วยประหยัดเวลาและช่วยลดการฟ้องร้อง ⁽⁶⁾
3. เมื่อแพทย์ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องเกี่ยวกับการทำทุเวชปฏิบัติลดลง ⁽⁷⁾
4. มีสองปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการถูกรับผิดจากการฟ้องร้อง และช่วยเพิ่มผลประโยชน์ด้านการเงินให้กับแพทย์ ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาให้มากที่สุด ⁽⁸⁾

การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อสถานบริการ โดยจากการศึกษาของ The Mile Institute of Health Care Communication ⁽⁹⁾ พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยขอ ย้ายสถานบริการ เนื่องมาจากปัญหาของการสื่อสารที่ไม่ดีและการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

องค์ประกอบของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Components of Patient-centred care) ⁽¹⁰⁾ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. วิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วย (exploring both disease and illness)
2. เข้าใจความเป็นคน (understanding the whole person)
3. หาแนวทางร่วมในการรักษา (finding common ground)
4. ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion)
5. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (enhancing the patient-doctor relationship)
6. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (being realistic)

ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการเพื่อให้ปรับปรุงพัฒนาระบบงานมีดังนี้คือ

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจังหวัดอุบลราชธานีและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
2. ผู้วิจัยค้นหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เมื่อพบผู้ป่วยที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสอบถามจากตัวผู้ป่วย ก่อนการให้โปรแกรม จากนั้นจึงระบุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงรูปแบบและคำแนะนำที่จะให้ผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นดำเนินการ

ในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง โดยมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการคือ ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย เข้าใจชีวิตบุคคล หาแนวทางร่วมในการรักษา ส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างเสริม เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และ ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การดำเนินการให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เกษีขกร โดยมีบทบาทและขั้นตอนดังนี้

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่ตรวจรักษาและ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น ให้ข้อมูลคะแนนการประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk score) ให้ความรู้ข้อมูลการดูแลตนเองปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาที่พบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ และให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการรักษาด้วย ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่รักษาแพทย์จะต้องพยายามมองเห็นและพิจารณาปัญหาชีวิตของผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย มีการบันทึกข้อมูลไว้เพื่อใช้ติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลการรักษา

- พยาบาลวิชาชีพ พุดคุยซักประวัติ ระบุปัญหาผู้ป่วยแต่ละครั้งแต่ละรายก่อนพบแพทย์ ระบุปัญหาในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์เข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล รวมถึงให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการแก้ปัญหาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบันทึกของแพทย์ สะท้อนข้อมูลสุขภาพประจำตัวคืนกลับให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่มาใช้บริการและทำการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะๆ

- นักวิชาการสาธารณสุข พุดคุยเพื่อแยกแยะประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละรายให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตาม ร่วมวางแผนการรักษา สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการดำรงชีวิตประจำวันโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง

- เกสซ์กร ตรวจสอบทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ถูกต้อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและอธิบายอาการและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากยาเกิดขึ้นให้โอกาสผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงปัญหาการใช้ยาเสมอ

2. ทำกิจกรรมกลุ่มอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมาโดยทีมวิทยากรมาจากสาขาวิชาชีพ

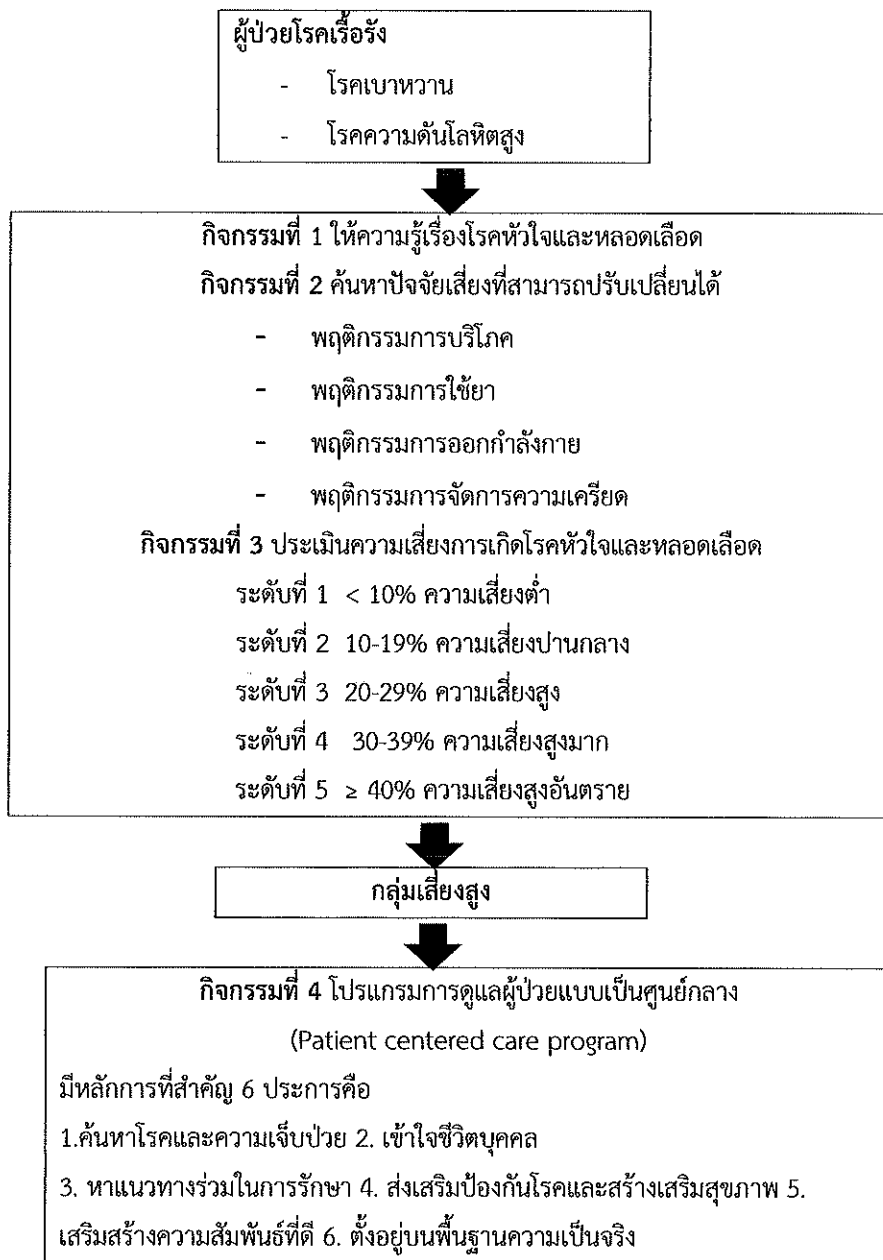
3. เพิ่มช่องทางติดต่อสอบถามกับสมาชิกทีมหมอครอบครัวซึ่งมีสาขาในช่องทางต่างๆ ที่สะดวกรวดเร็ว เช่น การโทรศัพท์ หรือ Line กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. ติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการซักถามจากตัวผู้ป่วยเองและผลการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยการนัดหมายแต่ละครั้งจะอยู่ในช่วงระยะ 2 ถึง 12 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยติดตามนาน 6 เดือน

ขั้นตอนสรุปผล

1. ประเมินสถานะสุขภาพหลังการให้โปรแกรม 6 เดือน
2. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำมาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้ง (Double Entry) เพื่อลดความผิดพลาดจากการลงข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
3. นำข้อมูลที่ได้อันวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์
4. สรุปผลที่ได้จากการวิจัยและนำเสนอผลงานวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนา



4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับคัดกรองและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2) ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้
- 3) หน่วยงานมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ชัดเจน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ได้รับการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าร้อยละ 80

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq 30\%$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ทุก 3 เดือน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) ชณัญญา เบ็ญสัทธิตาม

(นางชณัญญา เบ็ญสัทธิตาม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 16 / ก.ค / 2567

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางชนัญญา เรืองสุทธิภาพ


ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	29
3. คำโครงการงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วน และบทบาทของผู้ขอประเมิน และผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	30
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	10
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร เสี่ยงสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	10
รวม	100	93

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายอนุชิต ปิตะพรหม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

(วันที่) 18 / 11 / 2567

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 - ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
- (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *นายทนง คำศรี* เห็นชอบตามเสนอ
 (นายทนง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
 (วันที่) / 30 ก.ค. 2567

(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 - ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70
- (ระบุเหตุผล)

นางชณัฐรา เรืองสุกข์ภาพ

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *ร้อยตรี นายสมคิด มงคลศรี*
 (สรสมงคล มงคลศรี)

(รองผู้ว่าราชการจังหวัด บัญชีราชการแทน)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี
 (วันที่) / ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๘

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน – มิถุนายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ได้ทำการทบทวนความรู้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้
 - 1) การดูแลแบบประคับประคอง
 - 2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
 - 3) ความปรารถนาครั้งสุดท้าย
 - 4) กลุ่มอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1) การดูแลแบบประคับประคอง

แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญ เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญหน้ากับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่สำคัญเป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเอง¹

สิ่งสำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ ความปรารถนาหรือความใฝ่ฝันที่ค้างคาใจเหล่านี้ จะส่งผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกมาตรงๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้นญาติจึงต้องเอาใจใส่ สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ² ซึ่งรายละเอียด ในการทำความเข้าใจมีดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)¹

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย¹

การบอกความจริงต่ออาการโรค นอกจากเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อญาติ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันถึงวิธีการรักษาอาการต่างๆ รวมถึงการเตรียมความพร้อมกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะดีหรือร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตนอาการหนักจนไม่รู้สีกตัวจะให้เยียวยารักษา

อย่างไร แต่การที่ญาติปิดบังเพราะกลัวผู้ป่วยจะรับไม่ได้ แต่ที่จริงแล้วการไม่บอกความจริงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและส่งผลต่อการดูแล เพราะในที่สุดผู้ป่วยก็สามารถคาดเดาสภาพอาการป่วยได้ จากการทำตัวผิดปกติ แผนไปของญาติ เช่น พูดซุบซิบกันเองเบาๆ หรือเอ้ออากเอาใจผู้ป่วยมากขึ้นจนผิดปกติ หรืออาการต่างๆ ที่ทรุดลงเรื่อยๆ สิ่งเหล่านี้ล้วน ทำให้ผู้ป่วยเป็นกังวลและพยายามค้นหาความจริง ดังนั้นการยิ่งปิดกั้นยิ่งทำให้อยากรู้ ขณะที่การบอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจกับอาการต่างๆ ของโรค และการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงเตรียมจากไปอย่างสงบ

เทคนิคการแจ้งข่าว ¹

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เริ่มตั้งแต่การแจ้งข่าวหรือการบอกสภาพความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งญาติที่ใกล้ชิดจะเป็นผู้ทำหน้าที่แจ้งข่าวร้าย การแจ้งข่าวร้ายมีเทคนิคที่สามารถนำไปปรับใช้ เช่น

1. ญาติที่ทำหน้าที่นี้ควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจพอสมควร
2. เลือกสถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสมในการพูดคุย มีความเป็นส่วนตัวไม่มีเสียงรบกวนจากโทรศัพท์หรืออุปกรณ์ต่างๆ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล ท่าทางที่จริงใจ เป็นมิตร
3. บอกความจริงและให้ความหวังอย่างซื่อตรง เมื่อเล่าผลการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว ควรให้กำลังใจ ญาติอาจขอให้ทีมผู้ดูแลร่วมวงพูดคุยและแนะนำทางเลือกในการรักษากับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าญาติและทีมผู้ดูแลพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างให้คำปรึกษาและเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุด ระหว่างที่บอกต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ไม่ควรรีบเร่งและผลจากไปทันที เพราะผู้ป่วยอาจมีคำถามหรือต้องการการปลอบโยน กระทั่งอาจต้องเตรียมพร้อม เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หากผู้ป่วยเป็นลมหรือเกิดอาการช็อก ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติควรมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับทีมผู้ดูแล¹ อย่างสม่ำเสมอทั้งเรื่องอาการของโรค วิธีการรักษา ผลที่จะเกิด เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาซึ่งจะช่วยสร้างความคาดหวังที่ตรงกัน และลดความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและญาติด้วย

2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตนเอง เพราะญาติปิดบัง ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ หรือกรณีที่มีผู้ป่วยมีญาติหลายคนความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่ แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต เหล่านี้ล้วนแล้วแต่จะสร้างความลำบากใจแก่ทุกฝ่าย เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยที่มาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมานจากเครื่องมือกู้ชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องปั๊มหัวใจ การต่อสายให้อาหาร ฯลฯ มีผลให้จากไปอย่างไม่สงบ และยังเกิดค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจทั้งแก่ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล การทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จึงเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด ¹

วิธีการทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ¹

สิ่งสำคัญในการเลือกวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทุกฝ่ายควรคำนึงร่วมกัน คือ

1. ควรมีการสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการการดูแลรักษาอย่างไร เช่น แบบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก อื่นๆ หรือแบบผสมผสาน หรือไม่บำบัดด้วยวิธีใดเลย หรืออื่นๆ

2. ต้องการอยู่ที่บ้าน หรือโรงพยาบาล หรือผสมผสาน

3. เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ยืดชีวิตหรือไม่ เช่น การเข้ารักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานต่อไปได้

4. ผู้ป่วยจะมอบหมายให้ญาติ คนใดทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

5. วิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของทีมดูแลการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ใครจะเป็นผู้ดูแล การดูแลค่าใช้จ่าย เพราะบางครอบครัวอาจมีปัญหา เนื่องจากฐานะยากจน หรือผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลัก ดังนั้นอาจต้องปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยต้องการเยียวยาทางจิตวิญญาณอย่างไร เช่น การสวดมนต์ ทำบุญ ให้ทาน การเทศนาของนักบวชถ้าผู้ป่วยมีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ควรดำเนินการตั้งแต่ตอนที่มีสติสัมปชัญญะดี อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลง วิธีการดูแลได้ตามความต้องการ สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำได้ 2 รูปแบบคือ

(1) การจัดทำเอกสารทางกฎหมาย เพื่อแสดงเจตนาของตนเองที่ไม่ต้องการรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย (หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย)

(2) การมอบหมายให้บุคคลใกล้ชิดมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการดูแลทางการแพทย์ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

3) ความปรารถนาครั้งสุดท้าย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง คือการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการ หรือค้างคาใจ รวมถึงความไฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จความปรารถนาหรือความไฝ่ฝันที่ค้างคาใจ สิ่งเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ เมื่อมากเข้าอาจทำให้ผู้ป่วยจมอยู่ในความทุกข์และไม่สงบ แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้บอกมาตรงๆ เพราะอายหรือไม่กล้าเปิดเผย ดังนั้นญาติจึงต้องเอาใจใส่ สังเกตว่าผู้ป่วยเคยพูดถึงเรื่องใดบ่อยๆ แล้วค่อยๆ สอบถามเพิ่มเติม และหาหนทางช่วยให้สำเร็จ ในสหรัฐอเมริกา มีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งชอบด้วยกฎหมายที่เรียกว่า ความปรารถนา 5 ประการ หรือ Five Wishes ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถแสดงความรู้สึกตามความปรารถนา¹ ดังนี้

ความปรารถนาที่ 1

ปรารถนาเลือกบุคคลที่จะมาตัดสินใจแทนได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้

ความปรารถนาที่ 2

ปรารถนาวิธีการดูแลตามที่ต้องการ และปฏิเสธการดูแลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ความปรารถนาที่ 3

ปรารถนาที่จะใช้วิธีการดูแลที่จะก่อให้เกิดความสบายกายสบายใจ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ความปรารถนาที่ 4

ปรารถนาที่จะเลือกผู้มาปฏิบัติดูแล หรือการกลับไปดูแลที่บ้าน

ความปรารถนาที่ 5

ปรารถนาที่จะพบคนที่ต้องการ เพื่อกล่าววลาครั้งสุดท้าย หรือเพื่อขอโทษในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน ฯลฯ รวมถึงการจัดงานศพของตนเอง

4) กลุ่มอาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อาการเจ็บปวด²

อาการเจ็บปวด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงต่างกันไป แต่ต่างก็อยากให้ตนเองเจ็บปวดน้อยที่สุดเหมือนกัน การพูดคุยและดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น การใช้ยาเพื่อลดอาการเจ็บปวดตามสมควร กรณี อาการปวดไม่รุนแรง สามารถใช้ยาแก้ปวดทั่วไป เช่น พาราเซตามอล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน บางครั้งจำเป็นต้องอาศัยยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีนซึ่งต้องใช้ตามคำสั่งของแพทย์ ในระยะที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ควรให้ในลักษณะรับประทาน หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานได้ แพทย์จะเปลี่ยนการใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นๆ เช่น เปลี่ยนเป็นยาแก้ปวดชนิดแผ่นแปะ หรือแบบฉีดเข้าทางเส้นเลือด นอกจากนี้ยังสามารถใช้การบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น แผ่นประคบร้อน/เย็น การนวด หรือการรักษาทางจิตวิทยา รวมทั้งวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยรูปแบบต่างๆ

อาการหายใจลำบาก

การดูแลสามารถทำได้โดยการเปิดพัดลมเป่าเบาๆ ให้เย็น และจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี การจัดปรับท่าของผู้ป่วย เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง นอนตะแคง และเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อยๆ ดูแลทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิ โดยการฝึกหายใจ การใช้จินตนาการบำบัดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายร่วมกับการให้ออกซิเจน การให้ยาลดอาการหายใจลำบาก ยาลดสารคัดหลั่งตามคำแนะนำของแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยสงบ ลดอาการกระวนกระวายลงได้

อาการไอ

ผู้ป่วยอาจมีอาการไอถี่หรือห่างจากไอแห้งๆ เสมหะมีกลิ่น คุณดูแลให้ผู้ป่วยกลั้วคอด้วยน้ำเกลือ หรือน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อความสะอาดและช่วยลดอาการเบื่ออาหารได้ ดูแลให้ปิดปากทุกครั้งเมื่อ ดูแลให้ผู้ป่วยทำ Breathing Exercise ป้องกันเสมหะคั่ง ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย จัดท่านอนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทางเดินหายใจโล่งหายใจได้สะดวก

อาการสะอึก

ดูแลช่วยลดอาการสะอึก โดยการให้ผู้ป่วยหายใจในถุงพลาสติก เพื่อจะได้ดูดเอาออกซิเจนเข้าไป ทำประมาณ 5 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ให้หยุดทันที เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ หรือให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดให้นอนศีรษะสูง

อาการเบื่ออาหาร

เกิดจากสาเหตุการรับรสของลิ้นเปลี่ยนไป ดูแลให้รักษาความสะอาดช่องปาก แปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยต้องการรับประทาน จัดบรรยากาศให้เอื้อต่อการรับประทานอาหาร ให้รับประทานทีละน้อย ๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง หลีกเลี่ยงอาหารหนัก อาหารทอด อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาร์บอนเนต หากผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งก้อนเล็ก เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายหรือทำให้ช่องปากชุ่มชื้น

อาการคลื่นไส้อาเจียน

ติดตามดูภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ประเมินการขาดน้ำ ถ้ามีอาการอาเจียนรุนแรง หรือมีอาการกระหายน้ำมาก แสดงว่ามีการสูญเสียน้ำจากร่างกายมาก ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ให้ดื่มน้ำเกลือแร่ชดเชย ดูแลให้รับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ให้รับประทานอาหารที่มีน้ำน้อย เช่น โจ๊ก รับประทานอาหารที่อุณหภูมิปกติ หากรับประทานอาหารที่ร้อนหรืออุ่นจะทำให้เกิดการกระตุ้นอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ หลังรับประทานอาหารให้จัดท่านั่งกึ่งนอน ฟิงศีรษะสูง อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง รับชมรายการโทรทัศน์ที่ผู้ป่วยชอบหรือสนใจ

อาการปากแห้ง

ดูแลทำความสะอาดช่องปาก ด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่า อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามต้องการ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น และช่วยลดความเหนียวของน้ำลาย แนะนำให้ใช้สารที่เพิ่มความชุ่มชื้นกับช่องปากและริมฝีปาก เช่น ครีมนวดทาริมฝีปาก ประเมินการติดเชื้อในช่องปากเป็นระยะ ๆ

ภาวะกลืนลำบาก

ดูแลจัดหาอาหารตามความสามารถในการรับประทานของผู้ป่วย จัดท่านั่งศีรษะสูงทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหาร งดการพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร ป้องกันการสำลัก หากมีภาวะกลืนลำบากจริงๆ แพทย์อาจพิจารณาใส่สายยางให้อาหาร ทางจมูก หรือทางหน้าท้อง

อาการท้องผูก

ท้องผูกเป็นอาการหนึ่งที่พบในผู้ป่วยเรื้อรัง มีสาเหตุทั้งจากโรค ภาวะจิตใจ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ การดูว่าผู้ป่วยท้องผูกหรือไม่ อาจสังเกตจากการถ่ายอุจจาระ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก ญาติสามารถดูแลได้โดยช่วยพลิกตัว กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ รับประทานอาหารและผักจำนวนที่เพียงพอ ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดคือ ตอนเช้าหลังตื่นนอนภายใน 2 ชั่วโมง และหลังอาหารเช้า กรณีต้องใช้ยาระบายต้องปรึกษาแพทย์

อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่²

ผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวจะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ตัวต้องสอนให้ผู้ป่วยรู้ถึงความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับระบบขับถ่าย ดูแลผิวหนังบริเวณระบบขับถ่ายให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ ทุกครั้งที่เปื้อนน้ำปัสสาวะต้องล้างทำความสะอาดและซับให้แห้ง ฝึกการขับถ่าย กรณีที่จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ควรชำระล้างด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและช่วงเย็น หรือทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การกลั้นอุจจาระไม่ได้²

เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกลั้นอุจจาระไม่อยู่ ต้องดูสภาพผู้ป่วยเป็นหลักแล้วจึงเลือกกิจกรรมที่จะช่วยแก้ปัญหา เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดของโรค ควรให้ดื่มน้ำประมาณวันละ 2,000 ซีซี ดูแลผิวหนังบริเวณก้นให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอทุกครั้ง หลังจากถ่ายอุจจาระ การควบคุมกลั้น การรักษาความสะอาด และการทำให้อากาศถ่ายเทจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดกลิ่นอุจจาระรบกวนผู้ป่วย นอกจากนี้ควรดูแลความเป็นส่วนตัวในการขับถ่าย ผู้ป่วยที่ต้องเปิดช่องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องควรดูแลถุงปิดหน้าท้อง (Colostomy bag) ให้ปิดสนิทแนบกับหน้าท้องป้องกันการรั่วซึม และดูแลความสะอาดบริเวณดังกล่าวให้สะอาดอยู่เสมอ

แผลกดทับ

ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง ดูแลหาอุปกรณ์ช่วยลดแผลกดทับ เช่น ที่นอนลม ดูแลรักษาความสะอาดของผ้าปูที่นอนให้สะอาด เรียบตึง และแห้ง นอกจากนี้ควรดูแลรักษาบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้สะอาดและพยายามไม่ให้เกิดแผลกดทับ กรณีเป็นแผลแล้ว ควรดูแลล้างทำความสะอาดแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันแผลติดเชื้อและเป็นการขจัดเนื้อตาย

วิตกกังวล²

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ ให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการ จัดบรรยากาศ สิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้กำลังใจและเห็นใจผู้ป่วย ให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ดูแลให้ญาติและครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในรายที่มีอาการมาก ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ได้รับยาแก้ลมประสาทตามแผนการรักษาของแพทย์ ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย และสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่

ความรู้สึกสิ้นหวัง

ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง ผู้ดูแลต้องยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก รับฟังการระบายความรู้สึกต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือปรับแผนการดูแลตนเอง

ภาวะสับสน²

อาจเกิดจากระยะของโรคหรือจากภาวะไม่สมดุลทางเกลือแร่ ต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้เข้าใจและยอมรับกับอาการที่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเพื่อช่วยลดภาวะสับสนหากผู้ป่วยมีภาวะสับสนมากขึ้น

ความกลัว

ลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว เช่น ตกใจ ความปวด ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับความกลัว อธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจ รับทราบอาการของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือและลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว

แนวโน้มการฆ่าตัวตาย

สังเกตสัญญาณเตือนภัย ด้านความคิด คำพูด และการกระทำ เช่น พูดว่า “ไม่รู้ว่าอยู่ไปทำไม” “อยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน” หรือการขอขมาลาโทษแก่ผู้ที่เคยทำให้ชุ่นข้องหมองใจ ต้องให้การเฝ้าระวังและดูแลเป็นพิเศษ ในรายที่มีสัญญาณเตือนควรรายงานให้แพทย์รับทราบ เพื่อพิจารณาแผนการรักษาหรือส่งต่อ หากผู้ป่วยต้องการแยกตัวจากครอบครัว รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยวและท้อแท้ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกทุกข์และความกังวลต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดใจ การเป็นผู้ฟังที่ดี คอยปลอบโยนและให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้กล่าวคำขอโทษ ขอโทษกรรมหรือกล่าวคำอำลาต่อบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการ หากผู้ป่วยต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา ควรซักถามผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมว่ามีความศรัทธาต่อศาสนาหรือความเชื่ออย่างไรรวมถึงดูแลจัดสิ่งแวดล้อมและอำนวยความสะดวกให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อหรือศาสนานั้นๆ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วย ทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม ได้รับการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลทั้งตัวผู้ป่วยญาติ รวมถึงบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยด้วย¹ ควรให้การรักษาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยที่มสุขภาพต้องตระหนักถึงการประเมินอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุม แล้วนำมาวางแผน ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ อย่างเป็นองค์รวมต่อไป³ เมื่อผู้ป่วยเข้าถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่มีความต้องการจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้นการมีระบบการติดตาม ดูแลต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้าน จะเป็นช่องทางในการสานต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดังนั้นควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ หรือตามเวลาที่ขอให้ไป เพื่อตรวจรักษาอาการ ให้คำปรึกษาต่างๆ และหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก สามารถติดต่อทางโรงพยาบาล เพื่อกลับเข้ารับรักษาอีกครั้งได้ทันที ทั้งนี้เพื่อคลายความกังวลของญาติและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการ¹ ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีมาตรฐาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ประกอบด้วย การประเมินแบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติทั้งกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมถึงการประเมินครอบครัว ผู้ดูแล การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะตัว การให้ข้อมูลและช่วยผู้ป่วย การให้แนวทางแก่ครอบครัวผู้ป่วยในการวางแผนดูแลล่วงหน้า การทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี มีการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้าย สามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต⁴ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการทบทวนเกณฑ์การประเมิน/วินิจฉัยผู้ป่วย จัดทำการประชุมครอบครัว (Family Meeting) และ แผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced Care Plan, ACP) ระบบการส่งชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลที่บ้าน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่พบว่าที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่จะนำไปสู่การติดตามปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะเป็นการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และอยู่ในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมด้วย นอกจากนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับระบบงานปัจจุบันและทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตามรูปแบบการประเมินผลแบบซีปปี้ (CIPP Model) (8, 17)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายและกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 38 คน และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (Z51.5) ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 38 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบุคคลในครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 วันขึ้นไป เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีประวัติโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคสมองเสื่อม

2) กลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน คัดเลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (patient care team) ที่มีความและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นประจำ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยอายุรกรรม 2 คน พยาบาลประจำคลินิก 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) มีค่า IOC ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.8 – 1.0 แบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและสอบถามผู้ดูแล ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยระยะท้าย วันเดือนปีที่เริ่มวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย สิทธิการรักษา ลักษณะการอยู่อาศัย กิจกรรมทางการแพทย์ที่ได้รับ การได้รับการพยุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ก่อนเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิต

ตอนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง หาค่าความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คือ 5 ความพึงพอใจมาก 4 พึงพอใจ 3 เฉยๆ 2 ไม่พึงพอใจ 1 ไม่พึงพอใจมาก โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละข้อ มาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและคะแนนรวม คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลน้อย ซึ่งความพึงพอใจจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 6-30 คะแนนเกณฑ์การตัดสินระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ น้อย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มาก 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่เกี่ยวข้องการสัมภาษณ์ทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการพิจารณาถึงความเหมาะสม การฝึกปฏิบัติผู้ดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง การบริการส่งต่อ ความเหมาะสมของทรัพยากรต่างๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการหาข้อดี และข้อบกพร่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ใน 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย การเข้าถึงยา strong opioid การบรรเทาอาการอย่างมีคุณภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จากการสัมภาษณ์ทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เพื่อวิเคราะห์อัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อัตราผู้ป่วยมีอาการปวด/หอบเหนื่อยได้ strong opioid อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลผลสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 38 คน อายุเฉลี่ย 49.44 ± 9.55 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.21 รายได้พอใช้ ร้อยละ 89.47 มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย ร้อยละ 31.58 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 26.32

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 84.21 อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง ร้อยละ 13.16 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 71.05 ป่วยเป็น Advanced cancers (ระยะแพร่กระจาย) ร้อยละ 73.68 เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 86.84 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 13.16

การประเมินด้านบริบท

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลออกปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัว สัปดาห์ละ 3 วัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. มีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายผ่าน Line group และมีระบบการส่งต่อผ่านรพพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 มีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน และทางโทรศัพท์สอบถามญาติ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลต่อเนืองที่บ้าน แพทย์สามารถสั่งยาในพื้นที่ ออกใบสั่งแพทย์ให้ผู้ดูแลมารับยาที่โรงพยาบาล และมีตารางแพทย์และสหวิชาชีพ ออกทุก รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการฝึกปฏิบัติ ดังนี้ การให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 84.21 การใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 86.84 การดูแลออกซิเจน ร้อยละ 81.58 และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนือง ดังนี้ ให้ยืมที่นอนลม ร้อยละ 84.21 ให้ยืมเตียงปรับระดับ ร้อยละ 84.21 มีการส่งต่อให้เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้าน และประสานงานขอความช่วยเหลือจากท้องถิ่น ร้อยละ 97.37

ตารางที่ 1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n=38)

กิจกรรม	ได้รับ	ร้อยละ
การฝึกปฏิบัติผู้ดูแล		
- การให้อาหารทางสายยาง	32	84.21
- การทำแผล	13	34.21
- การใส่สายสวนปัสสาวะ	33	86.84
- การดูแลออกซิเจน	31	81.58
- การพ่นยา	30	78.95
การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนือง		
- ให้ยืมเครื่องดูดเสมหะ	4	10.53
- ให้ยืมรถเข็น	1	2.63
- ให้ยืมที่นอนลม	32	84.21
- ให้ยืมเตียงปรับระดับ	32	84.21
- ให้ยืมถังอุปกรณ์ออกซิเจน	13	34.21

- ให้ยืม Syringe driver	6	15.79
- สนับสนุนชุดทำแผล	13	34.21
- สนับสนุนอุปกรณ์พ่นยา	12	31.58
การบริการและส่งต่อ		
- บริการรถรับส่งมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน	12	31.58
- ประสานงานขอความช่วยเหลือจากท้องถิ่น	37	97.37
- ส่งต่อให้เครือข่ายทีมสุขภาพใกล้บ้านติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	37	97.37
การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน		
- เยี่ยมและให้บริการที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	35	92.11
- เยี่ยมและให้บริการที่บ้านโดยเครือข่าย	35	92.11
- เยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	12	31.58

การประเมินด้านกระบวนการ

การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย

การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายมีความล่าช้า ข้อมูลตกหล่น สูญหาย ควรพัฒนาระบบส่งต่อโดยบันทึกข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ

การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัคร และคนในชุมชนยังไม่ครบทุกพื้นที่ ควรมีการอบรม อสม. ในการช่วยประเมิน ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย และของบประมาณท้องถิ่นสนับสนุนค่าตอบแทนอาสาสมัคร

การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะท้าย

การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล พบว่าการเข้ารับการรักษายังไม่ทั่วถึง พื้นที่อยู่ไกล การเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 ต้องรอนาน ผู้ป่วยบางรายไม่มีรถต้องจ้างเหมารถในหมู่บ้านนำส่ง ควรพัฒนาระบบการส่งต่อทุกตำบล โดยประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน พบว่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เตียง เบาะลมและ Syringe driver ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายต้องรอนานกว่าจะได้รับ ควรจัดตั้งทีม Rapid Consulting Services กรณีเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีสายด่วนให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และจัดหาอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้านให้เพียงพอ

การเข้าถึงยา strong opioid บรรเทาอาการอย่างมีคุณภาพ

ผู้ดูแลบางคนยังมีความกลัวที่จะให้ยากลุ่ม opioids รวมทั้งเครือข่ายชุมชน เช่น อสม. ยังขาดความรู้การใช้ยากลุ่ม opioids กับผู้ป่วยระยะท้าย ควรให้ความรู้ผู้ดูแลในการใช้ยากลุ่ม opioids แพทย์สามารถจ่ายยาที่ รพ. สด. ผ่านระบบการส่งยา Palliative care delivery ส่งยากลุ่ม opioids ให้ผู้ป่วยที่บ้าน และเภสัชกรติดตามการให้ยาโดย Telepharmacy

การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบตามเกณฑ์ (6 ครั้งต่อคน) ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ออกหน่วยร่วมกับแพทย์ครบทุกครั้ง บางครั้งไม่มีโภชนาการ บางครั้งไม่มีเภสัชกร หรือนักกายภาพบำบัด ควรมีการจัดทำแผนการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และกำหนดพยาบาลในการจัดการรายกรณี มีการสรุปผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกเดือน ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อเสนอแนะ
1.1 การรับส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
- มีพยาบาล รพ.สต ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยผ่าน ทาง Line group ระหว่าง รพ.ศ. กับ รพช. และ รพ.สต เครือข่าย	- การส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแล ระหว่าง รพศ. กับ รพช. และ รพ.สต เครือข่าย ลำช้า - การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย ตกหล่นไม่ได้รับการส่งต่อ เอกสารสูญหาย	- พัฒนาระบบส่งต่อโดยบันทึก ข้อมูลการดูแลต่อที่บ้าน ในโปรแกรม Smart COC เชื่อมการส่งข้อมูลทุกระดับ ระหว่าง รพศ. กับ รพช. และ รพ.สต
1.2 การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัคร และคนในชุมชน		
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.	- การค้นหาโดยอาสาสมัคร และ คนในชุมชนยังไม่ครบทุกพื้นที่	- ควรมีการอบรม อสม. ในการ ช่วยประเมิน ค้นหา และคัด กรองผู้ป่วย - ขอบประมาณท้องถิ่น สนับสนุนค่าตอบแทน อาสาสมัคร

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายในอำเภอ
พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อเสนอแนะ
2.1 การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล		
- ระบบการส่งต่อผ่านรพพยาบาล ฉุกเฉินสายด่วน 1669	- การเข้ารับการรักษายังไม่ทั่วถึง - บางพื้นที่อยู่ไกลการเรียก รพพยาบาลฉุกเฉินสายด่วน 1669 ต้องรอนาน ผู้ป่วยบางราย ไม่มีรถต้องจ้างเหมารถในหมู่บ้าน นำส่ง	- พัฒนาระบบการส่งต่อทุกตำบล โดยประสานงานกับ รพ.สต/ อปท.
- แพทย์และทีมสหวิชาชีพออก เยี่ยมบ้านทุกเดือน		
- มีกลุ่ม Line ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต รายงานอาการผู้ป่วย		
2.2 การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน		
- ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยม อาการที่บ้าน และทางโทรศัพท์ สอบถามญาติ	- อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เตียง เบาะลมและ Syringe driver ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางราย ต้องรอนานกว่าจะได้รับ	- จัดตั้งทีม Rapid Consulting Services กรณีเกิดปัญหาการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ควรมีสายด่วนให้คำปรึกษาการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - จัดหาอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยใช้ที่ บ้านให้เพียงพอ
- มีการสนับสนุนอุปกรณ์ดูแล ต่อเนืองที่บ้าน		
3.1 การให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยา กลุ่ม opioids ให้มีความมั่นใจในการให้ยาภายใต้คำสั่งการ รักษาของแพทย์		
- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทุกรายที่ จำเป็นต้องได้รับ	- ผู้ดูแลบางคนยังมีความกลัวที่จะ ให้ยา กลุ่ม opioids กับผู้ป่วย	- ให้ความรู้ผู้ดูแลในการใช้ยา กลุ่ม opioids
- สหวิชาชีพและเภสัชกรมีการ ทบทวนติดตามปัญหาการใช้ยา ที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	- อสม.ยังขาดความรู้การใช้ยา กลุ่ม opioids กับผู้ป่วยระยะท้าย	- แพทย์สามารถจ่ายยาที่ รพ.สต. ผ่านระบบการส่งยา Palliative care delivery ส่งยา กลุ่ม opioids ให้ผู้ป่วยที่บ้าน และ เภสัชกรติดตามการใช้ยาโดย Telepharmacy
- แพทย์สามารถสั่งยาในพื้นที่ ออกใบสั่งแพทย์ให้ผู้ดูแลมารับ ยาที่โรงพยาบาล		- โครงการให้ความรู้ อสม./ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เรื่องการใช้ยา กลุ่ม opioids กับผู้ป่วยระยะ ท้าย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อเสนอแนะ
4.1 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ		
- มีตารางแพทย์และสหวิชาชีพ ออกทุก รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	- ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ครบตามเกณฑ์ (6 ครั้งต่อคน) - ขาดสหวิชาชีพในการออกเยี่ยมบาง รพ.สต. - ทีมสหวิชาชีพไม่ได้ออกหน่วยร่วมกับแพทย์ครบทุกครั้งบางครั้งไม่มีโภชนากร บางครั้งไม่มีเภสัชกรหรือนักกายภาพบำบัด	- ควรมีการจัดทำแผนการออกเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และกำหนดพยาบาลในการจัดการรายการ - มีการสรุปผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกเดือน

การประเมินด้านผลผลิต

อัตราการประชุมครอบครัวและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 86.84 อัตราผู้ป่วยมีอาการปวด/หอบเหนื่อยได้ strong opioid ร้อยละ 73.68 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 92.11 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 92.11

ตารางที่ 3 การประเมินด้านผลผลิตของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n=38)

กิจกรรม	ได้รับ	ร้อยละ
การประชุมครอบครัว	33	86.84
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	33	86.84
มีอาการปวด/หอบเหนื่อยได้ strong opioid	28	73.68
การดูแลแบบการแพทย์แผนไทย	35	92.11
ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	35	92.11

ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.56±0.49) โดยหัวข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ (4.68±0.47) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน (4.60±0.54) การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล (4.57±0.50) และการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยอาสาสมัครและคนในชุมชน (4.57±0.50)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ (Mean ± SD)	แปลผล
1. การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้าย		
- การรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ/ผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	4.50±0.60	พึงพอใจมากที่สุด
- การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดย อาสาสมัคร และคนในชุมชน	4.57±0.50	พึงพอใจมากที่สุด
2. การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระยะ ท้าย		
- การจัดการข้อจำกัดในการเข้ามารักษาที่ โรงพยาบาล	4.57±0.50	พึงพอใจมากที่สุด
- การจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้าน	4.60±0.54	พึงพอใจมากที่สุด
3. การเข้าถึงยา strong opioid บรรเทาอาการ อย่างมีคุณภาพ		
- การให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้ยา กลุ่ม opioids ให้มีความมั่นใจในการให้ยาภายใต้ คำสั่งการรักษาของแพทย์	4.52±0.64	พึงพอใจมากที่สุด
4. การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ		
- การดูแลต่อเนืองที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ	4.68±0.47	พึงพอใจมากที่สุด
5. ความพึงพอใจโดยรวม	4.56±0.49	พึงพอใจมากที่สุด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

5.2 เชิงคุณภาพ

ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในการศึกษานี้ ระดับมากที่สุด โดยให้คะแนนการเข้าถึงบริการ การจัดการอาการไม่สุขสบายมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทา และสิ่งที่สำคัญควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลและเข้าร่วมในกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและไม่เป็นภาระ อีกทั้งยังช่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วย และครอบครัวให้ดีขึ้นได้อีกด้วย สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลให้เกิดความกระวนกระวายใจ นอกจากนี้ควรเพิ่มการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเร็วขึ้น โดยที่ยังไม่สูญเสียระดับการดูแลตนเองไปมาก ด้วยการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานให้ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ในชุมชนเพิ่มขึ้น และออกค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการแบบเชิงรุก ทำให้สามารถนำผู้ป่วยเข้ามารับการบริการได้เร็วขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาที่จะนำไปสู่การติดตาม ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. เป็นการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมอีกด้วยซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นการทบทวนการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์ความรู้ และงานวิจัยต่างๆ มาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยได้
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงวางแผนการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย และการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียต่อไป

7. ความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนหนึ่งไม่ได้รับรู้การพยากรณ์โรค หรือครอบครัวรับรู้แต่ไม่ยอมให้ผู้ป่วยรับรู้จากความเข้าใจที่คิดว่าถ้าผู้ป่วยรู้ความจริงจะทำให้อาการแย่ลงอย่างรวดเร็ว หรือผู้ป่วยที่ส่งเข้าปรึกษาไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้
2. การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองและเป็นผู้ป่วยที่ส่งปรึกษามายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น ยังมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง แต่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น ครอบครัวและผู้ป่วยต้องการการรักษาโดยใช้เครื่องพยุงชีพที่ไม่ก่อประโยชน์

8. ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการ

1.การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปอย่างล่าช้าหรือส่งปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่ง กำลังเข้าสู่ระยะเสียชีวิต หรือญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้านอย่างเร่งด่วนถึงแม้จะมีการนำเกณฑ์ตรวจคัดกรองผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลแบบประคับประคองมาใช้แล้วก็ยังไม่บรรลุผล

2.การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นการตัดสินใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

1.การศึกษาในครั้งหน้า ควรทบทวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการแบบประคับประคองได้เร็วขึ้นรวมถึงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคระยะท้าย มีสาเหตุมาจากทั้งด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว และการตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า ดังนั้น ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพต่อไป

2.การวางแผนการจำหน่ายที่ดี สามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลได้รับการประเมินการดูแลและฝึกทักษะ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพและสามารถขอคำปรึกษาได้ อีกทั้งลดการเข้ามาอนโรงพยาบาลโดยไม่มีเจตจำนง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

จำนวนหน้า (เนื้อหา/ภาคผนวก)	วัน เดือน ปี ที่เผยแพร่	แหล่งเผยแพร่
16 หน้า	ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน 2568	วารสารวารสารศุนย์อนามัยที่ 9 ISSN: 2697-3871 (Online)

11. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์ สักส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ชลธิรา ศรีสวัสดิ์*

(นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 23 / 01 / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์	ชลธิรา ศรีสวัสดิ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายอนุชิต ปิตะพรหม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์

(วันที่) 23 / กรกฎาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 30 ก.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการดูแลตนเองในหลายประการ ทั้งการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียด การงดบุหรี่และการดูแลเท้า ซึ่งการกระทำดังกล่าวมีความยากลำบาก ต้องใช้เวลาอาศัยการเรียนรู้การฝึกทักษะและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานหลายรายจึงไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติได้⁵ หากผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรังได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย จอประสาทตาเสื่อมเกิดตามัว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบส่งผลให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ รวมถึงการเสียชีวิต⁶

ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และส่งเสริมการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่สามารถป้องกันได้ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการความเครียด⁷ การให้ความรู้อาจไม่สามารถลงลึกรายบุคคลในเวลาจำกัดโดยเฉพาะประเด็นของความเชื่อวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิต ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลต่อไป⁸

คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม มอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ตามรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2559 ในหมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมประชาชนทุกคนทุกครอบครัวจะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแล แบบใกล้บ้านใกล้ใจ สิ่งที่ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับคือการให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี เกิดการดูแลที่มีคุณค่า การบริการที่สะดวกรวดเร็วเป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดูญาติตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ⁹ ซึ่งการบริการในคลินิกหมอครอบครัวนั้นประกอบด้วยส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ

และดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ อย่างรวดเร็วทันเวลา ด้วยการใช้เทคโนโลยีการรับและส่งต่อ¹⁰

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในเครือข่ายอำเภอพิบูลมังสาหาร ทั้งในคลินิกโรงพยาบาล และ คลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ปี 2563-2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C < 7) ร้อยละ 17.4, 22.9, 24.2 และ 25.1 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสาเหตุของโรคเบาหวานส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงหลายอย่างตามมา เช่น ไตวาย ตาบอด หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต แผลเรื้อรัง หากอาการรุนแรงมาก อาจทำให้ต้องตัดขาหรือเท้า เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนับเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เพราะแพทย์ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและยา เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาเท่านั้น ประกอบกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีโอกาสมิ่ส่วนร่วมในการดูแลตนเองและรักษาน้อยมาก แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษาและให้คำแนะนำแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุนี้จึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร ด้วยมีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา เพื่อลดปัญหาคนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน ในขณะเดียวกันมีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล สนับสนุนให้ผู้ป่วย หรือญาติทำ Self-monitoring เช่น ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลสุขภาพลงใน Mobile Application หรือจดบันทึกด้วยตนเองและส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ดูแลเพื่อช่วยในการประเมินผลลัพธ์ หรือฝากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำส่ง สร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้รักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีจะต้องส่งข้อมูลผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาถึงโรงพยาบาล ที่ให้การดูแล เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา

วัตถุประสงค์

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

แนวความคิด

คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) จัดเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) มาใช้ในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความท้าทายของที่ประชาชนให้ความสำคัญ เชื่อถือและไปรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และใช้หลักการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตทีมหมอครอบครัว หนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน 10,000 คน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา

เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ โดยในส่วนของทันตแพทย์และเกษัชกร หนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้นต้องร่วมทีม 3 ทีม ฉะนั้นควรกำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้นเขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการเพื่อให้ปรับปรุงพัฒนาระบบงานมีดังนี้คือ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว

ประกอบด้วยภาระประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท

ศึกษาสภาพปัญหาโดยวิเคราะห์สถานการณ์โดยดำเนินการ ดังนี้

- สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดประเด็น เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ นำเสนอทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวในเครือข่ายโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

- การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อรับทราบแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้ป่วย

- วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินวางแผนการสร้างแนวทางพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการพัฒนาองค์ความรู้ ให้แก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพัฒนาแนวปฏิบัติและแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

- ประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อสร้างรูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- ประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พิจารณาถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความพร้อมด้านบุคลากร ด้านการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ การปรึกษากรณีผู้ป่วยมีปัญหา การส่งต่อข้อมูล ความเหมาะสมของทรัพยากรต่างๆของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองการใช้รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

โดยจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี (Good Control)

กิจกรรมที่ 1 การวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน (Self-Check Point) ต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนถึงวันนัด (Health coach monitoring DTX/BP) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าไปช่วยตรวจและส่งผลการตรวจไปยังหน่วยบริการล่วงหน้าก่อนวันนัด บันทึกข้อมูลผลที่ได้ส่งและแปลผล

ร่วมกับทีมสุขภาพทุกครั้งที่มาใช้บริการ เพื่อสร้างศักยภาพในการแปลผลอย่างง่ายด้วยตนเองและสามารถปรึกษากลับไปยังทีมสุขภาพได้

กิจกรรมที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขส่งยาที่บ้าน (Home refilled) โดยเว้นระยะการตรวจกับแพทย์ให้ห่างขึ้น ทุก 3 เดือน

กิจกรรมที่ 3 สร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงผู้รักษาผ่านแอปพลิเคชัน (Line group) ผู้ป่วยสามารถขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย รวมถึงมีการเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา

2) ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดี (Poor Control) ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่ามากกว่า 8% หรือ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีค่ามากกว่า 160 mg/dL และมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง

กิจกรรมที่ 4 จัดให้แพทย์หรือสหวิชาชีพมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย แต่ละรายมากขึ้นแต่ครั้งให้นานขึ้น 7-10 นาทีโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและแพทย์หรือสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันวางแผนตัดสินใจในการดูแลรักษาร่วมกัน (Shared care plan) สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Brief advice; BA) ให้ถามชื่นชม และแนะนำเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การจัดบริการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Self-Management) ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ,2ส.1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบ สุรา การรับประทานยา) และการใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างแรงจูงใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 6 จัดบริการอาสาสมัครสาธารณสุขพี่เลี้ยง (Health coach) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ สร้างแรงจูงใจภายใน (Brief Intervention หรือ BI) ช่วยกระตุ้นการปฏิบัติตนตามแผนการดูแล ให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง จนเกิดการสร้างปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมิน

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นก่อนและหลังดำเนินการวิจัย 1 ปี ในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต การทำงานของไต) และสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อจำกัด

จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และรักษาน้อยมาก ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรค ด้านการใช้ยา โดยส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษา ให้คำแนะนำแต่เพียงฝ่ายเดียว รวมถึงกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้ให้บริการขาดแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

แนวทางแก้ไข

ควรมีการพัฒนาแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ ผ่านรูปแบบกิจกรรมต่างๆที่กล่าวข้างต้น ในคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหาร เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่
2. ต้องรู้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออครอบครัว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ($HbA1C < 7$) มากกว่าร้อยละ 40
- 2) อัตราคลินิกหออครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูลมังสาหารที่สามารถดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 50

(ลงชื่อ) *ชลธิรา ศรีสวัสดิ์*

(นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) *20* / *01* / *2567*

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวชลธิรา ศรีสวัสดิ์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	26
3. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วน และบทบาทของผู้ขอประเมิน และผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	30
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	9
รวม	100	92

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(/) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 


(นายอนุชิต ปิตะพรหม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์

(วันที่) 23 / กรกฎาคม 2567

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 - ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
- (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)  เห็นชอบตามเสนอ

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 3/0 ก.ค. 2567

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 - 51.4
 - ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70
- (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)  ร้อยตรี

(สวมมงคล มงคลละลิจ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

(ตำแหน่ง) ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๘

(วันที่) / /

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., ๒๐๒๒) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้รู้ว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Health Promotion Model ฉบับปี ค.ศ. 1987 แบ่งส่วนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบนำมาสู่การประยุกต์ตามบุคคล สถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ เกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อมา Health Promotion Model ฉบับปี 1996 ได้มีการทบทวนและเพิ่ม 3 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อบุคคลคือ activity - related affect commitment to a plan of action และ immediate competing demand and preferences

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

๑. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา
๒. รับรู้สุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ
๓. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self - efficacy) บุคคลมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด
๔. คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๕. การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived health status) สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จาก พฤติกรรมสุขภาพ

๖. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะ เริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

๗. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตามสำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศสภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผนสุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผล โดยอ้อมในกระบวนการคิด

ปี ค.ศ.๑๙๙๖ Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่มดังนี้

๑. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตนพฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

๒. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรม บางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

๓. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนร่วมรับรู้

๔. ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีพลังสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น บางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกาย แต่กลับแวะเดินเที่ยว ช็อปปิ้งในศูนย์การค้า เป็นต้น

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซับซ้อนหลากหลายปัจจัย ที่จะต้องประเมิน ดังนั้นเพื่อความชัดเจน จึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่าง ๆ ตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ดังนี้

๑. คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี ๒ ส่วนดังนี้

๑.๑ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิม ทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัย จนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ถึง

ความสามารถของตน ประโยชน์ อุปสรรค และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล การปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถ สิ่งที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรค จะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องข้อกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิม บุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้

๑.๒ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมาย พฤติกรรม มีการจัดกลุ่มดังนี้ ชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วิทยาคมประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลังกาย ด้านจิตวิทยาประกอบด้วย แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

๒. การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

๒.๑ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งในด้าน intrinsic และ extrinsic เช่น ด้าน intrinsic ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้า ด้าน extrinsic ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญ ขณะที่ intrinsic ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการ หรือความจริง เช่น หาได้ยาก ไม่สะดวกใช้แพง ทำยาก หรือใช้เวลานานอุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกั้นเป็นเครื่องกีดขวาง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง

๒.๓ การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self – Efficacy) คือการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่ามีทักษะและสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล ๔ ประการ

- การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเอง หรือการประเมินจากบุคคลอื่น
- การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่น และการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ
- การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้
- สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว รุ่มง่าม ความสงบ

๒.๔ กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity – related affect) สภาวะความรู้สึก ก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง กิจกรรม ขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มีมากระตุ้นความรู้สึกอาจมากหรือน้อยอยู่ที่ระดับความรู้ ความทรงจำ และเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม ซึ่งมี ๓ องค์ประกอบคือ สิ่งเร้า การปฏิบัติและ

สิ่งแวดล้อมมีงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีความรู้สึกสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารู้สึกไม่น่ายินดี มีความรู้สึกอึดอัด ก็จะไม่ปฏิบัติแต่อย่างไรก็ตามในบางงานวิจัยพบว่า ทั้ง ๒ ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง ๒ ความรู้สึกก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ

๒.๕ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

๒.๖ อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งใดเอื้อต่อการปฏิบัติ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่าง เช่น สิ่งแวดล้อมไม่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

๓. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก ๒ ส่วนคือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคลการคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรมโดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการความชอบของบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๓.๑ ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ ประกอบด้วย

๓.๑.๑ การยึดมั่นที่จะดำเนินการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล

๓.๑.๒ แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติ การปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความเข้าใจ มีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่บุคคลนั้นถนัด หรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมากมักจะล้มเหลว

