

# (สำเนา)

ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๘๖/๒๕๕๔ เรื่องมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารบุคคล) และคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๖๔๐๓๕/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๘ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน	เภสัชกร ชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาจะหลวย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๒.	นางสาวธนิศา ภูราชพล	เภสัชกร ชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาจะหลวย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๓.	นายธัชชนนท์ ศรีไชย	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภารกิจสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ
๔.	นายพงศ์ดิษฐ์า มรดก	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ
๕.	นายสมใจ คำมุงกุล	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาจะหลวย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
๖.	จำเอน ขจรศักดิ์ เต็มดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาจะหลวย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาจะหลวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

- |    |                        |  |  |
|----|------------------------|--|--|
| ๗. | นางศุภธินี หล้ามาชน    | นักสาธารณสุข<br>ชำนาญการ<br>(ด้านบริการทางวิชาการ)     | จังหวัดอุบลราชธานี<br>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุญศรี<br>กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป  |
| ๘. | นางสาวรุ่งนภา งามสะอาด | นักรังสีการแพทย์<br>ชำนาญการ<br>(ด้านบริการทางวิชาการ) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี<br>โรงพยาบาลดอนมดแดง<br>กลุ่มงานรังสีวิทยา |

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ร้อยตรี สรมงคล มงคละสิริ

(สรมงคล มงคละสิริ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

สำเนาถูกต้อง

(นางธิดารัตน์ บุญทรง)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

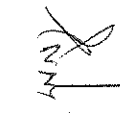
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


๑๑ เมษายน ๒๕๖๘

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมวดหมู่
๑	นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวางจะหลาย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรปฏิบัติการ	๑๗๗๒๑๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวางจะหลาย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ตำแหน่งเภสัชกรรมคลินิก)	๑๗๗๒๑๗	เลื่อนระดับ
๒	นางสาวธนิศา ภูราชพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวางจะหลาย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรปฏิบัติการ	๑๑๗๑๖๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวางจะหลาย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ตำแหน่งเภสัชกรรมคลินิก)	๑๑๗๑๖๖	เลื่อนระดับ

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ผลการดำเนินการระบบรับลดทางเภสัชกรรมเพื่อลดการพึ่งพาจากการใช้ยาในคลินิกสุขภาพจิต"  
ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนางานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน (เภสัชกรเยี่ยมบ้าน) โรงพยาบาลนวางจะหลาย"  
รายละเอียดคำโครงการ "แบบท้ายประกาศ"

  
(นางพรรษา ชุ่มชุมผล)

  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


ร.ก. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ตำแหน่งเสริมพัฒนา)

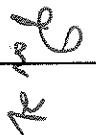


บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
 เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
 ระดับชำนาญการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นายธัชชนนท์ ศรีไชย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภารกิจสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๗๑๑๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภารกิจสนับสนุนการดำเนินงานเขตสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ตำแหน่งบริหารทางการแพทย์)	๒๓๗๑๑๙	เลื่อนระดับ
๔	นางอภิญญา มรรคก	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๗๒๒๙	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ตำแหน่งบริหารทางการแพทย์)	๒๓๗๒๒๙	เลื่อนระดับ

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ผลของโปรแกรม สด ละ เลิกบุหรี่ ในผู้ที่มีความสนใจเลิกสูบบุหรี่" อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี  
 ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาในรูปแบบหมู่บ้านเพื่อ สด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี"  
 รายละเอียดค่าใช้จ่ายประกาศ "แบบท้ายประกาศ"




  
 (นางกฤษณา ชื่นชูผล)  
 นายธีระพงษ์ แก้วภมร  
 รมว.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ตำแหน่งเสริมพัฒนา)

๑๐๐%  


บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
 เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประมงทวิวิชาการ  
 ระดับชำนาญการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	จำเอก ขจรศักดิ์ เต็มดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวมจะหลวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิทยาศาสตร์สุขภาพปฏิบัติการ	๒๓๓๑๕๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวมจะหลวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิทยาศาสตร์สุขภาพชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๓๑๕๙	เลื่อนระดับ
๖	นายสมใจ คำมุงคุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวมจะหลวย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นักวิทยาศาสตร์สุขภาพปฏิบัติการ	๗๖๓๕๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนวมจะหลวย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นักวิทยาศาสตร์สุขภาพชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๖๓๕๙	เลื่อนระดับ