ในการสร้างพฤติกรรม

๓.๒ ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

การที่จะเลือกพฤติกรรมใดปฏิบัติ มี ๒ ประเด็นคือ Competing demands

หมายถึง ประเด็นที่ ๑ บุคคลสามารถเอาชนะได้บ้าง เช่น จากสภาพแวดล้อม เช่น ในงาน ครอบครัว

ล้มเหลวที่จะตอบสนองความต้องการมีผลต่อตนเองและผู้อื่น และ ประเด็นที่ ๒ Competing

preferences หมายถึง บุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมเล็กน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถ การ

จัดการ เช่น ความชอบในการที่จะกินอาหารไขมันสูง แทนที่จะเลือกไขมันต่ำ ต้องการพลังและ

ความสามารถในการจัดการสูง แต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้ หรือหลีกเลี่ยง

บุคคลบางคนอาจจะสามารถโน้มน้าวง่าย การที่จะต่อสู้กับความชอบ ต้องการการจัดการที่ดีและมี

ความสามารถในการควบคุม

๔. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดีในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองควรเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหาปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

๑. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์นั้นคือมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี
๒. บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้ และการประเมินความสามารถของตนนั้นคือบุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน
๓. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโต ในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลง และความคงที่ นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท และสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย
๔. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดีนั้นคือเชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี
๕. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือบุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายใน และภายนอกตน ต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ
๖. บุคลากรทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั่นคือแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม
๗. การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นคือ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเป็นการริเริ่มตั้งต้นโดยตัวบุคคลนั้น ๆ

จากข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวในขั้นตอนการประเมินเพื่อออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งที่มีประเอินมีดังนี้ วิธีชีวิตของบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความคิด ความเชื่อ การตระหนักรู้ของบุคคล

ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model) เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ข้อความทฤษฎี นำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

๑. พฤติกรรมก่อนหน้านี้ และยังคงอยู่ มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาสิ่งที่คุณคนรับรู้พึงพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ
๒. ความยึดมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความยึดมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้นการค้นหาสิ่งที่คุณคนยึดมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการทำให้เกิดพฤติกรรม
๓. การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม
๔. การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง
๕. ผลในทางบวกต่อพฤติกรรม ทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น
๖. เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความน่าจะเป็นต่อความยึดมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น
๗. บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรม และความช่วยเหลือ สนับสนุนต่อพฤติกรรม
๘. ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
๙. สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเพิ่มหรือลดความยึดมั่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
๑๐. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติที่มาก นำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน
๑๑. ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติจะลดลง เมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของคุณคนสามารถควบคุมได้ลดลง
๑๒. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่น น่าสนใจมากกว่า หรือชอบมากกว่า

๑๓.บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ ความรู้สึก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม
ทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติ

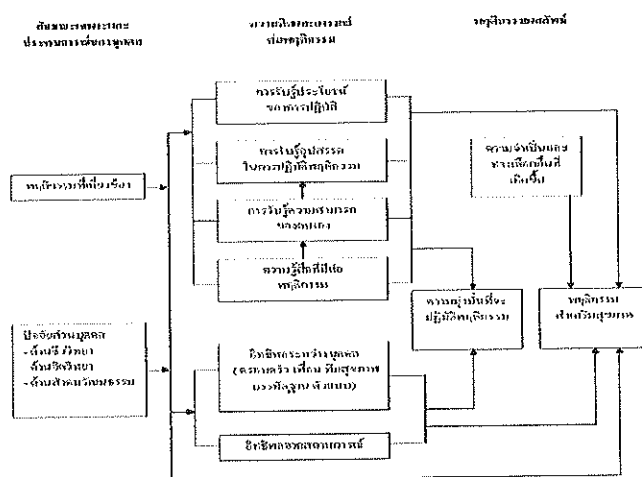
จากข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ต้องแสวงหาเพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ คือการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ขอบตัวบุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับหรือให้ความสำคัญ การทำให้เห็นประโยชน์ การรับรู้ต่อสมรรถนะของตน อิทธิพลภายนอกที่จะมีผลต่อพฤติกรรม และการให้กิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการคิดรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นต้น ทั้งนี้การทำความเข้าใจข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี จะทำให้มองเห็นแนวทางการใช้ทฤษฎีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

นิยามสุขภาพของเพนเดอร์

ความเข้าใจต่อการให้นิยามสุขภาพของนักทฤษฎี จะทำให้เข้าใจเป้าหมายชัดเจนมากขึ้น จากนิยามสุขภาพของเพนเดอร์ ที่นิยามว่า “สุขภาพ หมายถึง ความต้องการสูงสุดของมนุษย์ และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรม การมีความสามารถดูแลตนเอง และสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น ขณะที่มีการปรับตัวเพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์” จะเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างด้วยตนเอง และสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญ สัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดสุขภาพดี

จากการวิเคราะห์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถสรุปได้ว่า เพนเดอร์ เชื่อว่าบุคคลมีพฤติกรรมจากการคิดรู้ ภายใต้ประสบการณ์ พื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคล และผลลัพธ์ที่เกิดทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยมีสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยกำหนด การค้นหาปัจจัย เงื่อนไข อุปสรรค ของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมการคิดรู้ การปรับเปลี่ยนบริบท สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised:2006)



Source: Pender, N. M., Murdaugh, D. L., & Parsons, M. A. (2006). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC15422>

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถนำแนวคิดของทฤษฎีออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, N.J., 2004) ได้เสนอว่าควรมุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้มากยิ่งขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมคือปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของบุคคล

แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่กำหนดในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการประเมิน สํารวจ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้สามารถนำแนวคิดย่อยในแบบจำลองเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม เช่น การจัดระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดให้ทุกที่ ทุกเวลา สามารถออกกำลังกายได้ เป็นต้น การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน และรู้สึกสนุกต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ และจากแนวคิดความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ สามารถนำมาออกแบบกิจกรรมในการสร้างพันธะสัญญาในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสิ่งสำคัญคือต้องเป็นสิ่งที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและบุคลากรที่ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนที่ดีมาจากการประเมินที่ดีเพราะหากไม่สามารถประเมินวิถีชีวิต ความชอบ ไม่ชอบ ความเชื่อ เป้าหมาย มุมมองต่อการกำหนดเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ และการให้ข้อมูลที่มาจากการวิเคราะห์ จากองค์ความรู้ที่มีการพิสูจน์ชัดเจนรองรับจะช่วยให้การตัดสินใจปฏิบัติของผู้รับบริการ และจะต้องมีแผนสนับสนุนที่สอดคล้องกับระยะเวลาเปลี่ยนแปลงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินซ้ำเป็นระยะเพื่อพิจารณาหาปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติม ให้ผู้รับบริการยึดมั่นกับแผนปฏิบัติจนบรรลุแผนที่วางไว้

๒. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการที่เกิดเฉียบพลันต่อการทำงานของสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลาย เสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่อาจทำให้เสียชีวิตได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการชาของใบหน้า แขนขา มักเป็นด้านหนึ่งของร่างกาย อาการอื่น ๆ คือ สับสน ยุ่งยากในการสื่อสาร การมองเห็น เวียนหัว เสียการทรงตัว ปวดหัวรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ และเป็นลมหมดสติ (World Health Organization [WHO], 2020)

ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ทำให้สมองขาดเลือด แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

๒.๑. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณ 80% หลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือด และขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนสาเหตุของหลอดเลือดสมองตีบอาจเกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง

๒.๒ หลอดเลือดสมองแตก(hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณ 20% ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้นโป่งพองและ

แตกออก หรืออาจเกิดจากหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดปริแตกได้ง่าย ซึ่งอันตรายมากเนื่องจากทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงอย่างฉับพลันและทำให้เกิดเลือดออกในสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้สมองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งอาการแสดงต่างๆ จะมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย เช่น ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกายพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบากปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใดตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใด เดินเซ ทรงตัวลำบาก อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ในรายที่มีภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว (transient ischemic attack: TIA) อาจมีอาการเตือนเหล่านี้เกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไปเอง หรืออาจเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนจะมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร อาการของโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นอาการร้ายแรงและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือหากไม่ถึงชีวิต ก็อาจทำให้กลายเป็นโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟู

สาเหตุ

โรคหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากมีการตีบของหลอดเลือด โดยเกิดจากหลอดเลือดในสมองแข็งและตีบตัน (Atherothrombosis) หรือเกิดจากมีลิ่มเลือดเล็ก ๆ ไหลมาตามกระแสเลือด มาอุดตันหลอดเลือดในสมอง (Embolism) และโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงนาน ๆ โดยมีอัตราส่วนของการเกิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 85.00 และโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 15.00 ความรุนแรงของภาวะสมองขาดเลือดจะขึ้นอยู่กับเวลาของการอุดตันและตำแหน่งเนื้อเยื่อสมองที่ถูกทำลาย มีปัจจัยตัวแปร มาก เช่น สาเหตุตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ระยะเวลาของการขาดเลือด ความรุนแรงของโรค และโรคที่เป็นร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินโรคและการรักษา

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน ขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขนขา ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอัมพาตซีกขวาอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาต มักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป อาจเป็นเดือนเป็นปี หรือตลอดชีวิต แต่ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันทีและผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงาน ออกแรงมาก ๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาค่อย ๆ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้า

ตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รุ่่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง มักตายใน 1-2 วัน ตกเลือดไม่รุนแรง ก็อาจมีโอกาสรื่นและค่อย ๆ ดีขึ้น เมื่อได้รับการผ่าตัดทันทีอาจช่วยให้รอดได้

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มักมีสาเหตุจากสุขภาพโดยรวมและรูปแบบการดำเนินชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้

อายุ เมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดก็จะเสื่อมตามไปด้วย โดยผิวชั้นในของหลอดเลือดจะหนาและแข็งขึ้นจากการที่มีไขมันและหินปูนมาเกาะ รูที่เลือดไหลผ่านจะแคบลงเรื่อยๆ

เพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง

ภาวะการแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการจับตัวกันของเม็ดเลือดและมีลิ่มเลือดเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าคนปกติ

ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้

ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ

เบาหวาน เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย หากเกิดที่สมองจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า

ไขมันในเลือดสูง เป็นความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คือภาวะไขมันสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้กีดขวางการลำเลียงเลือด

โรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นสาเหตุของการเกิดลิ่มเลือด ถ้าลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้สมองขาดเลือดได้

การสูบบุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ปริมาณออกซิเจนลดลง และเป็นตัวทำลายผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัว พบว่าการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองถึง 3.5%

ยาคุมกำเนิด ในผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง

โรคซิฟิลิส เป็นสาเหตุของหลอดเลือดอักเสบและหลอดเลือดแข็ง

การขาดการออกกำลังกาย

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

๑. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขั้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้
๒. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

๓. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ

๓.๑ ฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน ๓ เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๒ ระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การพูด ระยะนี้อาจนาน ๔-๖ เดือน หรือ ๑ ปี

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

๑. ผลกระทบต่อผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักจะมี ความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ดังนี้

๑.๑ ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะก่อให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากมักมีความพิการจึงส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รวมถึงการเคลื่อนย้ายตนเองและการเดิน ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และญาติขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ร้อยละ ๑๓.๑๐ ที่พบมาก ได้แก่

- การมีแผลกดทับ สาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ คือแรงกด โดยเฉพาะแรงกดบริเวณเนื้อเยื่อระหว่างปุ่มกระดูกกับพื้นผิวที่ร่างกายกดทับอยู่ จากการเสียดทานและแรงถูไถเป็นสาเหตุภายนอก ร่างกาย หรือเกิดจากสาเหตุภายในร่างกายที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การสูญเสียประสาทรับความรู้สึกของผิวหนัง มีการไหลเวียนโลหิตลดลง ขาดอาหาร บวม และติดเชื้อมัน เป็นต้น บริเวณที่พบมาก คือ ก้นกบ ศอก สะบัก ท้ายทอย ไบหู สะโพก เข่า ส้นเท้า และตาตุ่ม การมีข้อติดแข็ง เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้พังผืดใกล้ข้อหดตัว หรือน้ำไขข้อลดลง
- การมีภาวะปอดบวม เนื่องจากการสำลักอาหารจากการผิดปกติของการกลืน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ หรือมีการคั่งของเสมหะในปอด
- การติดเชื้อมากับปัสสาวะจากการคั่งค้างของปัสสาวะ จากถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะในรายที่คาสายสวน
- โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ท้องผูก ผื่นคัน ไอ และปวดกระดูก นับได้ว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง
-

๑.๒ ผลกระทบด้านจิตสังคม จากผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า สูญเสียความเป็นตัวเอง เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถเข้าสังคมได้เหมือนเช่นเคย มีการสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอาย ไม่อยากพบใคร การทำหน้าที่ครอบครัวลดลง มีรายได้ลดลงและมีความต้องการพึ่งพาระหว่างกันมากขึ้น จึงเกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ รู้สึกด้อยค่าในตัวเองแยกตัวเอง แสดงอารมณ์หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว และมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว ภาพลักษณ์ภาวะซึมเศร้า ต้องการการดูแลโดยสมาชิกครอบครัว เมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย

๒. ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล ความรุนแรงและความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานานเกือบตลอดวัน ทำให้มีความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลอาการของผู้ป่วย และกลัวถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง จึงมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล เกิดเป็นความเหนื่อยล้า และความเครียด ดังนี้

๒.๑ ความเหนื่อยล้า ความพิการของผู้ป่วยทำให้การช่วยเหลือตนเองลดลง จึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นเกือบทั้งหมด ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาทำให้ไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพร่างกายลดลง เกิดความเจ็บป่วยตามมา อาจมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัวปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา น้ำหนักลดลงมาก หรือบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหารและความดันโลหิตสูง ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีร่างกาย อ่อนล้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแล อันจะนำมาซึ่งศักยภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง

๒.๒ ความเครียด การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย จึงไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ วิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยและความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด

๒.๓ บทบาทหน้าที่ เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้นทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดความพิการสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน

๒.๔ เศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการดูแล

สุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และให้มีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว

จะเห็นได้ว่า เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานานเกือบตลอดวัน ทำให้มีความเหนื่อยล้า มีความเครียด บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป และกระทบเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งครอบครัวต้องพยายามปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดและช่วยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

๒. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest/Posttest Control Group Design) หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จำนวน ๕๒ ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำนวน ๑๒ สัปดาห์ (ระยะเวลา ๓ เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑ ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ระยะเวลา ๖ เดือน

๒.กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มาจากผู้ป่วยที่เข้าสู่เกณฑ์การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

๑. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
๒. ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) จากแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี (กำหนดตามเกณฑ์

แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.ฉบับที่๑ : ๒๕๖๕)

๓. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือเป็นทั้งสองโรคร่วมกัน

๔. มีโทรศัพท์ สามารถวัดระดับความดันโลหิต/ค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ได้

๕. สื่อสารภาษาไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

๖. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่นำออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

๑. ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๒. ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ที่มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๘ ราย มาเป็นเกณฑ์ประมาณการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจศึกษาเท่ากับ ๐.๕ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ๕% และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ ๑๐ รายขึ้นไป ได้จำนวน ๕๒ รายเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

- n = sample size
- N = population size
- e = acceptable sampling error
- χ^2 = chi-square of degree of freedom 1 and confidence 95%
= 3.841
- p = proportion of population (if unknown, 0.5)

แสดงสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๑. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี และแพทย์พิจารณาเห็นควรให้ควบคุมด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

๓. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ๔ ส่วน คือ

๑.๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สูบหรือ

๑.๒ แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิต/ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

๑.๓ แบบประเมินการรับรู้ ๔ ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามต่อไปนี้

๑.๓.๑ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงเกิดโรค

๑.๓.๒ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

๑.๓.๓ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

๑.๓.๔ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติดูแลตนเอง

มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement)	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ (Negative Statement)
เห็นด้วยมากที่สุด	๕	๑
เห็นด้วยมาก	๔	๒
เห็นด้วยปานกลาง	๓	๓
เห็นด้วยน้อย	๒	๔
เห็นด้วยน้อยที่สุด	๑	๕

แบบประเมินการรับรู้ ๔ ด้าน เป็นข้อคำถามที่ข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, ๑๙๖๗) ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน ๒๐ ข้อ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗: ๑๗๔) ดังนี้

คะแนนร้อยละ ๐ - ๕๙.๙๙ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำ

คะแนนร้อยละ ๖๐ - ๗๙.๙๙ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง

คะแนนร้อยละ ๘๐ - ๑๐๐ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูง

๑.๔ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ๔ ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน ๒๐ ข้อ ดังนี้

๑.๔.๑ ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน ๕ ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

๑.๔.๒ ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๕ ข้อ

๑.๔.๓ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน ๕ ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

๑.๔.๔ ด้านการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน ๕ ข้อ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

โดยข้อคำถามลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี ๓ ระดับ คือ

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ไม่เคยปฏิบัติได้	๐ คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติได้	๒ คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้งได้	๑ คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้งได้	๑ คะแนน
ปฏิบัติประจำได้	๒ คะแนน	ปฏิบัติประจำได้	๐ คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

เกณฑ์การแปลผลให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความ ที่แสดงถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน ๒, ๑ และ ๐ ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับคะแนน}} \\ &= \frac{๒-๐}{๒} = ๑ \end{aligned}$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้
ค่าเฉลี่ย ๐.๐๐-๑.๐๐ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
ค่าเฉลี่ย ๑.๐๑-๒.๐๐ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย ๒.๐๑-๓.๐๐ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย

- ความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

- การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยนักโภชนาการและนักวิทยาศาสตร์การกีฬาโดยการใช้สื่อการเรียนรู้ได้แก่ แผ่นพับและการนำเสนอผ่านทางวีดิทัศน์ให้ความรู้และการปฏิบัติตัว การพูดคุยแนะนำรายบุคคลโดยพยาบาล/นักโภชนาการ ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ สร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพครั้งแรก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยกล่าว แนะนำตัวเอง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำตัวเอง โดยผู้วิจัยอธิบายถึงที่มาและความสำคัญการวิจัย วัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำวิจัย และจำนวนครั้งที่นัด การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สร้างความมั่นใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ขั้นตอนที่ ๒ การให้ความรู้และการจัดการดูแลตนเอง ทั้งในรูปแบบการจัดอบรม การแจกแผ่นพับและทางโทรศัพท์/ไลน์

- ความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
- การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยนักโภชนาการและ

นักวิทยาศาสตร์การกีฬา

ขั้นตอนที่ ๓ การแนะนำการบันทึกระดับความดันโลหิต/ค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังปฏิบัติตามโปรแกรม ฯ

ขั้นตอนที่ ๔ กำหนดการนัดหมาย ทั้งจากการโทรศัพท์หรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก) และการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสรุปแนวทางที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติหลังจากได้รับโปรแกรมและหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกันแล้ว

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำ สาธิตการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น เครื่องวัดความดันและเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แนะนำให้ฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านหรือที่ทำงาน ดำเนินการตามโปรแกรม เก็บข้อมูล สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง รวมทั้งหมด จำนวน ๑๒ สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

๑. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๓ ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

๒. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี และแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) หลังจากนั้น ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

๑. ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย

ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยทบทวนความรู้และการให้ทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ขั้นตอนเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

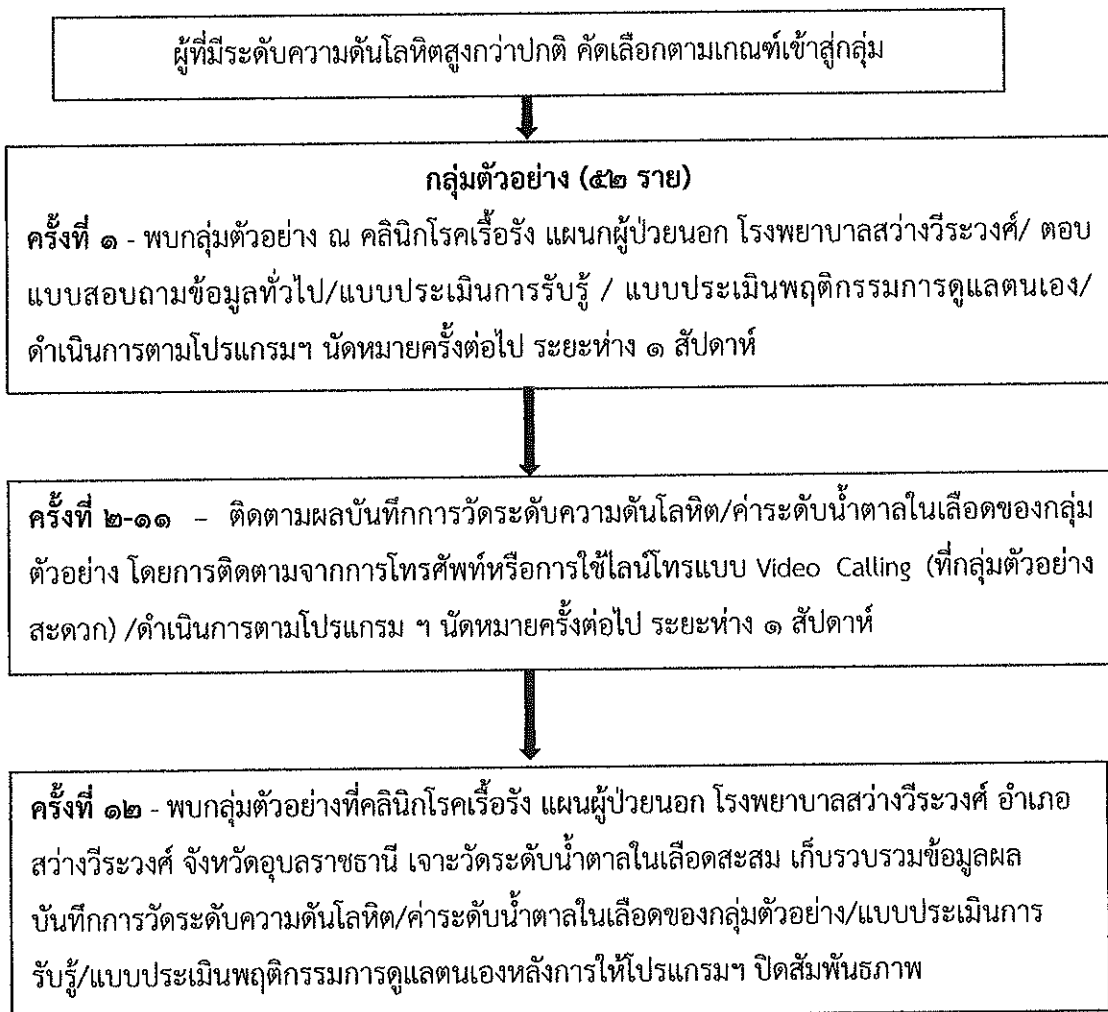
ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่คลินิก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๓. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ จัดทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี หลังการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีแล้ว

๓.๒ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนภูมิขั้นตอนวิจัย ดังนี้



ภาพแสดงขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลตาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

๒. ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ Paired t-test

๓. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิต/ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test, Repeated measure One-way ANOVA

ผลการวิจัยนำเสนอเป็นรูปแบบการบรรยาย ตารางและแผนภูมิประกอบการนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ ๒ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตอนที่ ๓ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

ตอนที่ ๔ การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

ตอนที่ ๕ การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

ตอนที่ ๖ การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

๑. ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗ - ๒๔ และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ โดยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ประกอบด้วย การอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยแจ้งให้ทราบว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษานี้จะเก็บเป็นความลับชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อ

การวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนสหนา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน ๓๕ ราย ร้อยละ ๖๗.๓ โดยมีอายุเฉลี่ยที่ ๕๘.๗๑ ปี อายุต่ำสุด ๓๑ ปี อายุมากที่สุด ๘๓ ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ ๒๔.๓ ต่ำสุด ๑๗.๓๑ สูงสุด ๓๖.๘ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน ๔๖ ราย ร้อยละ ๘๘.๕ รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๖ ราย ร้อยละ ๑๑.๕ สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน ๓๕ ราย ร้อยละ ๖๗.๓ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน ๒๕ ราย ร้อยละ ๔๘.๑ มีประวัติไม่สูบบุหรี่ จำนวน ๔๓ ราย ร้อยละ ๘๒.๗ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคอื่น ๆ จำนวน ๓๐,๑๒,๔,๔,๒๒ ร้อยละ ๕๑.๖๘,๑๖.๖๗,๕.๕๕,๕.๕๕ และ ๓๐.๕๕ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล (n = ๕๒)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๗	๓๒.๗
หญิง	๓๕	๖๗.๓
อายุ (ปี) Mean = ๕๘ , Min = ๓๑ , Max = ๘๓		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	๔๖	๘๘.๕๐
มัธยมศึกษา	๖	๑๑.๕๐
อนุปริญญา(ปวช.,ปวส.)	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-
สถานภาพ		
โสด	๓	๕.๘๐
คู่	๓๕	๖๗.๓๐
หม้าย	๙	๑๗.๓๐

หย่า/แยกกันอยู่	๕	๙.๖๐
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	๒๕	๔๘.๑๐
ค้าขาย	๕	๙.๖๐
รับจ้าง	๗	๑๓.๕๐
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๑๔	๒๖.๙๐
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑	๑.๙๐
โรคประจำตัวที่รับเข้ารักษาแบบ Home ward		
โรคเบาหวาน	๑๑	๒๑.๒๐
โรคความดันโลหิตสูง	๔๑	๗๘.๘๐
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	๕	๑๑.๕๐
ไม่สูบบุหรี่	๔๓	๘๒.๗๐
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว	๓	๕.๘๐
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	๓๐	๕๗.๗๐
ดื่ม	๑๖	๓๐.๗๐
เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกแล้ว	๖	๑๑.๖๐
ประวัติของครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	๔๖	๘๘.๕๐
มี	๖	๑๑.๕๐
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
เคยได้รับ	๑๓	๒๕
ไม่เคยได้รับ	๓๙	๗๕

ตอนที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรม ฯ

๑. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = ๒.๖๙, SD = ๐.๗๒$) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = ๓.๑๐, SD = ๐.๑๗$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

๒. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความ

รุนแรงของโรคอยู่ระดับ ปานกลาง (\bar{X} = ๒.๗๑, SD = ๐.๗๒) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ สูง (\bar{X} = ๓.๘๗, SD = ๐.๐๓) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

๓. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ ต่ำ (\bar{X} = ๑.๕๐, SD = ๐.๗๗) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ สูง (\bar{X} = ๓.๗๒, SD = ๐.๐๕) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