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "สภาวะทางจิตวิญญาณผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อำเภอจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี"  
 ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยการสร้างเครือข่ายการให้บริการในชุมชน โดยมีส่วนร่วมของ อสม. และแกนนำชุมชน อำเภอจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี"  
 รายละเอียดคำโครงการผลงาน "แบบท้ายประกาศ"


  
 (นางนงนุช ชื่นชูผล)  
 รก. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ดำรงส่งเสริมพัฒนา)  
  

  
 (นายธีระพงษ์ แก้วถาวร)  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๐๐%

บัญชีรายละเอียดแบบทำยประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
 เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
 ระดับชำนาญการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเดิม	ส่วนราชการ/ตำแหน่งใหม่ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเดิม	หมายเหตุ
๗	นางศุภรัตน์ หล้ามาชน	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจสิริก กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักสาธารณสุขปฏิบัติการ	๗๖๔๐๕	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจสิริก กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๖๔๐๕	เลื่อนระดับ
๘	นางสาวรุ่งนภา นามสะอาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มงานรังสีวิทยา นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	๑๗๘๘๖๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มงานรังสีวิทยา นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๗๘๘๖๐	เลื่อนระดับ

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี"  
 ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะเวลาการคอยของผู้รับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง"  
 รายละเอียดได้โครงการผลงาน "แบบทำยประกาศ"

*Kim Spyne*  
 (นางพรพรรณ ชื่นชูผล)

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)



รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

*9 am*

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมในการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นสูตร TLD ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลนาจะหลวย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. ความรู้ทางวิชาการด้านระบาดวิทยา พยาธิวิทยา แนวทางการตรวจรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี

๒. ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวี เภสัชวิทยาของยาต้านไวรัสเอชไอวี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

### ๔.๑. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวีปี ๒๕๖๕ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ๓๙.๐ ล้านคนทั่วโลก โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๑.๓ ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ๖๓๐,๐๐๐ คน องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายในการยุติปัญหาการแพร่ระบาดเอชไอวี ในปี พ.ศ.๒๕๗๓ และภายในปี ๒๕๖๘ ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทั่วโลกควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ร้อยละ ๙๕ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ ๙๕ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาควรควบคุมปริมาณไวรัสได้ตามเป้าหมายร้อยละ ๙๕ แนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓-๒๕๖๕ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงร้อยละ ๔๕ จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดลงร้อยละ ๖๕ ในปี ๒๕๖๕ มีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ๕๖๑,๕๗๘ คน มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ๑๐,๙๗๒ คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๙,๒๓๐ คน ปัจจุบันการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวีในประเทศไทยได้มีการพัฒนา ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเข้าถึงยาต้านเอชไอวีอย่างครอบคลุมและ ขยายขอบเขตการให้บริการไปยังสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ อย่างครอบคลุมทั้งประเทศ

แนวทางการรักษาในประเทศไทยและนานาชาติ แนะนำสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังนี้ แนวทางการรักษา WHO ๒๐๒๑ แนะนำ DTG + XTC/TDF เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา แนวทางการรักษา EACS ๒๐๒๑ แนะนำ DTG/๓TC ในสูตรยาพื้นฐาน และยังเป็นสูตรแนะนำในแนวทางการรักษา IAS-USA ๒๐๒๐ และแนวทางการรักษา DHHS ๒๐๒๑ ส่วนแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี๒๕๖๔-๒๕๖๕ สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกได้แก่ (TAF หรือTDF) + (๓TC หรือFTC) + DTG แนะนำเป็น fixed dose combination ที่เรียกว่า TLD คือ tenofovir/lamivudine/dolutegravir จากประกาศคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ขึ้นทะเบียนบัญชียาหลักแห่งชาติ ยา TLD บัญชี ก และยา Dolutegravir (DTG) บัญชี ค ด้านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) อนุมัติการนำยา TLD และยา Dolutegravir (DTG) เข้าสู่สิทธิประโยชน์ของทั้ง ๒ กองทุน ด้านสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศดำเนินงานปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านเอชไอวีสูตรใหม่ (TLD transition) โดยตั้งแต่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ สามารถปรับเปลี่ยนสูตรยาในผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ตามแนวทางการรักษา