๔. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค อยู่ในระดับ ปานกลาง (\bar{X} = ๒.๒๕, SD = ๐.๙๒) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคอยู่ในระดับ สูง (\bar{X} = ๓.๖๔, SD = ๐.๐๘) เปรียบเทียบผลการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมทั้ง ๔ ด้าน ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง (\bar{X} = ๒.๒๘, SD = ๐.๗๘) หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ สูง (\bar{X} = ๓.๕๘, SD = ๐.๓๓) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรม ฯ ($n = ๕๒$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ก่อน			หลัง			t	P-value
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	๒.๖๘	๐.๗๑	ปานกลาง	๓.๑๐	๐.๑๗	สูง		<๐.๐๕*
การรับรู้ความรุนแรง	๒.๗๑	๐.๗๒	ปานกลาง	๓.๘๗	๐.๐๓	สูง		<๐.๐๕*
การรับรู้ประโยชน์	๑.๕๐	๐.๗๗	ต่ำ	๓.๗๒	๐.๐๕	สูง		<๐.๐๕*
การรับรู้อุปสรรค	๒.๒๕	๐.๙๒	ปานกลาง	๓.๖๔	๐.๐๘	สูง		๐.๐๗**
Paired T- Test	๒.๒๘	๐.๗๘	ปานกลาง	๓.๕๘	๐.๓๓	สูง		<๐.๐๕*

$p < ๐.๐๕$

ตอนที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ($n = ๕๒$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๔ ด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ (\bar{X} = ๑.๖๒, SD = ๐.๑๘) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น (\bar{X} = ๑.๕๕, SD = ๐.๓๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = ๑.๓๘, SD = ๐.๒๑$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = ๑.๕๑, SD = ๐.๑๔$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๖๕๙$)

แต่หากดูภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมทั้ง ๔ ด้าน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = ๑.๕๑, SD = ๐.๒๑$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมทั้ง ๔ ด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ๔ ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ด้านการรับประทานอาหาร	๑.๐๒	๐.๑๙	๑.๖๒	๐.๑๘	๐.๓๒๒
ด้านการออกกำลังกาย	๑.๒๕	๐.๕๓	๑.๕๕	๐.๓๓	<๐.๐๕
ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	๑.๑๙	๐.๓๓	๑.๓๘	๐.๒๑	<๐.๐๕
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	๑.๒๑	๐.๑๘	๑.๕๒	๐.๑๔	๐.๖๕๙
\bar{X}	๑.๑๖	๐.๓๐	๑.๕๑	๐.๒๑	<๐.๐๕

*p-value < ๐.๐๕ , Paired Samples Test^a

ตอนที่ ๔ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ด้วยการใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure One-way ANOVA)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระยะติดตามผล) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) และในระยะติดตามกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงหลังได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ(n =๔๑)

Variables	\bar{X}	Std. Error	p-value (one - tailed)
Systolic blood pressure			
๑. Pre - experiment	๑๕๖.๘๐	๑.๘๓	
๒. post - experiment - follow-up	๑๔๓.๙๕	๒.๓๑	
๓. post - experiment - follow-up	๑๓๙.๓๖	๒.๐๘	
๔. post - experiment - follow-up	๑๓๕.๘๒	๒.๒๖	
๕. post - experiment - follow-up	๑๓๔.๖๕	๑.๘๔	
๖. post - experiment - follow-up	๑๓๕.๘๔	๑.๙๓	
๗. post - experiment - follow-up	๑๓๕.๐๐	๑.๔๔	
๘. post - experiment - follow-up	๑๓๔.๑๒	๑.๖๖	
๙. post - experiment - follow-up	๑๓๒.๒๖	๑.๗๑	
๑๐. post - experiment - follow-up	๑๓๒.๐๐	๑.๖๙	
๑๑. post - experiment - follow-up	๑๓๒.๔๓	๑.๖๙	
๑๒. post - experiment - follow-up	๑๒๘.๐๒	๑.๕๗	
\bar{X}	๑๓๖.๖๖	๑.๘๓	< ๐.๐๕

*p-value < ๐.๐๕

ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ฯ
ระยะเวลา สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำนวน ๑๒ สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย ๑ คู่ ($F = ๑๓๙๖๐.๘๕$, $df = ๑$, $sig. p = < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ระหว่างก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรม ฯ ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์

Systolic blood pressure	SS	df	MS	F	Sig.
ช่วงเวลา	๙๑๘๘๖๔๖.๖๘	๑	๙๑๘๘๖๔๖.๖๘	๑๓๙๖๐.๘๕	< ๐.๐๕
ความคลาดเคลื่อน	๒๖๓๒๖.๘๙	๔๐	๖๕๘.๑๗		

ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับ
โปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < ๐.๐๕$) และในระยะติดตามกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตได

แอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ลดลงหลังได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

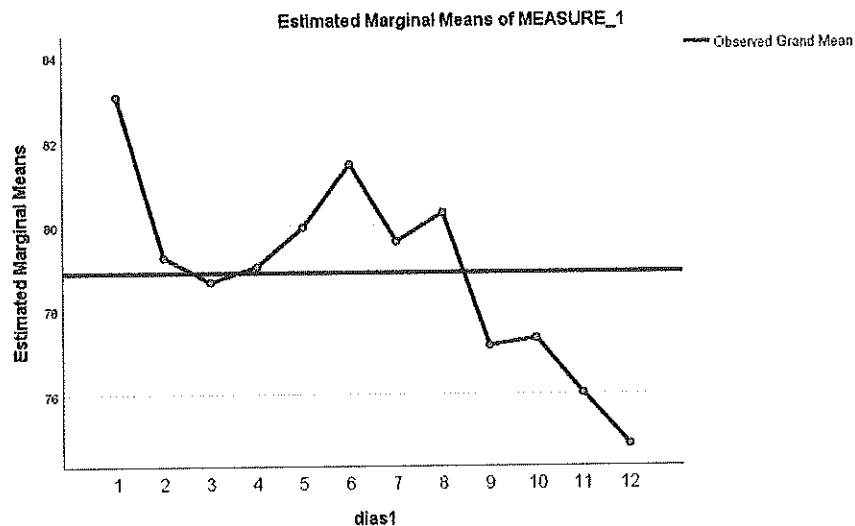
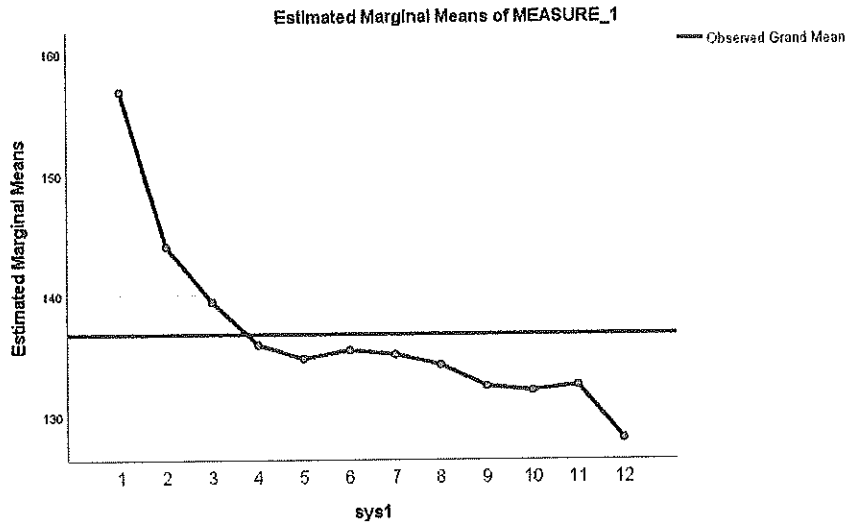
Variables	\bar{X}	SD	P - value (one - tailed)
Diastolic blood pressure			
๑. Pre - experiment	๘๓.๐๔	๒.๐๑	
๒. post - experiment - follow-up	๗๙.๒๔	๑.๘๖	
๓. post - experiment - follow-up	๗๘.๖๕	๑.๗๔	
๔. post - experiment - follow-up	๗๙.๐๒	๑.๗๕	
๕. post - experiment - follow-up	๗๙.๙๕	๑.๔๒	
๖. post - experiment - follow-up	๘๑.๔๓	๑.๕๕	
๗. post - experiment - follow-up	๗๙.๖๑	๑.๕๐	
๘. post - experiment - follow-up	๘๐.๒๙	๑.๕๔	
๙. post - experiment - follow-up	๗๗.๑๔	๑.๔๘	
๑๐. post - experiment - follow-up	๗๗.๓๑	๑.๖๖	
๑๑. post - experiment - follow-up	๗๖.๐๒	๑.๙๐	
๑๒. post - experiment - follow-up	๗๔.๘๐	๑.๖๗	
\bar{X}	๗๘.๘๘	๑.๒๔	< ๐.๐๕

* p -value < ๐.๐๕

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ฯ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย ๑ คู่ ($F = ๓๙๙๘.๐๘, df = ๑, sig. = < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	SS	df	MS	F	Sig.
ช่วงเวลา	๓๐๖๑๒๕๗.๐๗	๑	๓๐๖๑๒๕๗.๐๗	๓๙๙๘.๐๘	< ๐.๐๕
ความคลาดเคลื่อน	๓๐๖๒๗.๑๗	๔๐	๗๖๕.๖๗		



แผนภูมิแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๑ ตัวอย่าง ในระยะหลังทดลองและระยะติดตาม จำนวน ๑๒ สัปดาห์ พบว่า มีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ตอนที่ ๕ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, S.D.=๗.๙๔) โดยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดแบบ Dextrostik (DTX) ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ เท่ากับ ๒๕๐.๒๗ มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ ๑๘๘.๙๖ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๑

ตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) มีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ แสดงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = ๑๑)

Variables	\bar{X}	SD	p-value (one - tailed)
๑. Pre - experiment	๒๙๐.๒๗	๑๕.๘๓	
๒. post - experiment - follow-up	๒๓๔.๐๙	๒๕.๗๒	
๓. post - experiment - follow-up	๒๐๕.๔๕	๑๔.๕๘	
๔. post - experiment - follow-up	๑๙๔.๙๐	๑๑.๒๕	
๕. post - experiment - follow-up	๑๘๔.๘๑	๑๔.๔๗	
๖. post - experiment - follow-up	๒๐๖.๖๓	๒๖.๙๙	
๗. post - experiment - follow-up	๑๗๔.๕๕	๑๒.๖๗	
๘. post - experiment - follow-up	๑๕๕.๐๙	๘.๑๗	
๙. post - experiment - follow-up	๑๕๗.๐๙	๗.๐๗	
๑๐. post - experiment - follow-up	๑๖๐.๖๓	๘.๓๒	
๑๑. post - experiment - follow-up	๑๕๒.๐๐	๘.๕๓	
๑๒. post - experiment - follow-up	๑๕๒.๐๐	๗.๔๕	
\bar{X}	๑๘๘.๙๖	๗.๙๔	< ๐.๐๕

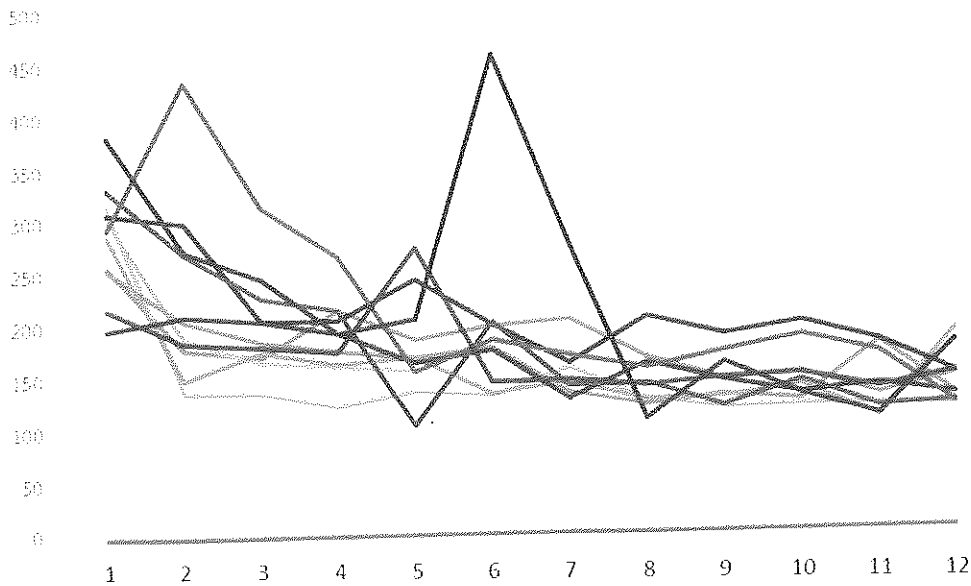
*p-value < ๐.๐๕

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนและระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม ฯ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างน้อย ๑ คู่ ($F = ๕๖๕.๑๙$, $df = ๑$, $sig. = < ๐.๐๕$) ดังแสดงในตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ระดับน้ำตาลในเลือด	SS	df	MS	F	Sig.
ช่วงเวลา	๔๗๑๓๒๘๒.๑๘	๑	๔๗๑๓๒๘๒.๑๘	๕๖๕.๑๙	< ๐.๐๕
ความคลาดเคลื่อน	๘๓๓๙๒.๘๙	๑๐	๘๓๓๙.๒๘		

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์



แผนภูมิแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Dextrostix : DTX) ก่อนและระยะติดตาม ผลหลังได้รับโปรแกรม ๑ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์

ตอนที่ ๒ การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ๑

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, S.D.= ๐.๘๘) โดยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนได้รับโปรแกรม ๑ เท่ากับ ๑๐.๕๓ เปอร์เซ็นต์ และหลังได้รับโปรแกรม ๑ มีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ ๘.๐๕ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๑ ตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) มีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ แสดงการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)	๑๐.๕๓	๑.๕๕	๘.๐๕	๐.๘๘	<๐.๐๕

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest/Posttest Control Group Design) หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๕๒ ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลหลังผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์แล้ว ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณจากสูตรของ Krejcie & Morgan ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บข้อมูลสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำนวน ๑๒ สัปดาห์ สถานที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในชุมชนและโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการติดตามผลการวัดระดับความดันโลหิต โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลตาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยจำนวน การแจกแจงความถี่ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

๒. ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วย ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ Paired t-test

๓. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิต/ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๒ สัปดาห์ ๆ ละ ๑ ครั้ง โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Repeated measure One-way ANOVA ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ ๐.๘๔ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลลัพธ์สัมประสิทธิ์ของแอลฟา เท่ากับ ๐.๙๑

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร โรคประจำตัวที่รับเข้ารักษาแบบผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home ward) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ทั้ง ๔ ด้าน ๑. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ๒. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ๓. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และ ๔. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ผลการศึกษาในภาพรวมทั้ง ๔ ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม หลังได้รับโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) และมีค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$)

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ระดับความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มีค่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., ๒๐๐๒) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมถูกต้อง ทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การปรับรูปแบบที่เหมาะสมหรือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้วิจัยมีแนวคิด ว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ควรได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้ การรับรู้ และ

ฝึกทักษะการดูแลตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางสุขภาพในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามที่เรามุ่งหวังได้ จนสามารถดูแลควบคุมให้ระดับค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ด้วยตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่าความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรเน้นงานเชิงรุก เพื่อสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความตระหนัก และเสริมพลังด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สินีนาฏ ทองสุข(๒๕๖๓) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ถาดแสงและคณะ (๒๕๖๑) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนุฑ รุ่งศรี และเมธาพร เกษคำขวา (๒๕๖๒) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ต่ออันตรายของโรคแทรกซ้อน และการรับรู้ต่อการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ โดยพฤติกรรมดูแลตนเองที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ซึ่งหลังการฝึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) และสอดคล้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ของเสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์และคณะ (๒๕๖๖) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านความเชื่อสุขภาพส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความรู้ในระดับสูงกว่าก่อนการใช้

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.05$) กับการศึกษาของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (๒๕๕๙) เรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์วีดิทัศน์ นำมาอภิปราย แสดงความคิดเห็นจึงเท่ากับทบทวนความรู้จากการฟังบรรยายและดูวีดิทัศน์ ทำให้เข้าใจเนื้อหาสาระมากขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรม ด้านความเชื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เนื่องจาก ได้รับการรับรู้ตามแนวทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเบคเกอร์ (Becker, ๑๙๗๔) โดยเชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่นั้น ต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี โดยการช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ รวมทั้งสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าของอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย และเกิดแรงจูงใจชักนำให้มีการปฏิบัติจะช่วยกระตุ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การป้องกัน โรคได้ อภิปรายได้ว่าการจัดกิจกรรมให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พฤติกรรมที่มีผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถฟื้นฟูร่างกายจนกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เกือบปกติมา เล่าประสบการณ์ให้ฟัง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโดยตัวแบบในกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตีมาถ่ายทอดประสบการณ์พฤติกรรม การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน โรค เช่น การเสียรายได้ที่ต้องหยุดงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด การรอคอย รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อจะได้รับรู้ข้อดี ข้อเสีย และเกิดแรงจูงใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษติพงษ์ ทิพย์ล้อย, ปุณณณิน เขื่อนเพชร (๒๕๖๒) เรื่อง ประสิทธิภาพของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่าการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล (๒๕๖๑) เรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด

เลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษา อภิปรายได้ว่า ภายหลังได้ใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมการรับรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ๕ ฐานเพื่อชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดภูเก็ต สุวรรณ ท่อโลหการและคณะ (๒๕๖๔) โปรแกรมการรับรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ๕ ฐานเพื่อชีวิต มีรูปแบบกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจแก่กลุ่มผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงเป็นการตระหนักรู้ในตนเองว่าเสี่ยงระดับไหน ซึ่งอยู่ในฐานที่ ๑ โดย วิทยากร เน้นให้เห็นภาพการไหลเวียนของเส้นเลือด และ สาเหตุของเส้นเลือดในสมองอุดตัน ตีบ หรือแตก ต่อมา ฐานที่ ๒ เตือนตนปลอดภัยไกลโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้ความรู้เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื่องจากเกิดความผิดปกติที่บริเวณหลอดเลือดที่บริเวณสมองส่งผลทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน ซึ่งเกิดจากการตีบ การอุดตันและการแตกของเส้นเลือด เมื่อ พยาธิสภาพดังกล่าวเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงหรือ สัญญาณเตือนหรือที่เรียกว่า FAST (Face ใบหน้าหรือ ปากเบี้ยว Arm แขนอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง Speech การ พูดที่ผิดปกติจากเดิม และ Time เวลาที่เกิดอาการและ นำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการรักษา ฐานที่ ๓ ภายใจประสานต้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการฝึก สมาธิคลายเครียด โดยใช้ SKT เทคนิค ๕ ประการโดย สาคิตให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม ต่อมาฐานที่ ๔ กินดีอยู่ดี เป็นการใช้สื่อโมเดลอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฐานที่ ๕ ยานั่นสำคัญเอน เป็นการแนะนำ ตัวอย่างยาความดันโลหิตสูง ให้ทราบภาวะแทรกซ้อนของยา การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด กิจกรรม ๕ ฐานเพื่อชีวิต เน้นเข้ากลุ่มไม่ เกิน ๑๐ คน และมีพี่เลี้ยง อสม. ติดตามเยี่ยมประเมิน วัดรอบเอว วัดความดัน ชักถาม กิจกรรมออกกำลังกาย คลายเครียดที่ได้สาคิต การลดหวานมันเค็ม จำนวน ๒ ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และอุ่นใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ค่าเฉลี่ย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และพฤติกรรมดูแล ตนเองของกลุ่มทดลอง จึงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยที่มีการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยความดันโลหิตมีระดับความดันโลหิตลดลงและผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การที่มีแพทย์และพยาบาลชุมชนทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ที่ให้การดูแลกำกับติดตามในระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหากมีความรู้ความเข้าใจในโรค มีการรับรู้ด้านสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงมาเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การจัดกิจกรรมกระบวนกลุ่มของโปรแกรมนี้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย เกิดปฏิสัมพันธ์กระตุ้นให้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเป็นแนวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตนหากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

๖.๒ ประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้ป่วย

- ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาการให้บริการเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

- นำเสนอโปรแกรมนี้ในทีมโรคเรื้อรังเพื่อจัดให้มีโครงการสนับสนุนงานส่งเสริม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบให้ครอบคลุม

- การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงควรเน้นงานเชิงรุกเพื่อสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความตระหนัก และเสริมพลังด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

- ควรนำรูปแบบและกระบวนการนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นต่อไป โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น และในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการบูรณาการการจัดบริการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับงานคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคประจำตัวที่มารับยาประจำ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การทำโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน

๒. ในระหว่างการทำโปรแกรม ฯ บางครั้งผู้ป่วยไม่สะดวกในการเข้าร่วมทำให้ต้องมีการนัดหมายและติดตามหลายครั้ง

๓. ความยุ่งยากในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติและการแปลผลข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. เนื่องจากการดำเนินการตามโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างนาน การติดตามผู้ป่วยในแต่ละครั้งจะมีผู้ป่วยบางท่านที่ไม่สะดวกให้ติดตามในครั้งนั้นทำให้ต้องมีการเลื่อนหรือขยับเวลาในการติดตาม
๒. กลุ่มตัวอย่างที่สูงอายุ จะไม่เข้าใจคำถามในแบบสอบถามบางข้อ ทำให้ต้องมีการอธิบายที่ค่อนข้างมากกว่าท่านอื่น
๓. กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ค่อยเห็นความสำคัญของข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แจ้งว่ารู้แล้ว แต่เวลาตอบแบบสอบถามยังตอบได้คะแนนที่น้อย จึงต้องใช้การอธิบายและให้ความรู้มากขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเขตชนบท ผลที่ได้อาจแตกต่างจากการศึกษาในเขตเมือง
๒. ควรเพิ่มระยะเวลาในการวัดผลหลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นอยู่
๓. ควรใช้รูปแบบอื่นร่วมกับ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่องต่อไป เช่น การส่งเสริมพลังอำนาจแห่งตน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น
๔. สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จะช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หากผู้ป่วยได้รับรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคแทรกซ้อนระบบไต หัวใจ ประสาท โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
๕. บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานกับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ต่อไป
๖. ควรมีการจัดโปรแกรมที่ใช้ความร่วมมือกับชุมชน/ท้องถิ่น ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เช่น การส่งเสริมการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน การจัดกิจกรรมพูดคุยกันในกลุ่มผู้ป่วยและเสริมสร้างแรงบันดาลใจในการควบคุมความดันโลหิต/โรคเบาหวาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- นำเสนอผลงานประเภท Oral presentation เพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี” ในงานประชุมวิชาการสุขภาพเขต ๑๐ One Health Scaling up and implementation in healthcare ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ระหว่างวันที่ ๑๘-๑๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ แอนด์ คอนเวนชัน เซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ร้อยละ ๘๐


๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวอุทัยวรรณ จันทร์รุ่งโรจน์ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐

๒) นางแววมณี บรรพตาธิ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

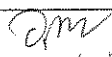
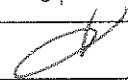
๓) นางสาวสิริภา สาสุทธิ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(..... น.ส.อุทัยวรรณ จันทร์รุ่งโรจน์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชีนา/ร
(วันที่) 17 / ก.พ. / 2568

ผู้ขอประเมิน


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอุทัยวรรณ จันทร์รุ่งโรจน์	
นางแววมณี บรรพตาธิ	
นางสาวสิริภา สาสุทธิ	สิริภา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นายสมพงษ์ ประสงค์สินธุ์
(..... ผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) 17 / ก.พ. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)
(..... นายธีระพงษ์ แก้วภมร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
(วันที่) ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๒. แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๒. หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิตจำนวน ๓๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ๔๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ๑๗.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔ รองลงมาคือ โรคมะเร็ง ๙.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙ และโรคเบาหวาน ๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔ ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในกลุ่มอายุ ๓๐ – ๖๙ ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” จำนวน ๑๕ ล้านคน และร้อยละ ๘๕ เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ สถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยในทุกหนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต ๓๗ ราย จึงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยและคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้วนั้นว่าสูงมากถึงร้อยละ ๔๐ ของมูลค่างบประมาณภาครัฐของประเทศไทยทั้งหมด (ธีระ วรธนารัตน์, ๒๕๖๑) พบอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรค NCDs ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ๑๒๓.๓, ๔๗.๑ และ ๓๑.๘ ต่อประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒) ทั้งนี้กลุ่มโรค NCDs ที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของประชากรทั่วโลกรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า ๑ ใน ๔ ของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๒๕ ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมองและร้อยละ ๙๐ ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติ

สาธารณสุข ในปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) มีการคาดการณ์ว่า ใน ๑ ปีจะมีประชาชนทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๑๖ ล้านคน และจะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ ๖ ล้านคน มีความพิการอย่างถาวร ๕ ล้านคน ๒ ใน ๓ ของผู้ที่เป็็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา คาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๖๓ จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า สำหรับประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ ราย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการป่วยตายของประชากรไทยมากที่สุด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเพศหญิง (นิจศรี ชาญณรงค์, ๒๕๖๒) WHO ได้ประมาณการณ้ไว้ว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๕ ล้านคนทั่วโลก ๕ ล้านคน พิการถาวร ๕ ล้าน คนเสียชีวิต และ ๒ ใน ๓ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ปี ๒๕๖๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า ประเทศไทย คาดว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ใน แต่ละปี ๑๕๐,๐๐๐ ราย ปี ๒๕๕๒ เสียชีวิต ๒๑ ต่อแสนประชากร (๓๗ คน/วัน) คนไทยอายุ ๑๕-๗๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ พบ ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นเป็น ๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๑.๑) พ.ศ.๒๕๑๑ ผู้ป่วยนอก ๘๘๐/๑๐๐,๐๐๐ คน ค่ารักษาเฉลี่ย ๑,๖๒๙ บาทต่อราย ผู้ป่วยใน ๒๕๗/๑๐๐,๐๐๐ คน (๔๔๖/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย ๒๙,๕๗๑ บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น ๒,๙๗๓ ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๐.๕ ล้านคนจะต้องเสียค่ารักษาประมาณ ๒๐,๖๓๒ ล้านบาทต่อปี (อ้างอิง:www.thaistrokesociety.org/สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๐)

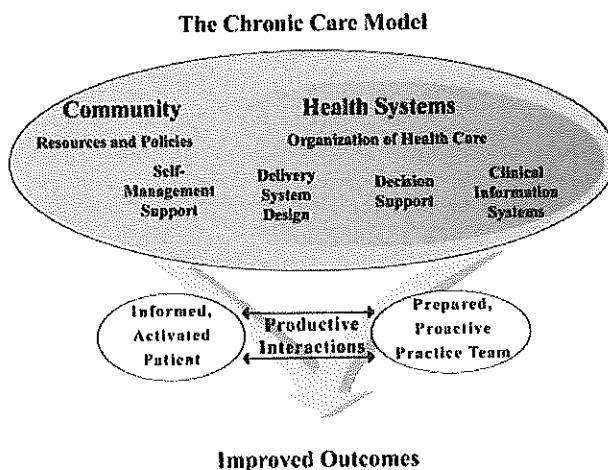
โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยปัจจัยที่สำคัญหลายประการ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยาและต้องสื่อสารให้ประชาชนมีความเชื่อและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เฉียบพลัน ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรมีการให้คำแนะนำที่มุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา และป้องกันการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในกลุ่มผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมาตรวจตามนัดอีกทั้งรับประทานอาหารให้เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมคืออาหารที่ช่วยควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ลดอาหารรสหวาน มันเค็ม การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนการลดน้ำหนักตัวลงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดอัตราการกลับมาเกิดซ้ำ ลดอัตราการพิการและอัตราการตายโดยเฉพาะในผู้ป่วยและเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการที่ขึ้นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation)ภาวะไขมันในเลือดสูงการสูบบุหรี่ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำมาก-ปานกลางมีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางโดยมีการรับรู้สัญญาณเตือนบางอาการเท่านั้น

อัตราการเข้ารับการรักษาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนน้อยมากมีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ ๘.๒ เท่านั้นและมาถึงโรงพยาบาลภายในระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมงหลังเกิดสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามเวลาที่กำหนดเพียงร้อยละ ๕.๖๒ เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ด้านต่างๆ ไม่ถูกต้องทำให้มีการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๒)จังหวัดอุบลราชธานีมีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ ๒๔๙.๓๗ ๒๖๙.๘๓ ๒๗๙.๙๕ ๓๐๓.๔๕ ๒๙๘.๗๖ ๓๐๓.๘๒ ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๕)ส่วนสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอสว่างวีระวงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒๑,๔๗,๕๕,๔๑,๖๕ และ ๓๗ ราย รวม ๒๖๖ ราย แต่มีเพียง ๗,๑๕,๒๑,๒๒,๒๔,๑๕ ราย ตามลำดับ รวม ๑๐๓ ราย คิดเป็นเพียงร้อยละ ๓๘ ที่มาทันในระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมงเพื่อส่งต่อในระบบ Stroke Fast tract ในปี ๒๕๖๖ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๗๖๓ ราย โรคเบาหวาน จำนวน ๕๓๗ ราย และเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ๑,๑๘๐ ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด



Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute.

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) หมายถึง กรอบแนวคิดพื้นฐาน ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน องค์กร ผู้ให้บริการและผู้ป่วย มีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Wagner และคณะ เป็นผู้พัฒนา ถูกใช้เป็นต้นแบบของโปรแกรมการจัดการโรคต่างๆ

Chronic care model มีทั้งหมด ๖ องค์ประกอบ ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

๑. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)

คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care).

การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

๑. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation)

๒. การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge)

๓. มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill).

๔. มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy).

๕. ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier).

๒. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ ๓ ประการ คือ

๑. Team based approach.

๒. Planned care visit.

๓. Case management .

หลักการทั้ง ๓ เป็นการเชื่อมโยงบทบาทแพทย์กับบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ เป็นทีมสหวิชาชีพ เรื่อง case management มิใช่ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทุกคนในทีมถือเป็นการกิจร่วมกัน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวกมาเป็นตามแผนการ (planned care).

๓. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

มีหลายวิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์และ ทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย เช่น จัดประชุมวิชาการ เพื่อ continuous medical education (CME) หรือในต่างประเทศมีการเพิ่มความสะดวกให้กับแพทย์ที่ไม่ค่อยมีเวลาติดตามวิชาการ ด้วยการมีผู้ช่วยให้คำแนะนำปรึกษาที่เรียกว่า academic detailer ไปเยือนตามหน่วยบริการต่างๆ. แต่พบว่าวิธีที่ดีที่สุดคือ ให้ evidence-based guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวัน. ตัวอย่างเช่น ในระบบสั่งยา อาจมีระบบเตือนหากสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้วเกิดผลเสียต่อการควบคุมโรค หรือมีผลข้างเคียงที่ควรนัดมาตรวจหลังจากรับยา เป็นต้น รวมทั้งมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง นั่นคือ แพทย์ปฐมภูมิสามารถรับรู้ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วย

๔. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี คือ

๑. สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจตาประจำปี
๒. สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนป้องกันได้
๓. สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้
๔. ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการ และผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น
๕. สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้

ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ (electronic medical records) เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็ก อาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูล การแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ดีได้

๕. ทรัพยากรชุมชน (Community resource linkages)

การทำความเข้าใจการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน

๖. ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Systems organization)

จากภาพจะเห็นว่าเป็นส่วนหลังคาขององค์กรหมายถึงเป็นแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กรโดยรวม สิ่งสำคัญคือความยั่งยืนของแผนงานพัฒนาแม่ข่ายหลักฐานทางงานวิจัยเชิงปริมาณ แต่จากการศึกษาแบบสังเกตการณ์ในองค์กรที่ทดลองนำ chronic care model ไปปฏิบัติ พบว่าในที่มีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรบ่อยๆ จะประสบความสำเร็จน้อยกว่า อย่างไรก็ตามบางองค์กรจะมีผู้นำที่ไม่ได้แต่งตั้งเป็นทางการแต่ได้รับความเชื่อถือที่เรียกว่า ผู้นำระดับสูง (senior leadership) ซึ่งสามารถเป็นแกนนำให้แผนการดำเนินต่อไปได้ หากองค์กรนั้นได้กำหนดการดูแลโรคเรื้อรังอยู่ในวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรหรือเป็นแผนระยะยาวไว้แล้ว นอกจากนี้การกระจายอำนาจให้มีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการและ ผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการและกลไกการให้คำตอบแทนตามภาระ และคุณภาพงานเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM)

๑. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)

คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care).

การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation).

การสร้างกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

๒. การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge).

การสร้างกิจกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) โดยการให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาเล่าประสบการณ์พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรครวมถึงภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามความสนใจในเรื่องต่างๆ ผู้วิจัยช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มเติมจากหัวหน้าที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๓. มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill).

กิจกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived Probability) จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค ทำให้เกิดความเสียหายต่อโรค เรียนรู้โดยคลิปปวีดีโอ ในช่องออนไลน์ โพสต์เตอร์ รวมถึงจากประสบการณ์ที่เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

๔. มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self efficacy)

กิจกรรมการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยส่งเสริมและให้ กำลังใจกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้กลุ่มทดลองให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการให้คำมั่นสัญญาว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

๕. ส่วนที่เป็นอุปสรรค หรือความขาดแคลนทรัพยากร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (identified barrier)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปัจจุบันได้รับรู้และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมมากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัด ด้วยหลายเหตุผล เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลคนในครอบครัวมักไม่ค่อยใส่ใจเรื่องสุขภาพตัวเอง ผู้ป่วยเบาหวานที่อ่อนไม่สามารถออกกำลังกายได้เพราะมีปัญหาปวดข้อหรือเหนื่อยง่าย ให้ผู้ป่วยเจาะวัดน้ำตาลในเลือดเองที่บ้านแต่ผู้ป่วยกลัวแปลผลผิดขอมาเจาะที่โรงพยาบาลดีกว่า ฯลฯ ดังนั้นหากทีมให้บริการสุขภาพได้ประเมินก็จะช่วยวางแผนรักษาได้ดีขึ้น

การให้ความรู้แบบทางเดียวจากวิทยากรให้ผู้ป่วย (knowledge based education) มีผลน้อยต่อการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความมั่นใจ

เครื่องมือที่ได้ผลดีในการทำ counselling intervention คือ การใช้ ๕As ได้แก่ การถามเพื่อประเมินปัจจัยดังกล่าว (ask/assess), การแนะนำ (advice) การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วนร่วมเลือกวิธีปฏิบัติ (agree) และการช่วยเหลือ (assist) นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยเป็นผู้สอนผู้ป่วยด้วยกันเอง (laid leader) เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยสร้างความภูมิใจแก่ผู้ป่วยต้นแบบเอง และยังสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้แก่ผู้ป่วยรายอื่น

การสร้างกิจกรรมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) ใช้เรื่องเล่าจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ดีและควบคุมความดันโลหิตได้ดีมาถ่ายทอดวิธีการและความสำเร็จที่ทำให้ให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

๒. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)

ประกอบด้วยหลักการ ๓ ประการ คือ

๑. Team based approach.

๒. Planned care visit.

๓. Case management.

การเชื่อมโยงบทบาทแพทย์กับบุคลากร ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เรื่อง case management ทุกคนในทีมทำงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวกมาเป็นตามแผนการ (planned care) เช่น ก่อนผู้ป่วยมาตามนัด ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเตรียมตัวตรวจอะไรบ้าง เตรียมข้อมูลอะไรบ้าง ขณะที่ทีมก็เตรียมว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องการพบสหวิชาชีพใดบ้าง เมื่อผู้ป่วยมาถึงมีเจ้าหน้าที่รวบรวมทั้งข้อมูลห้องปฏิบัติการและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเตรียมพร้อมไว้ให้แพทย์ แพทย์เมื่อตรวจผู้ป่วยแล้วมีการ ส่งต่อผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องดูแลให้เสร็จภายในวันนั้น ทำให้ สามารถจัดการภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะ แยกจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ และยังสามารถวางรูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง) หรือตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม.

๓. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)

วิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย เช่น จัดประชุมวิชาการ เพื่อ continuous medical education (CME) และมี evidence-based guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวัน. เช่น ในระบบสั่งยา มีระบบเตือนหากสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้วเกิดผลเสียต่อการควบคุมโรค หรือมีผลข้างเคียงที่ควรนัดมาตรวจหลังจากรับยา มีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง

๔. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)

๔.๑ สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร เช่น ถึงเวลาตรวจตาประจำปี

๔.๒ สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อย ตามความเสี่ยง เพื่อวางแผนป้องกันได้ ได้แก่ แยกผู้ป่วยตามความเสี่ยงโดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๔.๓ สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้

๔.๔ ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น

๔.๕ สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้.

๕. ทรัพยากรชุมชน (Community resource linkages)

การทำความเข้าใจที่มีร่วมกันใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมมือในการอำนวยความสะดวกส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความดูแลเข้าทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล, โรงพยาบาลมีระบบให้ความสะดวกแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการรับปรึกษาและวางแผนส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดตามดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านแล้วส่งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลทำให้ช่วยลดช่องว่างมาตรฐานบริการระหว่างสถานบริการที่ทรัพยากรน้อยกับที่มีทรัพยากรมากกว่าได้

มีการขอใช้พื้นที่ของสถานที่ทางศาสนา ชมรม โรงเรียน หน่วยบริหารท้องถิ่น และมีการตั้งทรัพยากรบุคคล เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะของท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่นทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากคนในพื้นที่มากขึ้น.

๖. ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Systems organization)

มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาล นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่เป็นทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและกระจายอำนาจให้มีผู้รับผิดชอบหลักของโครงการและผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้คำตอบแทนตามภาระและคุณภาพงานเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน.

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg
๒. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า ๗
๓. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
๔. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)
๕. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมง หลังเกิดอาการเตือน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg ร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า ๗ ร้อยละ ๘๐
๓. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘๐
๔. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและ

หลอดเลือด (CVD risk) ร้อยละ ๙๐

๕. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในระยะเวลา

๔.๕ ชั่วโมง หลังเกิดอาการเตือน ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) *อม*
(..... น.ส. อภัยอรุณ จิตรวิไล)
(ตำแหน่ง) โดยแพทย์ชำนาญการ
(วันที่) 17 / ก.พ. / 2568

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง เปรียบเทียบความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองระหว่างความหนาของสไลด์ ๑ มิลลิเมตรกับความหนาของสไลด์ ๓ มิลลิเมตร
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๗-๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความรู้ด้านการแปรผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยทำเพื่อ เปรียบเทียบ ความสามารถในการวินิจฉัยรอยแตกของกระดูก ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓ มิลลิเมตร (๓ mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑ มิลลิเมตร(๑ mm bone reconstruction) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ โดยการค้นหารายชื่อของผู้ป่วยที่มีประวัติบาดเจ็บทางศีรษะที่ได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) จากระบบ PACs (Picture Archiving and Communication system), Envisions ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖-๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวนอาสาสมัคร ๗๑๐ ราย จากนั้นภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าบาดเจ็บศีรษะ จะได้รับการ retrospective review โดยรังสีแพทย์ ๑ ท่านที่มีประสบการณ์อย่างน้อย ๓ ปี โดย review ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร (bone reconstruction ๓ mm) จากนั้นเว้นระยะเวลา ๑สัปดาห์ จึง review ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑ มิลลิเมตร (๑mm bone reconstruction) โดยปิดชื่อสกุลของผู้ป่วย จำนวนรอยแตกของกระดูก (fracture line) ที่พบจะถูกนำมาเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์กันโดยใช้หลักการทางสถิติ สำหรับตัวแปรต่อเรื่อง จะนำเสนอค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ และ ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะจำนวน ๖๙๕ ราย เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก จำนวน ๙๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒ โดยในกลุ่มที่พบกระดูกหักมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 40.9 ± 21.6 ปี สำหรับเพศพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๖๒.๙ เมื่อนำ ความสามารถในการวินิจฉัยรอยแตกของกระดูก ระหว่างภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) กับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร(๑ mm bone reconstruction) มาหาความสัมพันธ์ พบว่า ทั้งภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) กับ ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร (๑ mm bone reconstruction) วินิจฉัยจำนวนรอยแตกได้สอดคล้องไปในทางเดียวกัน และ เมื่อพิจารณากราฟ ROC พร้อมทำการเปรียบเทียบพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) ได้ค่าเท่ากับ ๐.๙๘ (๙๕% CI: ๐.๙๖-๐.๙๙, $p=0.042$) หมายถึงภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) มีความสามารถในการวินิจฉัยกระดูกหัก(detected fracture)ได้ดี แต่เมื่อดูค่าเฉลี่ยจำนวนรอยแตกที่พบของภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓mm bone reconstruction) เมื่อเทียบกับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร (๑ mm bone reconstruction) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

โดยภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) จะวินิจฉัยรอยแตกของกระดูกได้น้อยกว่าภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร(๑mm bone reconstruction) อยู่เล็กน้อย โดยเฉพาะรอยแตกชนิดที่ไม่แยก(non-displaced fracture)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) สามารถวินิจฉัยกระดูกหักกระดูกแตกได้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร(๑mm bone reconstruction) และมี AUC = ๐.๙๘ ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นเครื่องมือวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพที่ดี และการตัดความหนาของสไลด์ ๓ มิลลิเมตรจะทำให้ได้ภาพปริมาณที่น้อยกว่า ๑ มิลลิเมตรซึ่งจะทำให้เกิดการประหยัดพื้นที่การเก็บข้อมูลของระบบ PACs (Picture Archiving and Communication System) ถึงแม้ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) จะสามารถวินิจฉัยกระดูกหักกระดูกแตกได้ดีและประหยัดพื้นที่ในการจัดเก็บข้อมูล แต่ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๓มิลลิเมตร(๓ mm bone reconstruction) จะวินิจฉัยรอยแตกของกระดูกได้น้อยกว่า ภาพกระดูกความหนาของสไลด์ ๑มิลลิเมตร(๑mm bone reconstruction) อยู่เล็กน้อย โดยเฉพาะรอยแตกชนิดที่ไม่แยก(non-displaced fracture)

ผลการวิจัยที่ได้จะนำมาซึ่งการพิจารณาเปลี่ยนแปลงระเบียบวิธี (Protocol) ในการสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของโรงพยาบาลหรือทำการศึกษาต่อยอดเพื่อค้นหาภาพความหนาของกระดูกที่เหมาะสมที่สุด โดยความหนาที่เหมาะสมนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพทั้งเรื่องความสามารถในด้านการวินิจฉัยและประหยัดในเรื่องของความจุข้อมูลซึ่งจะนำไปสู่การประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในอนาคต

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ปริมาณผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนมากและต้องทำการศึกษาทั้งหมดสองรอบ ทำให้ใช้เวลาในการศึกษานาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

บางครั้งภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีภาพไม่ครบตามที่ต้องการศึกษา หรือภาพไม่ชัดทำให้ต้องตัดออกจากการศึกษาครั้งนี้

๙. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้หรือศึกษาต่อยอด เพื่อเป็นแนวทางเปลี่ยนแปลงระเบียบวิธีหรือสร้างระเบียบวิธีใหม่ เกี่ยวกับสร้างภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งเรื่องความสามารถในการวินิจฉัยและประหยัดในเรื่องของความจุข้อมูลซึ่งจะนำไปสู่การประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในอนาคต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ (Journal of Environmental Education Medical and Health) ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๔ เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑. นางสาวภรภัค พันธุ์เพ็ง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

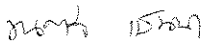
(ลงชื่อ) ภรภัค

(นางสาวภรภัค พันธุ์เพ็ง)
 นายแพทย์ชำนาญการ
 ๒๓/ธันวาคม/๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวภรภัค พันธุ์เพ็ง	ภรภัค

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายมนตรี แสนนา)

หัวหน้าภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

(วันที่) ๒๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทumnันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล

(วันที่) ๒๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่ง
ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๔

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง เพิ่มการตรวจ CT colonography (เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำไส้ใหญ่และช่องท้อง)

๒. หลักการและเหตุผล

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในประเทศไทย โดยพบว่าเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ ๓ ในเพศชาย และอันดับ ๒ ในเพศหญิง ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระบุว่าในปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ ๑๕,๙๓๙ รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ ๕,๔๗๖ รายต่อปี อัตราการเกิดโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกากใยน้อย การบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวที่มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนักจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากหากตรวจพบในระยะแรกๆจะสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขในระยะยาวได้

การจัดระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสำคัญต่อการประเมินความรุนแรงของโรค วางแผนการรักษา และพยากรณ์โรค โดยมีระบบการจัดระยะที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ ระบบ TNM (Tumor, Node, Metastasis) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย American Joint Committee on Cancer (AJCC) ระบบ TNM (Tumor, Node, Metastasis) ระบบนี้พิจารณาจาก ๓ ปัจจัยหลัก ได้แก่ T (Tumor) ขนาดและการลุกลามของก้อนมะเร็ง, N (Node) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง, M (Metastasis) การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เมื่อนำข้อมูลจาก TNM มาจัดเป็นระยะของโรค จะได้ดังนี้

ระยะของมะเร็ง (Stage)

Stage ๐ (Tis No Mo) มะเร็งยังอยู่เฉพาะในเยื่อลำไส้ (Carcinoma in situ)

Stage I (T๑-T๒ No Mo) มะเร็งเริ่มลุกลามไปที่ชั้นใต้เยื่อ หรือชั้นกล้ามเนื้อ แต่ยังไม่ลามไปต่อมน้ำเหลือง

Stage IIA (T๓ No Mo) มะเร็งลุกลามทะลุชั้นกล้ามเนื้อไปถึงชั้นเยื่อหุ้มลำไส้ แต่ยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

Stage IIB (T๔a No Mo) มะเร็งทะลุผ่านเยื่อหุ้มลำไส้ (Serosa) แต่ยังไม่ลามไปต่อมน้ำเหลือง

Stage IIC (T๔b No Mo) มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง แต่ยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

Stage IIIA (T๑-T๒ N๑/N๒c Mo) มะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง ๑-๓ ต่อมน แต่ยังไม่กระจายไปอวัยวะอื่น

Stage IIIB (T๓-T๔a N๑/N๒c Mo หรือ T๒-T๓ N๒a Mo) มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากขึ้นแต่ยังไม่ไปไกล

Stage IIIC (T๔a N๒a Mo หรือ T๓-T๔a N๒b Mo หรือ T๔b N๑/N๒ Mo) มะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายต่อมแต่ยังไม่ลามไปอวัยวะอื่น

Stage IVA (Any T, Any N, M๑a) มะเร็งลุกลามไปอวัยวะเดียว เช่น ตับ หรือปอด

Stage IVB (Any T, Any N, M๑b) มะเร็งลุกลามไปมากกว่าหนึ่งอวัยวะ

/Stage IVC...

Stage IVC (Any T, Any N, M๑c) มะเร็งลุกลามไปยังเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) นอกจากนั้นยังมีระบบ Dukes Staging (ระบบเก่า) ในอดีตมีการใช้ ระบบ Dukes Staging ซึ่งแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น ๔ ระยะ ดังนี้

- Dukes A มะเร็งจำกัดอยู่ที่เยื่อหรือกล้ามเนื้อลำไส้
- Dukes B มะเร็งลุกลามไปเกินชั้นกล้ามเนื้อแต่ยังไม่ลามไปต่อมน้ำเหลือง
- Dukes C มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
- Dukes D มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ หรือปอด

ระบบ Modified Astler-Coller (MAC Staging) อีกระบบหนึ่งที่ใช้ในอดีตคือ Modified Astler-Coller (MAC) ซึ่งปรับปรุงจาก Dukes Staging โดยเพิ่มรายละเอียดของระดับการลุกลาม

- Stage A มะเร็งอยู่ในเยื่อลำไส้เท่านั้น
- Stage B๑ มะเร็งลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อแต่ยังไม่ทะลุ
- Stage B๒ มะเร็งทะลุชั้นกล้ามเนื้อแต่ยังไม่ลามไปต่อมน้ำเหลือง
- Stage C๑ มะเร็งลุกลามถึงกล้ามเนื้อและแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
- Stage C๒ มะเร็งทะลุชั้นกล้ามเนื้อและแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
- Stage D มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

CT Colonoscope หรือ CT Colonography (บางครั้งเรียกว่า Virtual Colonoscopy) เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อสร้างภาพสามมิติของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยภาพที่ได้ช่วยให้แพทย์สามารถประเมินความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ได้โดยไม่ต้องใช้กล้องส่องลำไส้จริง (Colonoscope) การตรวจนี้เน้นที่การค้นหาความผิดปกติ เช่น ๑. การตรวจหาตังเนื้อ (Polyps) ที่อาจพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่, ๒. การตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon Cancer) ในระยะเริ่มต้น, ๓. การตรวจหาโรคอื่นๆ ของลำไส้ใหญ่ เช่น การตีบตัน การอักเสบ หรือความผิดปกติของผนังลำไส้

ข้อดีของ CT Colonography ที่ดีกว่าการส่องกล้องลำไส้จริง (Colonoscope) ได้แก่

๑. เพิ่มโอกาสการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด CT Colonography เป็นวิธีที่ไม่รุกราน (Non-invasive) และไม่ต้องใช้การส่องกล้องจริง ทำให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการตรวจด้วย Colonoscopy แบบปกติ เช่น ผู้ที่ไม่สามารถเข้ายาชาได้ หรือผู้ที่ปฏิเสธการส่องกล้อง
๒. สะดวกและรวดเร็ว ใช้เวลาในการตรวจไม่นาน (ประมาณ ๑๐-๑๕ นาที) และไม่ต้องพักฟื้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ทันที
๓. ประสิทธิภาพในการตรวจหาโรค CT Colonography สามารถตรวจพบตังเนื้อที่มีขนาดใหญ่กว่า ๖ มิลลิเมตรได้อย่างแม่นยำ และเหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรทั่วไป
๔. ช่วยลดภาระและความเสี่ยงจาก Colonography แบบดั้งเดิม ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การทะลุของลำไส้ (Bowel perforation) ที่อาจเกิดจากการส่องกล้องจริง
๕. เหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ในระยะเริ่มต้น การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นช่วยเพิ่มโอกาสการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

/๖.การตรวจ...

๖. การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่องท้อง นอกจากลำไส้ใหญ่ CT Colonography ยังสามารถตรวจพบความผิดปกติในอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องได้

แม้ว่าจะมีประโยชน์มากมาย แต่ CT Colonography ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อ (Biopsy) หรือดำเนินการรักษาได้ทันทีเหมือน Colonoscopy แบบดั้งเดิม หากพบความผิดปกติ ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการตรวจส่องกล้องเพิ่มเติม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

CT Colonography เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ให้ประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยไม่ต้องใช้การส่องกล้องแบบดั้งเดิม (Conventional Colonoscopy) ซึ่งมีคุณสมบัติเด่นดังนี้

๑. ความแม่นยำ มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจหาติ่งเนื้อขนาดใหญ่ (Polyps >๑๐ มม.) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น ความไว (sensitivity) ของ CT colonography ในการตรวจพบติ่งเนื้อขนาดใหญ่ ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง ๑๐ มิลลิเมตรหรือมากกว่านั้นอยู่ที่ประมาณ ๘๘% และมีความจำเพาะ (specificity) อยู่ที่ประมาณ ๘๔%

๒. สะดวกและปลอดภัยกว่า ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บปวด การใช้ยาชา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง อย่างไรก็ตาม CT Colonography ยังมีข้อจำกัดในด้านการตรวจหาติ่งเนื้อขนาดเล็ก (<๖ มม.) และไม่สามารถดำเนินการรักษาหรือเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อในขณะที่ตรวจได้

จากสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลตระการพิรุณ ปี ๒๕๖๒ ได้ทำ colonoscopy ไปทั้งหมด ๑๓๗ ราย biopsy ไปทั้งหมด ๑๑ ราย, ปี ๒๕๖๓ ได้ทำ colonoscopy ไปทั้งหมด ๑๙๙ ราย biopsy ไปทั้งหมด ๑๐ ราย, ปี ๒๕๖๔ ได้ทำ colonoscopy ไปทั้งหมด ๔๘ ราย biopsy ไปทั้งหมด ๗ ราย และปี ๒๕๖๕ ได้ทำ colonoscopy ไปทั้งหมด ๕๒ ราย biopsy ไปทั้งหมด ๑๒ ราย โดยทั้งหมด biopsy ในกรณีที่สงสัยว่าจะจะเป็นมะเร็ง จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่า จำนวนที่ได้ biopsy มีไม่มากเมื่อเทียบกับยอดผู้ป่วยที่มาทำการตรวจคัดกรองด้วย Colonoscopy

เนื่องจากการตรวจ CT colonography มีความแม่นยำสูงและรุกรานน้อยกว่าและใช้เวลาการตรวจน้อยกว่าการตรวจโดยการส่องกล้องแบบดั้งเดิม อีกทั้งยังสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธหรือมีข้อห้ามในการส่องกล้องบางราย ดังนั้นหากทำการคัดกรองความผิดปกติของลำไส้และทวารหนักโดยใช้ CT colonography ก่อนหากพบความผิดปกติจึงนำมาตรวจส่องกล้องแบบดั้งเดิมเพิ่มเติม จะทำให้เพิ่มยอดการคัดกรองผู้ป่วยได้มากขึ้น อีกทั้งยังลดภาระงานการส่องกล้องของศัลยแพทย์โดยไม่จำเป็นอีกด้วย

ข้อเสนอ

- เพิ่มการตรวจคัดกรองโดยใช้ CT colonography ในโรงพยาบาลตระการพิรุณเพื่อเพิ่มยอดการคัดกรองผู้ป่วย และลดภาระงานการส่องกล้องของศัลยแพทย์โดยไม่จำเป็น
- ทำ CT colonography กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการตรวจ Colonoscopy แบบดั้งเดิมได้ หรือใช้ร่วมกับ Colonoscopy ในผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจละเอียดเพิ่มเติม
- พัฒนาเทคโนโลยีภาพและการวิเคราะห์ เพิ่มความละเอียดและประสิทธิภาพในการตรวจหาติ่งเนื้อขนาดเล็กเพื่อให้ผลการตรวจใกล้เคียงกับการส่องกล้อง

/-ปรับปรุง...

- ปรับปรุงกระบวนการเตรียมตัว ลดความยุ่งยากในการเตรียมลำไส้ก่อนการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับมากขึ้น

- เผยแพร่ความรู้ สนับสนุนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

- การตรวจ CT colonography มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายและต้องเตรียมโปรแกรมพิเศษสำหรับคุณภาพ CT colonography จึงต้องมีการประชุมเตรียมความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งเรื่อง การเตรียมตัวของผู้ป่วย เทคนิค เครื่องมือ และอื่นๆ มีแผนการดำเนินงาน วางระบบให้มีประสิทธิภาพตามหลักมาตรฐานสากล

ข้อจำกัด

- ปัจจุบันรังสีแพทย์โรงพยาบาลตระการพิรุณมีเพียง ๑ คน แต่การทำ CT colonography จำเป็นต้องมีแพทย์ที่พร้อมดูแลการขณะทำ CT colonography ร่วมกับการสร้างภาพหลังทำเสร็จ ๑ คน (รวมต้องมีอย่างน้อย ๒ คน) ซึ่งรังสีแพทย์ในโรงพยาบาลเพียง ๑ คนไม่เพียงพอสำหรับการตรวจนี้

- จำเป็นต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ในการสวนทวารแบบเฉพาะที่ใช้กับ CT colonography

- ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อ (Biopsy) หากพบความผิดปกติ เช่น ตังเนื้อหรือเนื้องอก ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการ Colonoscopy เพิ่มเติม

- การตรวจหาตังเนื้อขนาดเล็ก ประสิทธิภาพในการตรวจหาตังเนื้อที่มีขนาดเล็กกว่า ๖ มม. อาจต่ำกว่าการส่องกล้อง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดย การพัฒนาอัลกอริทึมการวิเคราะห์ภาพเพื่อเพิ่มความแม่นยำ

- การเตรียมตัวก่อนการตรวจ ผู้ป่วยยังคงต้องทำการล้างลำไส้ เช่นเดียวกับ Colonoscopy ซึ่งอาจสร้างความไม่สะดวก

- ความเสี่ยงจากรังสี แม้ปริมาณรังสีจะต่ำ แต่ยังคงมีความเสี่ยงในการตรวจซ้ำบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่งสามารถแก้ไขโดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจวินิจฉัย

- ค่าใช้จ่าย การตรวจ CT Colonography อาจมีราคาสูงกว่าการตรวจแบบดั้งเดิมในบางพื้นที่ ซึ่งแก้ไขได้โดย ลดต้นทุนด้วยการขยายการเข้าถึงบริการในระดับชุมชนโดย เช่น ใช้เครื่องมือประดิษฐ์เองในการทำห้วสวน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การเพิ่มบริการ CT colonography ในโรงพยาบาลจะสร้างประโยชน์ทั้งในด้านการให้บริการผู้ป่วย และการจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ โดยผลที่คาดว่าจะได้รับมีดังนี้

๑. เพิ่มโอกาสการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น

CT colonography ช่วยให้ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้นหรือตังเนื้อที่เสี่ยงต่อการกลายเป็นมะเร็งได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่ ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

๒. ลดความกลัวและความไม่สะดวกของผู้ป่วย

CT colonography เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่กลัวหรือไม่สะดวกกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบดั้งเดิมซึ่งต้องใส่กล้องเข้าสู่ลำไส้ ขั้นตอนการตรวจด้วย CT colonography ไม่ต้องใช้ยาสลบและมีความปลอดภัยสูง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้น

๓. ลดภาระงานของศัลยแพทย์แพทย์ในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่องกล้อง

CT colonography สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติร้ายแรงออกจากกลุ่มที่ต้องการการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบดั้งเดิม ส่งผลให้ลดปริมาณงานของแพทย์เฉพาะทางและเพิ่มเวลาสำหรับการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสูง

๔. สนับสนุนการตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลสามารถใช้ CT colonography เป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี หรือมีประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองในชุมชน

๕. ลดค่าใช้จ่ายระยะยาวของระบบสุขภาพ

แม้ว่าค่าใช้จ่ายต่อครั้งของ CT colonography อาจสูง แต่การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า และลดการเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษาตัว

๖. เพิ่มความน่าเชื่อถือและศักยภาพของโรงพยาบาล

การมี CT colonography เป็นทางเลือกหนึ่งในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือในด้านการให้บริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม และดึงดูดผู้ป่วยให้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น

๗. สร้างโอกาสในการเก็บข้อมูลและวิจัย

โรงพยาบาลสามารถเก็บข้อมูลจากการตรวจ CT colonography เพื่อใช้ในงานวิจัยด้านระบาดวิทยาและพัฒนาการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับประชากร

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เนื่องจากปัจจุบันใช้การตรวจ colonoscopy เป็นหลัก ดังนั้น หากมีการตรวจ CT colonography เพิ่มขึ้นมาในการตรวจ จะต้องมิตัวชี้วัดความสำเร็จที่เพิ่มขึ้นมาดังนี้

๑. อัตราการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้น

การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มต้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาด

ตัวชี้วัด จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่พบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นต่อจำนวนผู้เข้ารับการตรวจทั้งหมด

๒. อัตราการลดลงของผู้ป่วยในระยะลุกลาม

การมี CT colonography ช่วยลดอัตราการพบมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นผลจากการคัดกรองและการรักษาที่เริ่มต้นตั้งแต่วัยต้น

ตัวชี้วัด สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อน

๓. ความครอบคลุมของการตรวจในกลุ่มเสี่ยง

การเพิ่มอัตราการเข้าถึงของกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปีหรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
ตัวชี้วัด จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

๔. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความสะดวกและความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ CT colonography ช่วยเสริมสร้างความ
เชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยจากแบบสอบถามหลังการตรวจ

๕. อัตราการตรวจพบติ่งเนื้อ (Polyps Detection Rate - PDR)

อัตราการตรวจพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติในลำไส้ใหญ่เป็นตัวชี้วัดความแม่นยำและประสิทธิภาพของการตรวจ
ตัวชี้วัด สัดส่วนของผู้ที่ตรวจพบติ่งเนื้อเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่เข้ารับการตรวจทั้งหมด

๖. การลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นและการรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลงในชุมชนที่มีบริการ CT colonography

๗. ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์

การลดภาระงานในกรณีที่สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องรักษาเร่งด่วนออกไปได้

ตัวชี้วัด เวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วยลดลง และการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานอุปกรณ์ทางการแพทย์

(ลงชื่อ) ภาณุเดช

(นางสาว ภาณุเดช พันธุ์เพ็ง)

นายแพทย์ชำนาญการ

๒๓/ธันวาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกรรภัค พันธุ์เพ็ง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๗
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๓๐
๓. ค่าโครงการงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่มีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๓๐
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๓
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๖
รวม	๑๐๐	๙๖

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

- เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
 ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *นายมนตรี แสนนา*

(นายมนตรี แสนนา)

หัวหน้าภารกิจด้านบริการทฤษฎีและตติยภูมิ

(วันที่) ๒๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๗

๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
(ระบุเหตุผล).....

เห็นชอบตามเสนอ

[Signature]

(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *[Signature]*

(นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิษผล

(วันที่) ๒๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๗

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

สอบ ผ่านด้วยเกรด พ้นข้อเพิ่ม

(ลงชื่อ) ร้อยตรี *M. M. M.*
(..... (สมงคล มงคลศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

วันที่ ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี
๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปผลการเสนอผลงาน

๕.๔ ด้านการบริการ(ต่อ)

(๔) ให้บริการตรวจโรคภายในช่องปาก ได้แก่ รอยโรคในช่องปาก โรคของกระดูกขากรรไกร และข้อต่อขากรรไกร อุบัติเหตุบริเวณช่องปากและฟัน

(๕) ให้บริการทันตกรรมส่งเสริม ป้องกัน ได้แก่ การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ทันตสุขศึกษา

(๖) สอน พัฒนา ให้คำปรึกษาการถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยีทางทันตกรรม ทันตสาธารณสุขแก่นักศึกษา ทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

(๗) ออกหน่วยทันตกรรมในชุมชน ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ต่างๆ และหน่วย พอ.สว.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การรักษาฟันหน้าสกร่อมโดยการใช้อุปกรณ์จัดฟันชนิดถอดได้ : รายงานผู้ป่วย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะฟันสกร่อมด้านหน้า (Anterior dental crossbite) หมายถึง การสบฟันผิดปกติที่ฟันหน้าบนอยู่ในตำแหน่งค่อนข้างด้านเพดานปากกว่าฟันหน้าล่าง เป็นการสบฟันผิดปกติซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง พบได้ทั้งชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสม และชุดฟันถาวร โดยพบอุบัติการณ์การเกิด ๔-๕% ในช่วงต้นของฟันชุดผสม

ปัญหาฟันหน้าล่างสกร่อมฟันหน้าบนจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยทันตแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อช่วยป้องกันการเกิดฟันหน้าโยกจากการสบกระแทกของฟัน อวัยวะปริทันต์ถูกทำลาย ฟันสึกหรือฟันบิ่นแตกหัก ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ลดการเจริญเติบโตของขากรรไกรล่าง และอาจมีผลกระทบต่อข้อต่อขากรรไกร รวมถึงระบบบดเคี้ยวด้วย การแก้ไขภาวะดังกล่าวให้เข้าสู่สภาพปกติโดยเร็วจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติรุนแรงมากขึ้นและลดความซับซ้อนในการรักษา

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะฟันหน้าล่างสกร่อมฟันหน้าบน อาจเกิดได้จาก

๑. ทิศทางการขึ้นของฟันถาวรผิดตำแหน่งไปเนื่องจากหน่อฟันถาวรเคลื่อนที่จากการได้รับภัยอันตรายต่อฟันน้ำนม ส่วนใหญ่มักพบในการบาดเจ็บแบบดันฟันเข้า (intrusion) หรือ แลทเทอรอลลักเซชัน (lateral luxation)

๒. สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนหน้าเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีกระดูกหรือเหงือกหนาปกคลุมหน่อฟันแท้

๓. มีฟันเกิน โอดอนโตมา (odontoma) หรือพยาธิสภาพอื่นๆ ขวางระหว่างฟันน้ำนมกับฟันแท้ทำให้เกิดการเคลื่อนของตัวฟันไปจากตำแหน่งปกติ

๔. พันธุกรรม ขนาดของฟันและขนาดของขากรรไกรไม่ได้สัดส่วนกัน

๕. ฟันคุดหนานบนมีแนวการขึ้นที่ผิดปกติไปทางด้านเพดานปาก

๖. ฟันหน้าน้ำนมหลุดช้าขณะที่ฟันแท้ขึ้นมาแล้ว (prolong retention)

๗. มีช่องว่างบริเวณความยาวส่วนโค้งขากรรไกรด้านบน (upper arch length) ไม่เพียงพอ ทำให้ฟันไม่สามารถขึ้นมากตามแนวปกติได้ จึงต้องขึ้นเอียงไปทางด้านเพดานปาก

๓. แบบแสดงสรุปผลการเสนอผลงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๘. ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่มีการดูดเข้าฟัน (alveolar bone) ทำให้หน่อฟันไปขึ้นในตำแหน่งเพดานปาก

๙. มีการกีดขวางการสบฟันระยะต้น (early occlusal interference) ส่งผลให้ขากรรไกรล่างเคลื่อนตัวมาด้านหน้าเพื่อให้เกิดการสบฟันสนิทที่สุด (maximum intercuspation) ซึ่งฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบนที่เกิดจากสาเหตุนี้ เรียกว่า ฟังก์ชันนอล แอนทีเรียร์ ครอสไบท์ (functional anterior crossbite)(9)

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าล่างในระยะเริ่มแรก

- ข้อบ่งชี้

ผู้ป่วยต้องมีไบหน้าได้สัดส่วนดีและมีความไม่สมดุลของโครงสร้างในหน้าเพียงเล็กน้อย ไม่มีประวัติครอบครัวที่มีลักษณะขากรรไกรล่างยื่น มีการเคลื่อนของขากรรไกรล่างมาข้างหน้าเมื่อกัดสบฟัน รวมทั้งการเจริญของไบหน้าเป็นแบบปกติหรือมีแนวโน้มการเจริญเติบโตแบบสบลึก (deep bite tendency or convergent growth) ร่วมกับมีการเจริญของหัวคอคอนไดล์เท่ากันทั้งสองข้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

- ข้อห้าม

ผู้ป่วยที่มีไบหน้าไม่ได้สัดส่วนและมีความไม่สมดุลกันของโครงสร้างไบหน้าอย่างรุนแรง โดยมีประวัติครอบครัวที่มีลักษณะขากรรไกรล่างยื่น และไม่มีการเลื่อนไกลของขากรรไกรล่างเมื่อกัดสบฟัน ผู้ป่วยมีแนวโน้มการเจริญของขากรรไกรในลักษณะสบเปิด (open bite tendency or divergent growth) และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

การรักษาฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน

วัตถุประสงค์หลักในการแก้ไขภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันหน้าบน คือการเคลื่อนฟันหน้าบนออกไปทางด้านริมฝีปากให้มีการสบเหลี่ยมในแนวตั้ง (overbite) ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการคืนกลับ (relapse) วิธีการรักษาสภาวะฟันหน้าล่างสบคร่อมฟันบน มีดังต่อไปนี้

๑. การใช้ทังเบลต (Tongue blade therapy) ใช้รักษาในกรณีมีฟันสบคร่อมเพียงซี่เดียว และสบเหลี่ยมกันไม่เกิน ๑ ใน ๓ ของปลายฟัน (incisal ๑/๓) เป็นวิธีที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างมาก โดยเด็กจะได้รับคำแนะนำให้วางทังเบลต (tongue blade) ไว้ด้านหลังฟันที่สบคร่อม ใช้คางหรือปลายฟันตัดซี่หน้าล่างเป็นจุดหมุนแล้วออกแรงกดฟันออกไปทางด้านริมฝีปากนานประมาณครั้งละ ๑๐ นาที โดนทำให้บ่อยที่สุดในแต่ละวัน

๒. ครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิมนำมากลับด้าน เพื่อที่จะแก้ไขกรณีมีการสบคร่อมของฟันหน้า ๑ ซี่

๓. โซลเดอร์ ลิงกวล อาร์ช (Solder lingual arch) เช่น ดับเบิลยู อาร์ช แอพพลายแอนซ์ (W-arch appliance) ลิงกวล อาร์ช วิท สปริง (Lingual arch with spring) เป็นต้น ดับเบิลยู อาร์ช แอพพลายแอนซ์ที่ครอบคลุมไปถึงบริเวณฟันหน้า ใช้กับการแก้ไขภาวะฟันหน้าสบคร่อมที่มีความผิดปกติอย่างอื่นที่ต้องแก้ไขพร้อมกัน หรือเมื่อต้องการคงสภาพช่องว่างในบริเวณฟันกรามน้ำนม เครื่องมือชนิดนี้จะถูกยึดติดกับฟันและต้องมี

๓. แบบแสดงสรุปผลการเสนอผลงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

การปรับเครื่องมือทุก ๓ สัปดาห์ ซึ่งมักจะมีการปรับแค่ ๒-๓ ครั้งเท่านั้น ข้อด้อยของเครื่องมือชนิดนี้คือ ต้องลองแถบรัดจัดฟันที่ฟันกราม (Molar band) และพิมพ์ปาก รวมทั้งต้องถอดเครื่องมือออกมาปรับและยัดกลับเข้าไปอีกครั้ง

๔. แผ่นระนาบกัดด้านล่างแบบติดแน่น (Lower cemented bite plane) การใช้อะคริลิก อินโคลน เพลน (Acrylic inclined plane) กรือขึ้นหล่อโลหะ (Cast of metal) ยึดติดกับฟันหน้าล่างเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนฟันที่สบคร่อมกลับออกมาอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ถ้ามีฟันที่ในการเรียงฟันและมีการสบเหลื่อมในแนวตั้งเพียงพอ(มากกว่า ๓ มิลลิเมตร) วิธีนี้สามารถใช้ในการแก้ไขภาวะฟันตัดหน้าสบคร่อมที่ไม่จำเป็นต้องคงสภาพฟัน (retainer) ภายหลังจากการรักษา

๕. เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ (Removable appliances) ร่วมกับแกนทึลเลอร์ สปริงส์ (Cantilever springs) ฟิงเกอร์ สปริงส์ (Finger springs) แซด สปริงส์ (Z springs) หรือสกรู (Screw) วิธีนี้นิยมใช้กับฟันหน้าที่สบคร่อม ๑-๒ ซี่ โดยเฉพาะฟันตัดซี่ข้าง หรือในกรณีที่ต้องคงสภาพฟันภายหลังการรักษา

ทั้งนี้การพิจารณาเลือกวิธีการรักษา ควรทำหลังจากที่ได้มีการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ระดับของการสบเหลื่อมในแนวตั้ง สภาวะการเจริญพัฒนาของการสบฟัน (state of development of the occlusion) และลำดับการขึ้นของฟันเรียบร้อยแล้ว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เด็กช่วงอายุ ๖-๘ ปี เป็นช่วงอายุที่ฟันตัดแท้หน้าบนและหน้าล่างกำลังขึ้นมาในช่องปาก หากมีการรบกวนการขึ้นของฟันด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ฟันน้ำนมไม่หลุดตามเวลาทำให้ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ หรือฟันแท้ขึ้นผิดตำแหน่ง ก็อาจทำให้เกิดการสบคร่อม ฟันหน้าสบคร่อมเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ขัดขวางการเจริญเติบโตของขากรรไกร อวัยวะปริทันต์ถูกทำลายจากการสบกระแทกทำให้ฟันโยก การรักษาฟันหน้าสบคร่อมโดยการใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ ให้ผลการรักษาที่ดี มีราคาถูก แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และผู้ปกครอง

รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ ๗ ปี มาด้วยปัญหาฟันหน้าล่างโยก ตรวจในช่องปากพบ ฟันตัดแท้หน้าบนขาซี่ที่ ๑ บนและล่างมีการสบคร่อมกัน ๑ ใน ๓ ของความยาวฟันหน้าล่าง ฟันซี่ ๔๑ โยกระดับ ๑ รักษาโดยการใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ที่ขากรรไกรบนโดยมีสปริง Double cantilever ที่ด้านเพดานปากของฟันซี่ ๑๑ และ Posterior bite plane เพื่อยกการสบฟันหลัง ให้ฟันหน้าไม่มีการสบคร่อมกัน ระหว่างการเคลื่อนฟันส่วนขากรรไกรล่างใช้เครื่องมือคงสภาพฟันชนิดถอดได้ โดยมีการกรอลดแผ่นด้านลิ้นของซี่ ๔๑ และปรับ Labial bow ให้มีแรงกดฟันซี่ ๔๑ ให้เข้ามาด้านลิ้น นัดมาปรับแต่งเครื่องมือทุกสัปดาห์ พบว่าฟันซี่ ๑๑ กับ ๔๑ หายสบคร่อมกันใน สัปดาห์ที่ ๔ จากนั้นจึงใส่เครื่องมือไว้เพื่อคงสภาพอีก ๒ เดือน และนัดติดตามผลที่ ๑ เดือน พบว่า ซี่ ๑๑ กับ ๔๑ สบฟันปกติ แต่ ซี่ ๒๑ ขึ้นมาสบคร่อมกับซี่ ๓๑ จึงได้ทำเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้เป็นชุดที่ ๒ เพื่อแก้ไขฟันซี่ ๒๑ สบคร่อม โดยมีสปริง Double cantilever และ posterior bite plane หลังจากใส่เครื่องมือไป ๓ เดือน ฟันซี่ ๒๑ ก็หายสบคร่อม หลังติดตามการรักษาอีก ๑, ๓, และ ๖ เดือนพบว่า การสบฟันยังเป็นปกติ มีระยะเหลื่อมแนวตั้งและแนวราบปกติ ไม่มีการสบฟันกระแทก

๓. แบบแสดงสรุปผลการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก)

ลักษณะงานด้านบริการ/ ปฏิบัติ	หน่วยนับ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
		หน่วยงาน	เฉพาะตัว
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก			
๑. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๑ การจัดการพฤติกรรมเด็ก ซึ่งมีปัญหาในด้านความร่วมมือโดยวิธีการต่างๆ เช่น การหว่านล้อมด้วยคำพูด การยกระดับเสียง การใช้ Papoose board, Hand Over Mouth Exercise, การใช้ยาปรับประทาน เช่น Chloral Hydrate	งาน	๒๗๙	๕๒
๒. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๒ ขั้นตอนต่างๆในการทำเครื่องมือคงสภาพช่องว่าง เช่น การพิมพ์ปากเพื่อทำเครื่องมือ, การลอง Band, การ Recementation ของ Space Maintainer และขั้นตอนในการ Pulpectomy หรือ RCT ในฟันน้ำนมในครั้งก่อนการอุด เช่นการเปิด OC, การล้าง/ขยาย, ใส่ยา	งาน	๗	๒
๓. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๓ การทำ Pulpotomy ในฟันน้ำนม	งาน/ซี่	๑/๑	๐/๐
๔. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๔ การทำ pulpectomy หรือ RCT ในฟันน้ำนมในครั้งที่อุดรากฟัน	งาน/ซี่	๓๘/๓๖	๑๔/๑๓
๕. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๕ การทำ Polycarbonate crown, Stainless steel crown และ Composite resin crown	งาน/ซี่	๑๔/๑๑	๓/๓
๖. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๖ การใส่เครื่องมือกันที่ ทั้งชนิดถอดได้และติดแน่น	งาน/ซี่	๙/๙	๘/๘
๗. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๗ การจัดการพฤติกรรมเด็กซึ่งมีปัญหารอคทางระบบหรือมีปัญหาในด้านความร่วมมือ โดยใช้ยาและแก๊ส หรือการดมยาสลบในการทำ Full mouth rehabilitation	งาน/ซี่	๐/๐	๐/๐

๓. แบบแสดงสรุปผลการเสนอผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขฟันหน้าสบคร่อม ที่ฟันซี่ ๑๑-๔๑, และ ๒๑-๓๑ โดยใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ที่มีสปริงและ Posterior bite plane ภายหลังจากการรักษา พบว่าการสบฟันเป็นปกติ มีระยะเหลี่ยมแนวตั้งและแนวราบปกติ ไม่มีการสบฟันกระแทก ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารได้ปกติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการรักษาการสบฟันผิดปกติในฟันชุดผสม เพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาที่ยุ่งยากในอนาคต ลดการเกิดปัญหาด้านการสบฟันผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะฟันแท้ ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถนำวิธีการแก้ไขนี้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยของตัวเองได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ระยะเวลาการขึ้นของฟันแท้ของผู้ป่วยรายนี้ขึ้นไม่พร้อมกัน โดยช่วงที่ฟันแท้ซี่ ๑๑ กับ ๔๑ สบคร่อมกันนั้น ฟันน้ำนมซี่ ๖๑ ยังไม่หลุด ฟันแท้ซี่ ๒๑ ยังไม่ขึ้น จึงต้องแก้ไขซี่ ๑๑-๔๑ ก่อน เพราะมีปัญหาสบกระแทกด้วยทำให้ฟันหน้าล่างโยก หลังจากแก้ไขสบคร่อมที่ฟัน ๑๑-๔๑ เรียบร้อยแล้ว ๑ เดือน พบว่า ฟันซี่ ๒๑ เริ่มขึ้นมาในช่องปากและสบคร่อมกับ ๓๑ จึงต้องมีการทำเครื่องมือชุดที่ ๒ เพื่อแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ ๒ ชุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยเด็กยังไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในอดีตที่เคย ถอนฟันมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านด้วยการร้องไห้ และไม่ยอมให้พิมพ์ปาก จึงได้ใช้วิธีการจัดการพฤติกรรมด้วยวิธี Voice control และ Tell show do ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น ในการรักษาครั้งถัดไป ผู้ป่วยให้ความร่วมมือได้ดี และอุปสรรคของการใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ คือต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยต้องใส่เครื่องมือไว้ตลอดเวลา และต้องทำความสะอาด ดูแลรักษาเครื่องมือได้ รวมทั้งความร่วมมือของผู้ปกครองที่ต้องเอาใจใส่ดูแลเด็ก ควบคุมเด็กให้ใส่เครื่องมือ และช่วยดูแลการรักษาความสะอาด

๙. ข้อเสนอแนะ

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในเด็ก ต้องประเมินเป็นองค์รวม ทั้งโรคประจำตัว ความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ปกครอง การให้ความรู้ ข้อมูลการรักษาที่ครบถ้วน เข้าใจง่าย แก่เด็กและผู้ปกครอง จะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

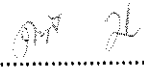
นำเสนอในงานประชุมวิชาการทันตบุคลากรประจำเดือน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นายคณพันธ์ วรเวทย์มงคล

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายคณพันธ์ วรเวทย์มงคล)


ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)

วันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายคณพันธ์ วรเวทย์มงคล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอนันต์ พิระนันท์รังษี)

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๗


ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของยูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

๒. หลักการและเหตุผล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มีการให้บริการทันตกรรม โดยมีห้องทำฟันทั้งหมด ๘ ห้อง มียูนิตทันตกรรม ๘ ตัว ซึ่งในแต่ละวันจะมีทันตแพทย์ และผู้ช่วยทันตแพทย์หมุนเวียนกันใช้งานยูนิตทันตกรรมแต่ละห้อง ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมามักจะพบปัญหาต่างๆ อาทิเช่น

๑. ยูนิตทันตกรรมไม่พร้อมใช้งาน เนื่องจากมีระบบบางอย่างชำรุด เช่น ระบบควบคุม ระบบลม ระบบน้ำ ระบบดูดน้ำลาย เมื่อไม่พร้อมใช้งานจึงทำให้การทำงานล่าช้า ต้องแจ้งช่างมาตรวจสอบ หรือหากชำรุดมากจนช่างไม่สามารถซ่อมได้ ก็จะต้องรอช่างผู้ชำนาญจากบริษัทผู้แทนจำหน่ายมาตรวจสอบ ซึ่งต้องใช้เวลาหลายวัน และมีค่าใช้จ่ายของการซ่อมที่เพิ่มมากขึ้น

๒. เมื่อมีการชำรุดของยูนิตทันตกรรม ทำให้จำนวนยูนิตลดลง จะมีผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย การให้บริการจะเกิดความล่าช้า ผู้ป่วยต้องรอนานขึ้น ระยะเวลารอคอยเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความพึงพอใจต่อการให้บริการลดลง

๓. เมื่อยูนิตชำรุด แล้วแจ้งช่างมาตรวจสอบ บางครั้งช่างมาช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมที่ประจำห้องนั้นไม่อยู่ ทำให้ช่างไม่ทราบว่ายูนิตชำรุดอะไรบ้าง ทำให้บางครั้งแก้ไขปัญหาไม่ตรงจุด ต้องแจ้งช่างซ้ำอีก ทำให้เสียเวลาเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ยูนิตทันตกรรมมีความพร้อมใช้งานในแต่ละวัน มีจำนวนยูนิตทันตกรรมที่สามารถใช้งานได้เพียงพอต่อทันตแพทย์

๒. เพื่อให้ทันตแพทย์ได้รับความพึงพอใจในการใช้งานยูนิตทันตกรรม

๓. เพื่อให้ช่างสามารถรับทราบอาการเบื้องต้นได้ในกรณีที่มีการชำรุดของยูนิต และสามารถซ่อมได้ตรงกับอาการ ลดระยะเวลาในการหาสาเหตุของการชำรุด และลดการเรียกช่างซ้ำในกรณีที่ซ่อมไม่ตรงจุด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น มีดังนี้

๑. ไม่มีการตรวจสอบยูนิตทันตกรรมก่อนเริ่มงานในแต่ละวัน ซึ่งการตรวจสอบดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ต้องเตรียมห้องทำฟันให้พร้อมก่อนปฏิบัติงานในแต่ละวัน

๒. ไม่มี guideline สำหรับการตรวจสอบยูนิตทันตกรรม ทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ไม่ทราบว่าต้องตรวจสอบอะไรบ้าง

๓. ไม่มีบันทึกการตรวจสอบ และบันทึกการชำรุดของยูนิตทันตกรรม

จากการรวบรวมข้อมูลการชำรุดของยูนิตทันตกรรมในเดือน ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ พบว่ามีการชำรุดทั้งหมด ๑๕ ครั้ง แจ้งช่างมาซ่อมเองได้ ๑๐ ครั้ง ระยะเวลารอคอยช่างเฉลี่ย ๘๓.๓๓ นาที และมีเหตุการณ์ยูนิตชำรุดต้องแจ้งช่างผู้ชำนาญจากบริษัทมาซ่อม ๕ ครั้ง ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ๕ วัน

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้เขียนเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบยูนิตทันตกรรมโดยมีแนวคิด
ข้อเสนอ ดังนี้

๑. มอบหมายภาระงานการตรวจสอบยูนิตทันตกรรมประจำวันให้แก่ผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบก่อน
เริ่มปฏิบัติงานในแต่ละวัน

๒. จัดทำแบบบันทึกการตรวจสอบยูนิตทันตกรรมประจำวัน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการตรวจสอบให้
ครบถ้วนโดยมีหัวข้อในการตรวจสอบระบบต่างๆ ดังนี้ ระบบไฟและระบบควบคุม ระบบลมและด้ามกรอฟัน
ระบบดูดน้ำลายและอ่างบัวปาก และแบบบันทึกนี้หากยูนิตทันตกรรมมีการชำรุด จะมีช่องให้บันทึกอาการชำรุด
เพื่อให้ช่างทราบว่ายูนิตชำรุดมีอาการอย่างไร จะทำให้ช่างสามารถตรวจสอบอาการได้ตรงจุด

๓. ก่อนเริ่มปฏิบัติงานในแต่ละวันผู้ช่วยทันตแพทย์จะตรวจสอบยูนิตทันตกรรม และบันทึกลงในแบบบันทึกให้
ครบถ้วน และจะมีผู้ควบคุมคือทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำห้องนั้น ตรวจสอบแบบบันทึกและตรวจสอบยูนิต
ซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

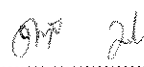
๔. หากพบอาการชำรุด ผู้ช่วยทันตแพทย์จะบันทึกไว้ในแบบบันทึก เพื่อให้ช่างว่ามีอาการชำรุดอะไรบ้าง
แก้ไขเบื้องต้นอย่างไร และเมื่อช่างมาตรวจสอบก็สามารถเปิดดูแบบบันทึกได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ยูนิตทันตกรรมมีความพร้อมใช้งาน
๒. ทันตแพทย์มีความพึงพอใจในความพร้อมใช้งานของยูนิตทันตกรรม
๓. ในกรณีที่ยูนิตชำรุด ช่างสามารถตรวจสอบได้ตรงตามอาการ และลดการเรียกช่างซ้ำเมื่อซ่อมไม่ตรงอาการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีการตรวจสอบยูนิตทันตกรรมและบันทึกลงในแบบบันทึกทุกห้องทุกวัน ๑๐๐%
๒. จำนวนยูนิตทันตกรรมที่สามารถใช้งานได้ในแต่ละวันไม่น้อยกว่า ๙๐%
๓. อัตราการเรียกช่างซ้ำในกรณียูนิตชำรุดแล้วซ่อมไม่ตรงอาการ ไม่เกิน ๑๐%
๔. ความพึงพอใจทันตแพทย์ในความพร้อมใช้งานยูนิตทันตกรรมไม่น้อยกว่า ๙๐%

(ลงชื่อ) 

(นายตฤพันธ์ วรเวทย์มงคล)

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)

วันที่ ๐๙ ก.ย. ๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นายคณพันธ์ วรเวทย์มงคล

ตำแหน่งที่ขอประเมิน ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคลได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	18
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	28
๓. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมิน และโครงการที่ผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	28
๔. ข้อเสนอแนะแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	8
๕. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่นการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคนดี เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	8
รวม	๑๐๐	90

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ)

(นายอนันต์ พิระนันท์รังษี)

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ 9 เม.ย. 2567

๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ)

(นายทอง คำศรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๑๕ เม.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

เห็นชอบตามเสนอ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๗

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ - ราย นายต๋นพันธ์ วรรณข่มเกล้า,
 - () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ) ร้อยตรี *Mrs. Anell*
(กรมกอง - มณฑล) (กรมกอง - มณฑล)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง กรณีศึกษาการทำฟันเทียมทั้งปากแบบสบฟันเฉพาะปุ่มด้านลิ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Complete denture in elderly with rheumatoid arthritis: Lingualized occlusion)
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ ถึง ๗ กันยายน ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 ๑. การจำแนกลักษณะสันเหงือก
 ๒. เทคนิคการพิมพ์ปาก
 ๓. ประเภทของการเรียงฟันในสันเหงือกกว้าง
 ๔. ทางเลือกและข้อดีข้อเสียของการรักษา
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๗๑ ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากเคยมีฟันปลอมเถื่อน และฟันปลอมเถื่อนหัก จึงอยากทำฟันปลอมใหม่ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ รับประทานยาที่คลินิก ตรวจในช่องปากพบว่าสันเหงือกกว้างขากรรไกรล่างสลายตัวมาก โดยมีลักษณะแบนเล็กและคม โดยแนวทางการรักษาในอุดมคติคือการปลูกรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก (implant retained overdenture) การเสริมกระดูกสันเหงือก (ridge augmentation) แต่เนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก มีโรคประจำตัว และมีสภาพที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีเท่าที่ควร ในผู้ป่วยรายนี้จึงเลือกทำฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ฐานอะคริลิกแบบสบฟันเฉพาะปุ่มด้านลิ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ซักประวัติ ตรวจสภาพร่างกาย ตรวจภายนอกช่องปาก และตรวจภายในช่องปาก พิมพ์สันเหงือกบนและล่างด้วยวัสดุพิมพ์ปากอัลจินेट (alginate impression material) เพื่อทำขึ้นหล่อศึกษา (study cast) และออกแบบถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (special tray)

ลองถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลในปากผู้ป่วย กรอแก้ไขส่วนเกิน และเสริมบั้นขอบ (border molding) ด้วยคอมพาวด์แท่งสีเขียว (green stick impression compound) พิมพ์สันเหงือกขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุซิลิโคนชนิดเหลว (light body silicone)

ลองแท่นกัดบน เพื่อปรับแต่งความอูนูนุ หาระนาบสบ แนวกึ่งกลางใบหน้า (midline) แนวฟันเขี้ยว (canine line) แนวยิ้ม (smile line) และลองแท่นกัดล่าง เพื่อหาระยะมิติแนวตั้ง (vertical dimension) บันทึกรากสบฟันในศูนย์ (centric relation) ด้วยอะลูแว็กซ์ (aluwax) และยึดขึ้นหล่อหลักพร้อมด้วยแท่นกัดบนและล่างเข้ากับอุปกรณ์จำลองขากรรไกรเพลนไลน์ (plane line articulator)

ลองฟันในผู้ป่วย ดูความอูนูนุ หาระนาบสบ แนวกึ่งกลางใบหน้า สีฟัน ขนาดฟัน การเรียงตัวของฟัน และการออกเสียง ตรวจสอบความถูกต้องของการสบฟันในศูนย์ และมิติแนวตั้ง หาดำแหน่งส่วนกันท้ายเพดาน (posterior palatal seal) เพื่อถ่ายทอดไปสู่ขึ้นหล่อหลัก

ใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย ตรวจสอบส่วนกดเก็บโดยใช้เพรชเซอร์อินดิเคเตอร์ เพลสท์ (pressure indicator paste : PIP) ตรวจการติดอยู่ (retention) ความเสถียร (stability) มิติแนวตั้ง และตรวจสอบการสบฟันอีกครั้ง ชัดมัน ชัดเงา และให้คำแนะนำการใช้งานฟันเทียม การดูแลทำความสะอาด วิธีถอดและใส่ฟันเทียม และติดตามผลหลังการรักษา

เป้าหมายของงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีฟันเทียมใช้งานได้โดยไม่ต้องรับการผ่าตัดเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม และผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมทั้งปากทานอาหารได้ปกติ โดยไม่หลวม ไม่เจ็บ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การรักษาประสบความสำเร็จ ฟันเทียมที่ได้มีเสถียรภาพ และมีการยึดอยู่ที่ดี ไม่หลวมหลุด ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมได้ปกติ ไม่เจ็บใต้ฐานฟันเทียม และมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา สามารถรับประทานอาหารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถพูดคุยและยิ้มได้อย่างมั่นใจ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การทำฟันเทียมในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำเป็นต้องตรวจสภาพร่างกาย และตรวจภายนอกช่องปากโดยละเอียด เนื่องจากในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีโอกาสเกิดอาการข้อต่อผิดรูป และปวดได้ โดยผู้ป่วยอาจมีข้อมือ ข้อเท้า ข้อนิ้วผิดรูป และความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร (temporomandibular disorders: TMD) ยังเป็นอาการทางใบหน้าและช่องปากที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การประเมินผู้ป่วยได้ก่อนรักษาจะช่วยให้วางแผนการรักษาได้เหมาะสมมากขึ้น

การทำฟันเทียมในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกแบนและคม แต่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด ไม่สามารถทำการรักษาตามทางเลือกในอุดมคติได้ การเลือกเทคนิคการพิมพ์ปากและประเภทของการเรียงฟัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ เป็นทางเลือกในการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีสันเหงือกกว้างขากรรไกรล่างสลายตัวมาก มีลักษณะแบนเล็กและคม มีส่วนที่ใช้รองรับฟันเทียมน้อย ซึ่งมักเกิดปัญหาฟันเทียมล้าหลวมและเจ็บเวลาใช้งาน และมีข้อจำกัดในการรักษาตามทางเลือกในอุดมคติ ดังนั้นการเลือกเทคนิคการพิมพ์ปากและประเภทของการเรียงฟันจึงมีความสำคัญต่อผลการรักษา และประสิทธิภาพของฟันเทียม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในขั้นตอนการตรวจก่อนการรักษา ไม่สามารถตรวจประเมินข้อต่อขากรรไกรของผู้ป่วยโดยละเอียดได้ เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนจึงไม่มีเครื่องถ่ายภาพรังสีที่สามารถถ่ายภาพรังสีแบบพาโนรามา (Panoramic radiograph) หรือถ่ายภาพรังสี ๓ มิติ ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (3D CT scan) ได้ ทำให้การประเมินข้อต่อขากรรไกรของผู้ป่วยทำได้จำกัด สามารถประเมินได้จากการตรวจภายนอกช่องปากเท่านั้น

การเรียงฟันทำในอุปกรณ์จำลองขากรรไกรเพลนไลน์ ซึ่งไม่สามารถถ่ายทอดความสัมพันธ์ของคอนดัยล์ (condyle) มายังอุปกรณ์จำลองขากรรไกรได้เหมือนอุปกรณ์จำลองขากรรไกรชนิดปรับได้บางส่วน (semi-adjustable articulator) จึงอาจทำให้การสบฟันเกิดความคลาดเคลื่อนได้

ผู้ป่วยมีข้อมือและข้อนิ้วมือที่ผิดรูป ทำให้การทำความสะดวกฟันเทียมทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ฟันเทียมมีคราบจุลินทรีย์ และคราบหินน้ำลาย แม้จะเน้นย้ำวิธีการดูแลฟันเทียมแก่ผู้ป่วยแล้ว

๙. ข้อเสนอแนะ

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบจำเป็นต้องทราบประวัติการรักษา การดำเนินของโรค และยาที่ผู้ป่วยใช้ รวมถึงการตรวจร่างกายโดยละเอียด เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และการทำฟันเทียมให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงการเลือกเทคนิคการรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะสันเหงือกของผู้ป่วยแต่ละราย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

สรุประหว่างดำเนินการ

๑๑. สืบส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑) นางสาวธิดารัตน์ สายสมบัติ สืบส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ธิดารัตน์*
(นางสาวธิดารัตน์ สายสมบัติ)
(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการ
(วันที่) ๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
- นางสาวธิดารัตน์ สายสมบัติ	<i>ธิดารัตน์</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *จตุพร*
(นางสาวจตุพรรัตน์ บัณฑิตยันทัน)
(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 11 / กุมภาพันธ์ / 2568
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *[Signature]*
(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนุตรีก
(วันที่) 11 / กุมภาพันธ์ / 2568
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายธีระพงษ์ แก้วกมร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการให้บริการทำฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก
๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ จึงทำให้คนส่วนใหญ่มีอายุที่ยืนยาวขึ้นกว่าในอดีต โดยผู้สูงอายุส่วนมากมักมีปัญหาสุขภาพช่องปากและการบดเคี้ยวเนื่องจากสูญเสียฟันไป ในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันธรรมชาติไปแต่ไม่มีฟันเทียมเพื่อช่วยในการบดเคี้ยว จะทำให้รับประทานอาหารลำบาก การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ส่งผลเสียต่อระบบย่อยอาหาร และส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายด้านอื่นๆ ตามมา และเนื่องจากอำเภอบุณฑริกเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ และการทำฟันเทียมจะให้บริการเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลเดินทางมารับบริการทำฟันเทียมลำบาก และผู้สูงอายุบางคนสุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง ลูกเดินลำบาก ต้องมีคนคอยดูแล ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยบุตรหลานในการพามาใช้บริการทางทันตกรรม ซึ่งในการทำฟันเทียมนั้น มีขั้นตอนในการรักษาหลายขั้นตอน จึงต้องมารับการรักษาหลายครั้ง ประกอบกับบุตรหลานต้องทำงานหารายได้เพื่อดูแลครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาพาผู้สูงอายุมารับการรักษาหลายครั้งได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุเสียโอกาสในการได้รับการรักษาเพื่อทำฟันเทียมให้มีฟันเคี้ยวอาหาร ดังนั้นการออกไปให้บริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน จึงเป็นทางเลือกที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น บุตรหลานสามารถมารับมาส่งเพื่อทำฟันเทียมได้ ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล และประหยัดเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางรวมทั้งยังลดความเหนื่อยลำในการเดินทางไกลเพื่อมารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลอีกด้วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการทำฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ห่างไกลอำเภอพบว่ามีผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันธรรมชาติและมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวและเรื่องความสวยงามซึ่งมีความสนใจในการทำฟันเทียม แต่ไม่สะดวกเดินทางมารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลบุณฑริกเนื่องจากเดินทางลำบาก ไม่มีบุตรหลานพาไป บุตรหลานไม่มีรถพาไปต้องจ้างเหมารถไป ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงและต้องไปหลายครั้ง และจากข้อจำกัดในการเดินทางหรือในบางรายอาจมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเอง จึงเกิดข้อเสนอแนวคิด “การพัฒนาระบบการให้บริการทำฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก” นี้ขึ้น เพื่อหวังให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมได้สะดวกขึ้น และมีฟันเทียมสำหรับบดเคี้ยวอาหาร เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๓.๑ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการทำฟันเทียม

๓.๒ ทันตแพทย์ออกตรวจช่องปากเพื่อวางแผนทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๓ ผู้สูงอายุได้รับการเตรียมช่องปากเพื่อทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๔ ทันตแพทย์ออกทำฟันเทียมตามขั้นตอน เดือนละ ๑ ครั้ง จนเสร็จทุกขั้นตอน และประเมินความพึงพอใจในการรักษา

๓.๕ ทันตแพทย์ติดตามผลการรักษาหลังทำฟันเทียม

๓.๖ สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข เสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อใช้พัฒนาการดำเนินงานในปีต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียมในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ร่วมด้วย ยังคงต้องรับการรักษาก่อนทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลบุณฑริก มีแนวทางการแก้ไขโดยวางแผนการเตรียมช่องปากเป็นส่วนๆ ให้มีการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน้อยครั้งที่สุด และให้กลับมารับการทำฟันเทียมต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. ผู้สูงอายุในตำบลที่ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำอยู่อาจไม่ได้รับการสำรวจเพื่อทำฟันเทียม จึงทำให้เสียโอกาสในการทำฟันเทียมใกล้บ้านได้ แก้ไขโดยการแจ้งผู้นำชุมชนให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนได้รับทราบและมารับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเพื่อทำฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่ตนเองใช้บริการอยู่

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลโรงพยาบาลได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป และใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้สูงอายุที่ต้องการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการใส่ฟันเทียมทุกคน

(ลงชื่อ) *จิตรรตน์*

(นางสาวจิตรรตน์ สายสมบัติ)

(ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

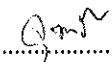
ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวจิรารัตน์ สายสมบัติ

ตำแหน่งที่ขอประเมิน ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๒๐
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่แต่งตั้ง	๓๐	๓๐
๓. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่มีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๓๐
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๑๗
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๑๐
รวม	๑๐๐	๑๑๗

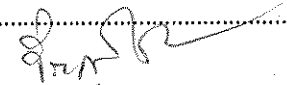
๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 
 (นางสาวจุฑารัตน์ บัณฑิตยน์พัฒน์)
 (ตำแหน่ง) ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) ๑๗ / มีนาคม / ๒๕๖๕

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
- () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 
 (นายจิระศักดิ์ กวียนนท์)
 (.....นายแพทย์ชำนาญการ.....)
 (ตำแหน่ง) ปรึกษานักวิชาการผู้ช่วยราชการด้านการแพทย์
 (นิติบริหารการแพทย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญชริก
 ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕

เห็นชอบตามเสนอ




(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๘ มี.ค. ๒๕๖๕

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ - 517 นางจิวธิดารัตน์ สายสัมพันธ์
- () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี 
(สรวงคิด มงคลละลิ)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ภูเก็ต ภูเก็ตบริหารการแทน

(วันที่) ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ตราชธานี
๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนธันวาคม ๒๕๖๗ - เมษายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

นายธนาकर ศรีธรรม ในตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ มีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ราชการให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยมและเกินมาตรฐานที่กำหนด ไม่ว่าจะเป็นผลการปฏิบัติงานในอดีตของตนเองหรือการตอบสนองต่อเกณฑ์การประเมินผลสัมฤทธิ์ที่หน่วยงานได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการพัฒนาและสร้างสรรค์ผลงาน รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ โดยมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต้นสังกัดอย่างเต็มที่ ในการดำเนินงาน นายธนาकरมุ่งมั่นให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามกรอบแผนงานที่ได้กำหนด โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการแบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนเชิงกลยุทธ์และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีการพัฒนางานและทักษะส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางขององค์กร

นายธนาकर มุ่งเน้นการพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การให้บริการดูแลผู้ป่วย การใช้ภาษา และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์ในการนำรูปแบบหรือกิจกรรมใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (Concepts and Theories of Risk Management)

๔.๑.๑ ความหมายและความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลหมายถึงกระบวนการระบุ วิเคราะห์ ประเมิน และจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความผิดพลาดทางการแพทย์ การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย (Supachutikul, ๒๐๐๑) การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพช่วยให้โรงพยาบาลสามารถป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้รับบริการและเพิ่มความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ (Kemmis & McTaggart, ๑๙๙๐)

๔.๑.๒ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์หลักของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคือการสร้างระบบที่สามารถระบุและจัดการกับความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วยและบุคลากร เป้าหมายของการบริหารความเสี่ยงรวมถึงการลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร (ผ่องพรรณ จันชนสมบัติ, ๒๕๖๑) นอกจากนี้ยังช่วยในการพัฒนามาตรฐานการให้บริการสุขภาพและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารในสถานการณ์วิกฤต (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓)

๔.๑.๓ องค์ประกอบของระบบการบริหารความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพ ระบบการบริหารความเสี่ยงในองค์กรสุขภาพประกอบด้วยหลายองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (๑) การระบุความเสี่ยง (Risk Identification): การตรวจสอบและระบุเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง (๒) การวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง (Risk Analysis and Evaluation): การวิเคราะห์ความถี่และผลกระทบของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (๓) การจัดการความเสี่ยง (Risk Control): การวางแผนและดำเนินการเพื่อลดหรือควบคุมความเสี่ยง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

(๔) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Review): การตรวจสอบประสิทธิภาพของมาตรการที่นำมาใช้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (พิพฒิตา สุภิสุทธิ, ๒๕๕๒)

๔.๑.๔ การจัดประเภทของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภท ได้แก่

๑) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risks): เช่น ความผิดพลาดทางการแพทย์ การให้ยาผิด หรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ภัทรธิธา โกภาพันธ์, ๒๕๕๕)

๒) ความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการ (Administrative Risks) เช่น ความล้มเหลวในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ การบริหารงบประมาณ หรือปัญหาด้านการสื่อสารภายในองค์กร (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ, ๒๕๖๑)

๓) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Risks) เช่น ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในสถานที่ทำงาน สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย หรือภัยธรรมชาติที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓)

การจัดประเภทของความเสี่ยงช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนและจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเน้นไปที่การป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและบุคลากร

๔.๒. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Standards and Health Services)

๔.๒.๑ นิยามและประเภทของมาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลหมายถึงข้อกำหนดหรือแนวทางที่ใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพสูง มาตรฐานเหล่านี้อาจเป็นมาตรฐานระดับชาติ เช่น มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) หรือมาตรฐานระดับสากล เช่น มาตรฐาน ISO ๙๐๐๑ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๖๐) ประเภทของมาตรฐานโรงพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น

๑) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structural Standards) เน้นการจัดการทรัพยากร เช่น บุคลากร อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

๒) มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process Standards) เน้นการดำเนินงาน เช่น ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยและการจัดการความเสี่ยง

๓) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcome Standards) เน้นที่ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการ เช่น อัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ, ๒๕๖๑)

๔.๒.๒ การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เป็นกระบวนการประเมินภายนอกที่เน้นการตรวจสอบว่าการให้บริการสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ต้องมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓)

การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีขั้นตอนสำคัญดังนี้

๑) การประเมินตนเอง (Self-Assessment) การทบทวนภายในเพื่อระบุจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุง

๒) การพัฒนาระบบและกระบวนการ (System and Process Improvement) การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน

๓) การประเมินภายนอก (External Survey) การตรวจสอบโดยผู้ประเมินภายนอกเพื่อยืนยันว่ามาตรฐานถูกปฏิบัติตามอย่างครบถ้วน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๖๐)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒.๓ มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals)

มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น ความผิดพลาดทางการแพทย์ การให้ยาผิด หรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภัทรธิดา โภคาพันธ์, ๒๕๕๕)

มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญได้แก่

๑) การระบุผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (Correct Patient Identification) การใช้ระบบยืนยันตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการให้บริการผิดพลาด

๒) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication) การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด

๓) การใช้ยาอย่างปลอดภัย (Safe Medication Practices) การตรวจสอบการใช้ยาเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการจ่ายยา (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๖๐)

๔.๒.๔ บทบาทของมาตรฐานโรงพยาบาลในการบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์ที่ช่วยในการบริหารความเสี่ยง โดยมาตรฐานเหล่านี้ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถระบุและจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและบุคลากร และส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร (ผ่องพรรณ จันทน์สมบัติ, ๒๕๖๑)

มาตรฐานช่วยให้โรงพยาบาลมีระบบการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เช่น การใช้ระบบ Risk Reporting และ Root Cause Analysis ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และการพัฒนา Safety Culture ที่สนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรายงานและจัดการกับความเสี่ยง (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓)

การบูรณาการมาตรฐานเหล่านี้เข้ากับกระบวนการบริหารความเสี่ยงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง ลดความเสี่ยงในการให้บริการ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

๔.๓ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (Risk Management Models in Hospitals)

๔.๓.๑ แนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีหลากหลาย อาทิ KLS Model ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในองค์กรในการระบุและจัดการความเสี่ยง และ ROIET Model ที่มุ่งเน้นการบูรณาการระหว่างการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ภัทรธิดา โภคาพันธ์, ๒๕๕๕)

๔.๓.๒ กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากล

การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานสากลมักประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การรวบรวมข้อมูลเพื่อระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

๒) การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and System Design) การกำหนดนโยบายและกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม

๓) การดำเนินงาน (Implementation) การนำแผนไปปฏิบัติจริงพร้อมการติดตามผล

๔) การประเมินและปรับปรุง (Evaluation and Improvement) การตรวจสอบและปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓)

๔.๓.๓ ตัวอย่างการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลชั้นนำ โรงพยาบาลชั้นนำเช่น โรงพยาบาลศิริราช และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้นำแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เข้มงวดมาใช้ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และการใช้ระบบ Incident Reporting System ที่ช่วยให้บุคลากร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย (ผ่องพรรณ จันธนมบัติ, ๒๕๖๑)

๔.๓.๔ ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง

ปัจจัยความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง ได้แก่

๑) การมีส่วนร่วมของผู้นำองค์กร (Leadership Involvement): การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง

๒) วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture): การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง

๓) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ (Training and Skill Development): การให้ความรู้และทักษะแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง (ภทริธิตา โภคาพันธ์, ๒๕๕๕)

อุปสรรคที่อาจพบ ได้แก่

๑) การขาดทรัพยากร (Resource Constraints) ขาดงบประมาณหรือบุคลากรเพียงพอในการบริหารความเสี่ยง

๒) การขาดความเข้าใจ (Lack of Awareness) บุคลากรบางส่วนอาจไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง

๓) ความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to Change) บุคลากรอาจไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเดิม (ผ่องพรรณ จันธนมบัติ, ๒๕๖๑)

การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔.๔ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง

๔.๔.๑ ความหมายและหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

เป็นกระบวนการวิจัยที่เน้นการแก้ปัญหาและพัฒนาการปฏิบัติงานในบริบทจริง โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นทั้งผู้ปฏิบัติและผู้วิจัยในเวลาเดียวกัน จุดมุ่งหมายหลักคือการสร้างความเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงคุณภาพการทำงานในองค์กรอย่างต่อเนื่อง (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘) การวิจัยลักษณะนี้มักจะเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Carr & Kemmis, ๒๐๐๓)

๔.๔.๒ กระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart Kemmis & McTaggart

(๑๙๘๘)

ได้นำเสนอโมเดลการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่รู้จักกันในชื่อ PAOR ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนหลัก ได้แก่

๑. Planning (การวางแผน): การระบุปัญหาและวางแผนแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

๒. Action (การดำเนินการ): การนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติจริงในบริบทขององค์กร

๓. Observation (การสังเกต): การติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานเพื่อประเมินผล

๔. Reflection (การสะท้อนผล): การวิเคราะห์ผลลัพธ์และหาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการปฏิบัติงานครั้งถัดไป กระบวนการนี้เป็นลักษณะวนซ้ำ (Cyclical Process) ซึ่งสามารถนำกลับไปปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องได้ตลอดเวลา (McNiff, ๒๐๑๓)

๔.๔.๓ การนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง เนื่องจากช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น การใช้กระบวนการนี้ในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

(Clinical Pathways) และการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความปลอดภัย (Reason, ๒๐๐๐) นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาองค์กร ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (Whitehead et al., ๒๐๐๓)

๔.๔.๔ ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในโรงพยาบาล

มีงานวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เช่น

๑) การพัฒนาระบบการรายงานและจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งใช้กระบวนการ PAOR เพื่อปรับปรุงระบบรายงานความเสี่ยง ทำให้จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของบุคลากรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (อภิขญา อารีเอื้อ, ๒๕๖๖)

๒) การปรับปรุงระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง ทำให้การจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (นภัสภรณ์ เจริญสะอาด, ๒๕๖๑)

๓) การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคลากรด้านการบริหารความเสี่ยง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบการดูแลผู้ป่วย (ภัทรธิตา โภคาพันธ์, ๒๕๕๕)

การวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๕ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนในการให้บริการ การบริหารความเสี่ยงมีบทบาทในการป้องกันและลดโอกาสการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากร และชื่อเสียงขององค์กร (Supachutikul, ๒๐๐๑) การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การพลัดตกหกล้ม การลืมนำยาผิดประเภทในร่างกาย การผ่าตัดผิดตำแหน่ง การฆ่าตัวตาย และการให้การรักษาที่ล่าช้า ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิต (ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ, ๒๕๖๑) แม้ว่าโรงพยาบาลจะดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพอย่างเข้มงวด แต่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ยังคงสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของประเทศ (Institute for Hospital Quality Assurance and Development, ๒๐๐๓) ดังนั้น การตรวจสอบ ค้นหา และรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น (Kemmis & McTaggart, ๑๙๙๐)

โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และนำกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการยกระดับมาตรฐานการให้บริการ อย่างไรก็ตาม จากการขยายบริการในด้านต่าง ๆ และจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้พบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, ๒๕๖๕) จากการทบทวนข้อมูลระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๕ มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวมทั้งสิ้น ๘,๖๕๔ เหตุการณ์ ซึ่งรวมถึงอุบัติการณ์ระดับ E-I ที่ต้องการการจัดการเชิงระบบ การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับความปลอดภัยและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๖๐)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลประกอบด้วย การมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกกระดับ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการ และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (ภัทรริตา โกคาพันธ์, ๒๕๕๕) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลตอมตแดงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน ตลอดจนยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานสากล การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกขั้นตอนของการวิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

๔.๕.๑ วัตถุประสงค์การวิจัย

- ๑) เพื่อศึกษาบริบทของการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี
- ๓) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๕.๒ คำถามการวิจัย

- ๑) บริบทของการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร
- ๒) กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีลักษณะอย่างไร
- ๓) ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงส่งผลต่อคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตอมตแดง จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไร

๔.๖ วิธีการดำเนินการวิจัย

๔.๖.๑ รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลโดยไม่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรง

๔.๖.๒ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้อาศัยข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้

๑. เอกสารทางวิชาการ เช่น งานวิจัยในวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุข, วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง
๒. มาตรฐานการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เช่น แนวทางการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA: Hospital Accreditation)
๓. แนวทางและระเบียบของหน่วยงานรัฐ เช่น เอกสารจากสำนักงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
๔. ฐานข้อมูลออนไลน์ เช่น PubMed, Google Scholar และแหล่งข้อมูลสาธารณะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖.๓ กระบวนการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้อาศัย ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งหมายถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยที่มีการเผยแพร่แล้ว โดยเน้นการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ โดยกระบวนการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอนหลัก ได้แก่

๑. การคัดเลือกเอกสารและแหล่งข้อมูล

ในขั้นตอนแรกของการเก็บข้อมูล จะทำการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ กำหนดช่วงเวลาของเอกสารที่ใช้: งานวิจัยหรือบทความที่นำมาวิเคราะห์จะต้องเป็นงานที่ ตีพิมพ์ภายในช่วง ๕ ปีล่าสุด เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ใช้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับแนวโน้มการบริหารความเสี่ยงในปัจจุบัน

๑.๒ คัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล: งานวิจัยหรือบทความต้องมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ มาตรการบริหารความเสี่ยง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) หรือระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย

๑.๓ เลือกเฉพาะเอกสารที่ผ่านการตรวจสอบทางวิชาการ (Peer-reviewed): เอกสารที่นำมาใช้ต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่ามีความถูกต้องและเชื่อถือได้

๑.๔ ใช้แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย: แหล่งข้อมูลที่ใช้ต้องเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เช่น

๑.๔.๑ PubMed (ฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

๑.๔.๒ Scopus (ฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์และการแพทย์)

๑.๔.๓ Google Scholar (ฐานข้อมูลวิชาการแบบเปิด)

๑.๔.๔ ThaiJO (Thai Journal Online) ฐานข้อมูลวารสารวิชาการของไทย

๑.๔.๕ เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์การระหว่างประเทศ

เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์การอนามัยโลก (WHO)

๒. การสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

เมื่อได้เอกสารที่เกี่ยวข้องแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพรวมของแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล โดยใช้ ๒ วิธีการหลัก ได้แก่

๒.๑ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใช้วิธี

๒.๑.๑ Thematic Analysis Thematic Analysis (การวิเคราะห์ธีม) เป็นวิธีที่ใช้จำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากเอกสาร โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นหัวข้อสำคัญ เช่น

๑) แนวทางการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๒) มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals)

๓) ตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล

๔) อุปสรรคและความท้าทายในการบริหารความเสี่ยง

๒.๑.๒ เมื่อจัดกลุ่มข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จะมีการ วิเคราะห์แนวโน้มและความเชื่อมโยง ระหว่างแนวทางในแต่ละแหล่งข้อมูลนำเสนอ

๒.๒ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis)

๒.๒.๑ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ใช้เพื่อศึกษาความแตกต่างและความคล้ายคลึงกัน ระหว่างแนวปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวอย่างการเปรียบเทียบ เช่น

๑) โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ (HA) กับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๒) ระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในประเทศไทยเทียบกับประเทศอื่น ๆ

๓) การเปรียบเทียบนี้ช่วยให้เห็นแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลตอมตแดง

๓. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง และปราศจากอคติ การวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หลายแนวทาง โดยเฉพาะการใช้หลักการ การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการประเมินความน่าเชื่อถือของเอกสารที่นำมาใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation Method)

การตรวจสอบแบบสามเส้าเป็นแนวทางที่ใช้ในการเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลโดยอ้างอิงจากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันความถูกต้องของเนื้อหา ซึ่งช่วยลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการพึ่งพาแหล่งข้อมูลเพียงแหล่งเดียว

๑) การตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลหลายประเภท ในกระบวนการวิจัยนี้ ข้อมูลที่ใช้จะถูกเปรียบเทียบจาก ๓ แหล่งหลัก ได้แก่

๑. เอกสารวิชาการ (Academic Papers)

๑.๑ เป็นข้อมูลจากวารสารทางวิชาการที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed Journals)

๑.๒ มีการเผยแพร่ในวารสารที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ เช่น Scopus, PubMed, Web of Science, ThaiJO

๑.๓ งานวิจัยที่ใช้จะต้องมาจาก วารสารที่มีค่าดัชนีอ้างอิงสูง (Impact Factor) และได้รับการตีพิมพ์ภายในช่วง ๕ ปีล่าสุด

๒. แนวทางขององค์กรที่เกี่ยวข้อง (Regulatory and Institutional Guidelines)

๒.๑ ข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข, องค์การอนามัยโลก (WHO), คณะกรรมการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA Thailand)

๒.๒ เอกสารที่ออกโดยองค์กรเหล่านี้มักเป็นมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

๓. กรณีศึกษา (Case Studies) จากโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานสูง

๓.๑ ศึกษาแนวปฏิบัติจากโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

๓.๒ เปรียบเทียบแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อนำมาสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่เหมาะสม

๔.๖.๔ จริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)

การวิจัยครั้งนี้จัดอยู่ในประเภทความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากการวิจัยเชิงพัฒนาระบบภายในโรงพยาบาล โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงโดยตรง เช่น ผู้ป่วยหรือกลุ่มเปราะบาง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นเพียงข้อมูลความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรเท่านั้น เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดทางจริยธรรม ผู้วิจัยได้ยื่นคำขอยกเว้นการขออนุญาตวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจนและให้ความยินยอมโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

แม้ว่าโรงพยาบาลดอนมดแดงจะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและการบริหารความเสี่ยงก็มีความสำเร็จที่โดดเด่นในหลายด้าน โดยมีการปรับวิธีการให้เหมาะสมกับขนาดและบริบทของพื้นที่ ผลสำเร็จสามารถสรุปได้ดังนี้

๕.๑.๑ การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงแบบเรียบง่ายและมีประสิทธิภาพ

๑) การวางแผน (Planning) โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับขนาดของหน่วยงาน เน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการป้องกันความเสี่ยง

๒) การดำเนินงาน (Action) มีการอบรมบุคลากรให้สามารถระบุและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ง่ายและรวดเร็ว โดยใช้ระบบการรายงานแบบง่าย เช่น การรายงานผ่านสมาร์ตโฟนหรือการแจ้งเตือนผ่านกลุ่มแชท ซึ่งช่วยลดขั้นตอนที่ซับซ้อนและทำให้การตอบสนองรวดเร็วขึ้น

๓) ผลลัพธ์ที่ได้ จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจากหลักสิบเป็น กว่า ๑๕๐ อุตการณ์ต่อปี ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักรู้ของบุคลากรต่อความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง อัตราการตอบสนองและแก้ไขปัญหาเพิ่มขึ้นกว่า ๘๐% ทำให้สามารถป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๑.๒ การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในรูปแบบที่เข้าถึงง่าย

๑) การเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge Enhancement) โรงพยาบาลจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการเรียนรู้แบบลงมือทำจริง (Hands-on Training) ซึ่งช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน โดยความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นกว่า ๘๕% หลังการอบรม

๒) การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Staff Engagement) การสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้รางวัลหรือการยกย่องในที่ประชุมสำหรับผู้ที่รายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๕.๑.๓ การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับขนาดขององค์กร

๑) ระบบการรายงานที่เข้าถึงง่าย (Accessible Reporting System) โรงพยาบาลได้พัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น การใช้แอปพลิเคชันง่าย ๆ หรือการแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้บุคลากรสามารถรายงานเหตุการณ์ได้ทันทีโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ซับซ้อน

๒) การติดตามผลแบบเรียลไทม์ (Real-time Monitoring) ใช้ระบบแดชบอร์ดที่เรียบง่ายในการติดตามผลการรายงานและการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้บริหารสามารถตรวจสอบและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงที

๕.๑.๔ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรขนาดเล็ก

๑) การประกาศนโยบายความปลอดภัย (Safety Policy) แม้จะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่โรงพยาบาลดอนมดแดงได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรและผู้ป่วยทุกคน ทำให้เกิดการตระหนักรู้และการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

๒) การสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพ (Effective Internal Communication) เนื่องจากขนาดขององค์กรที่ไม่ใหญ่ การสื่อสารภายในจึงมีความคล่องตัว สามารถจัดประชุมหารือเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และบุคลากรทุกคนรู้สึกว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลดอนมดแดงได้รับการประเมินผลเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและผลกระทบของการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผลสำเร็จที่ได้สามารถสรุปในประเด็นสำคัญดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน

๕.๒.๑ การเพิ่มขึ้นของจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ (Incident Reporting)

๑) ก่อนการพัฒนา จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากบุคลากรขาดความตระหนักและการเข้าถึงระบบรายงานที่สะดวก

๒) หลังการพัฒนา จำนวนการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น ๑๕๐-๒๐๐ รายต่อปี โดยการใช้ระบบรายงานที่เข้าถึงง่ายผ่านโทรศัพท์มือถือและการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรรายงานปัญหาอย่างต่อเนื่อง

๓) อัตราการเพิ่มขึ้น จำนวนการรายงานเพิ่มขึ้นประมาณ ๘๐-๑๐๐% เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา สะท้อนถึงความตระหนักและการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรในองค์กร

๕.๒.๒ การปรับปรุงระดับความรู้ของบุคลากร (Knowledge Improvement)

๑) ก่อนการพัฒนา ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรเฉลี่ยอยู่ที่ ๖๐-๖๕% โดยมีความเข้าใจในกระบวนการเพียงบางส่วน

๒) หลังการพัฒนา หลังจากการอบรมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นเป็น ๘๕-๙๐% โดยเฉพาะในด้านการระบุความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง และการจัดการปัญหาอย่างมีระบบ

๓) อัตราการเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ย (Mean) ของระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

๕.๒.๓ การปรับปรุงประสิทธิภาพการตอบสนองต่อความเสี่ยง (Risk Response Efficiency)

๑) ก่อนการพัฒนา อัตราการตอบสนองและแก้ไขปัญหาความเสี่ยงอยู่ที่ประมาณ ๖๐-๖๕% เนื่องจากขั้นตอนการรายงานและการจัดการที่ซับซ้อน

๒) หลังการพัฒนา การปรับปรุงระบบการรายงานและติดตามผลแบบเรียลไทม์ช่วยเพิ่มอัตราการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น ๘๕-๙๐% ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว

๓) อัตราการเพิ่มขึ้น เวลาการตอบสนองเฉลี่ยลดลงจาก ๔๘ ชั่วโมง เหลือเพียง ๒๔ ชั่วโมง หลังการพัฒนาระบบ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาลดอนมดแดงไม่เพียงแต่สร้างผลสำเร็จในเชิงปริมาณและคุณภาพเท่านั้น แต่ยังมี การนำไปใช้ประโยชน์และสร้างผลกระทบในหลายด้าน ดังนี้

๖.๑ การยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพ

๑) ผลกระทบโดยตรง การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงช่วยให้โรงพยาบาลสามารถลดข้อผิดพลาดในการให้บริการสุขภาพ ลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพการดูแลรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

๒) การใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการรายงานความเสี่ยงเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกระดับ ตั้งแต่การให้บริการผู้ป่วยไปจนถึงการบริหารจัดการภายในองค์กร

๖.๒ การพัฒนาทักษะและศักยภาพบุคลากร

๑) ผลกระทบโดยตรง บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะในการบริหารความเสี่ยง การระบุและจัดการอุบัติการณ์ ส่งผลให้บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) การใช้ประโยชน์ ทักษะเหล่านี้สามารถถ่ายทอดไปยังบุคลากรใหม่และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานในอนาคต ช่วยสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน

๖.๓ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

๑) ผลกระทบโดยตรง การบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบช่วยสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ทำให้บุคลากรทุกระดับมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงและการรักษาความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

๒) การใช้ประโยชน์ วัฒนธรรมนี้สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายโรงพยาบาลในภูมิภาค เพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยในวงกว้าง

๖.๔ การปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ

๑) ผลกระทบโดยตรง การนำระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพมาใช้ช่วยปรับปรุงการบริหารจัดการในระดับองค์กร ลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการทำงาน และเพิ่มความโปร่งใสในการจัดการอุบัติการณ์

๒) การใช้ประโยชน์ ระบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริหารจัดการด้านอื่น ๆ เช่น การจัดการทรัพยากรบุคคล การควบคุมคุณภาพ และการบริหารงบประมาณ

๖.๕ การเพิ่มความเชื่อมั่นของชุมชนและผู้รับบริการ

๑) ผลกระทบโดยตรง เมื่อคุณภาพการบริการสุขภาพดีขึ้นและความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความเชื่อมั่นของชุมชนที่มีต่อโรงพยาบาลก็ดีขึ้นไปด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น

๒) การใช้ประโยชน์ โรงพยาบาลสามารถใช้ความเชื่อมั่นนี้ในการสร้างความร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การต้านทานการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร บุคลากรบางส่วนไม่ยอมรับระบบใหม่หรือนโยบายใหม่

๗.๒ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทรัพยากรทางการเงินไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบหรือจัดหาเทคโนโลยี

๗.๓ ความซับซ้อนของระบบรายงาน ระบบรายงานอุบัติการณ์มีขั้นตอนที่ซับซ้อนและยากต่อการเข้าถึง

๗.๔ การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงและการใช้เทคโนโลยี

๗.๕ ความไม่สอดคล้องของข้อมูล: ข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๗.๖ การฝึกอบรมที่ไม่ต่อเนื่อง: การอบรมไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ

๗.๗ ระบบติดตามและประเมินผลที่ไม่ชัดเจน: การติดตามผลหลังการรายงานขาดความเป็นระบบและโปร่งใส

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การขาดความตระหนักรู้ของบุคลากร บุคลากรบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์และการบริหารความเสี่ยง

๘.๒ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณและบุคลากรไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

๘.๓ ระบบการรายงานที่ซับซ้อน กระบวนการรายงานอุบัติการณ์มีความยุ่งยาก ทำให้บุคลากรไม่สะดวกในการใช้งาน

๘.๔ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง เมื่อไม่มีการสนับสนุนเชิงนโยบายหรือทรัพยากรจากผู้บริหาร อาจทำให้การพัฒนาระบบหยุดชะงักหรือไม่ต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จัดอบรมอย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาทักษะบุคลากรเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอ

๙.๒ ปรับปรุงระบบรายงานให้ใช้งานง่าย ลดขั้นตอนที่ซับซ้อนในระบบรายงานอุบัติการณ์ เพื่อให้บุคลากรเข้าถึงและใช้งานได้สะดวกขึ้น

๙.๓ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร จัดตั้งระบบรางวัลหรือการยกย่องสำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในการบริหาร ความเสี่ยงอย่างโดดเด่น

๙.๔ เพิ่มการสนับสนุนจากผู้บริหาร ควรส่งเสริมให้ผู้บริหารระดับสูงเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น

ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบ เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการตีพิมพ์วารสารสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน -

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นายธนากร ศรีธรรม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๑๗ / กพ. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธนากร ศรีธรรม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายวุฒิตี พบลาก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่) ๑๗ / กพ. / ๒๕๖๕

(ลงชื่อ)
(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๑๘ / ๑๐ / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป
หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือ
ขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

สุขภาพจิตในที่ทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของบุคลากร โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่บุคลากรต้องเผชิญกับภาระงานที่หนัก ความกดดันจากการดูแลผู้ป่วย และความคาดหวังจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียด ความเหนื่อยล้า และภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสม (WHO, ๒๐๒๐) บุคลากรทางการแพทย์มักต้องทำงานในสภาวะแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งจากความซับซ้อนของอาการผู้ป่วยและการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังต้องรับมือกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคหรือวิกฤตทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเครียดสะสมและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเรื้อรังได้ (Shanafelt et al., ๒๐๑๕) ความเครียดในที่ทำงานไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อสุขภาพจิตของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและบรรยากาศการทำงานในองค์กรด้วย บุคลากรที่เผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องมักแสดงออกผ่านพฤติกรรมที่ลดทอนประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น การขาดงานบ่อย การลดทอนความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการเกิดข้อผิดพลาดในการทำงานมากขึ้น (Maslach & Leiter, ๒๐๑๖) หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม องค์กรอาจเผชิญกับปัญหาการสูญเสียบุคลากรที่มีศักยภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างครอบคลุม โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด ความรับผิดชอบที่สูงในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ (Nantsupawat et al., ๒๐๑๙) การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัย มีความสุข และมีแรงจูงใจในการทำงาน งานวิจัยพบว่า การมีโปรแกรมสนับสนุนสุขภาพจิตในที่ทำงานสามารถลดอัตราการลาป่วย เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน และส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้อย่างชัดเจน (Joyce et al., ๒๐๑๖) นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เน้นให้ความสำคัญกับสุขภาวะที่ดีของบุคลากรในทุกมิติ รวมถึงสุขภาพจิต โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีความสุขและลดความเครียด (WHO, ๒๐๒๑)

ในบริบทของโรงพยาบาลดอนมดแดง การส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรสามารถทำได้ผ่านการจัดกิจกรรมที่เน้นการผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการบริหารจัดการอารมณ์ การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมภายในองค์กร และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้แก่บุคลากรเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อีกด้วย (Bakker et al., ๒๐๒๐)

ดังนั้น การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลดอนมดแดงจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร พัฒนาคุณภาพการให้บริการ และสร้างความยั่งยืนให้กับระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อประเมินระดับความเครียดและสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลดอนมดแดง
๒. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผ่อนคลายในการทำงานของบุคลากร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและสุขภาพจิตในระยะยาว การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตในที่ทำงานควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเครียดจากการทำงานล่วงเวลา การขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน หรือผู้บริหาร รวมถึงความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม หรือขาดพื้นที่สำหรับการพักผ่อน

การวิเคราะห์นี้สามารถใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามสุขภาพจิต การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าใจถึงสาเหตุของความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตแล้ว สามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม เช่น การจัดอบรมทักษะการจัดการความเครียด การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒ แนวความคิด

การส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานสามารถดำเนินการได้ผ่านการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร แนวคิดหลักคือการเน้นที่ความสมดุลระหว่างการทำงานและการพักผ่อน (Work-Life Balance) และการสนับสนุนจากผู้บริหารในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี การนำแนวคิดของ "องค์กรแห่งความสุข" (Happy Workplace) มาใช้สามารถช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างยั่งยืน

แนวทางหนึ่งคือการจัดโปรแกรมฝึกอบรมและกิจกรรมที่เน้นการผ่อนคลาย เช่น การฝึกโยคะ การทำสมาธิ หรือการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมความสามัคคีและการสื่อสารที่ดีในที่ทำงาน นอกจากนี้ยังสามารถจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ (Peer Support Group) ที่ให้บุคลากรสามารถแบ่งปันประสบการณ์และรับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานได้ การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรในระยะยาว

๓.๓ ข้อเสนอ

เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลดอนมดแดง ควรมีการดำเนินโครงการที่หลากหลายและครอบคลุมทุกมิติของการทำงาน ข้อเสนอแรกคือการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการพัฒนาทักษะการสื่อสารในที่ทำงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถรับมือกับความกดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในที่ทีม เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ หรือการจัดวันพักผ่อนร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร

อีกข้อเสนอหนึ่งคือการจัดตั้งพื้นที่พักผ่อนในโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสุขภาพจิต เช่น ห้องสงบสำหรับการผ่อนคลาย หรือมุมสีเขียวที่ช่วยลดความตึงเครียด การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญควรเป็นอีกหนึ่งบริการที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับบุคลากร นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงานและมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมจะช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

หนึ่งในข้อจำกัดหลักในการส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานคือข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร เนื่องจากโรงพยาบาลอาจมีงบประมาณจำกัดในการจัดกิจกรรมหรือการจ้างผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา แนวทางแก้ไขคือการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การเชิญวิทยากรจากภายนอกมาฝึกอบรมในช่วงเวลาสั้น ๆ หรือการใช้พื้นที่ภายในโรงพยาบาลในการจัดกิจกรรมผ่อนคลาย

อีกข้อจำกัดหนึ่งคือการต้านทานการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากร เนื่องจากบางคนอาจไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตหรือรู้สึกไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม แนวทางแก้ไขคือการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพจิตผ่านการสื่อสารที่ชัดเจนและการแสดงผลลัพธ์เชิงบวกจากโครงการที่ผ่านมา

นอกจากนี้ยังสามารถใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้รางวัลหรือการยกย่องบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิต

ข้อจำกัดสุดท้ายคือการขาดเวลาของบุคลากรในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากภาระงานที่หนักและเวลาทำงานที่ยาวนาน แนวทางแก้ไขคือการจัดกิจกรรมที่ใช้เวลาไม่นาน เช่น การฝึกสมาธิสั้น ๆ ในช่วงพักกลางวัน หรือการจัดกิจกรรมออนไลน์ที่สามารถเข้าร่วมได้ตามสะดวก ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าร่วมได้โดยไม่กระทบต่อการทำงานประจำ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ บุคลากรมีระดับความเครียดและภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานลดลง ส่งผลให้บุคลากรมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

๔.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการให้บริการผู้ป่วย เมื่อบุคลากรมีสุขภาพจิตที่ดี จะช่วยเพิ่มสมาธิ ความคิดสร้างสรรค์ และการตัดสินใจในการทำงาน

๔.๓ สร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อความร่วมมือและความสามัคคีในทีม ลดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรและส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน

๔.๔ โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนสุขภาพจิตที่ยั่งยืนสำหรับบุคลากร สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาแผนงานสุขภาพจิตระยะยาวในองค์กรต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละของบุคลากรที่มีระดับความเครียดลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

๕.๒ ร้อยละของบุคลากรที่แสดงความพึงพอใจในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับปานกลางขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(นายธนากร ศรีธรรม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๑๗ / กพ. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นายธนากร ศรีธรรม

ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๖
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๕
๓. ค่าโครงการงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๕
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๖
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๕
รวม	๑๐๐	๗๑

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(/) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ)

(นายวุฒิตี พบบลา)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่) ๑๗ / ๓๗ / ๒๕๖๕

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

() เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) / ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๕

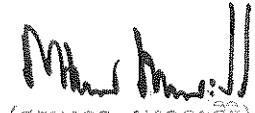
หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
- () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

— ภายนอกเขตเทศบาล นครธรรม,

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี  (สรองกต. มงคละสิริ).....
(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
(วันที่) / ๐๑ / ๑๓๓๗ ๒๕๕๖