โรงพยาบาลนาจะหลวย มีการจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับให้บริการตรวจรักษา และจ่ายยาต้านไวรัส ให้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีแบบ one stop service โดยใช้ชื่อ “คลินิกฟ้าใส” มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ และบทบาทของเภสัชกรในการบริหารเภสัชกรรมในคลินิกฟ้าใส มีการพัฒนาตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย จากการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี๒๕๖๔-๒๕๖๕ การบริหารเภสัชกรรมจึงมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยวางแผนแนวทางปรับเปลี่ยนสูตรยาร่วมกับสหวิชาชีพ การให้ความรู้เรื่องสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใหม่ การป้องกัน

ความคลาดเคลื่อนด้านยา (Medication Error) และการประเมินผลการรักษาหลังปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส เอชไอวี รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกฟ้าใส เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวี เป็นสูตร TLD ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลนาจะหลวย โดยศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ผลการรักษาโดยพิจารณาจากผล viral load และ CD4 cell count อาการไม่พึง ประสงค์จากยาต้านไวรัส ผลการเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยผลในการศึกษาครั้งนี้นำมา เป็นข้อมูลในการพัฒนาการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกฟ้าใส และการพัฒนาการให้บริการคลินิกฟ้าใส และคลินิกอื่นๆร่วมกับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลนาจะหลวย

#### ๔.๒. วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) ยาหลังจากเปลี่ยนสูตรยา ต้านไวรัสเป็นสูตร TLD
๒. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการรักษา CD4 และ Viral load หลังจากเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็น สูตร TLD
๓. เพื่อติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หลังจากเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตร TLD
๔. เพื่อศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

#### ๔.๓. เป้าหมายของการศึกษา

๑. ทำให้ทราบประสิทธิภาพในการรักษาของสูตรยาต้านไวรัส TLD ผลความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และความคลาดเคลื่อนทางยา หลังจากเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส
๒. ทำให้ทราบผลการดำเนินงานของคลินิกฟ้าใส และการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร
๓. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพและการบริหารทางเภสัชกรรม ในคลินิกฟ้าใสและคลินิกเฉพาะโรคอื่นๆของโรงพยาบาลนาจะหลวย

#### ๔.๔. นิยามศัพท์เฉพาะ

TLD หมายถึง ยาต้านไวรัสสูตรเม็ดรวม ประกอบด้วยยา Tenofovir (TDF) ยา Lamivudine (๓TC) และยา Dolutegravir (DTG)

คลินิกฟ้าใส หมายถึง คลินิกพิเศษสำหรับให้บริการตรวจรักษา และจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีแบบ one stop service ของโรงพยาบาลนาจะหลวย

#### ๔.๕. วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง Retrospective descriptive study โดยเก็บ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

#### ๔.๖. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย ตั้งแต่ช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ที่มีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็น TLD ทุกราย

##### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยที่ขอย้ายสถานบริการ ผู้ป่วยที่ไม่มารับยาอย่าง ต่อเนื่องตามนัดหมาย หรือเสียชีวิต

#### ๔.๗. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

๑. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาแพทย์-พยาบาลคลินิกฟ้าใส
๒. แบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกฟ้าใส
๓. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาคลินิกฟ้าใส
๔. ฐานข้อมูลการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยาโปรแกรม HosXP



#### ๔.๘. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

๑. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
๒. ประสิทธิภาพในการรักษาโดยพิจารณาจากผล viral load และ CD4 cell count, ข้อมูลการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส และวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
๓. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) วิเคราะห์ด้วยสูตรคำนวณ ดังนี้ สูตรที่ใช้ในการคำนวณหาร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา คือ

$$\frac{\text{จำนวนยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยไปครั้งก่อน} - \text{จำนวนยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน}}$$

#### ๔.๙. ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนวรรณกรรมเรื่องแนวทางเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี แนวทางการตรวจรักษาและ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยและนานาชาติ และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาใน ผู้ป่วยเอชไอวี
๒. วางแผนการดำเนินการและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยเอชไอวีที่เปลี่ยนสูตรยาต้าน ไวรัสเอชไอวีเป็นสูตร TLD
๓. ค้นหารายชื่อผู้ป่วยจากฐานข้อมูลการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยาโปรแกรม HosXP ด้วย ICD๑๐ รหัส B๒๔ เป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลนจะหลวย ตั้งแต่ ช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ที่มีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตร TLD ทุกราย
๔. คัดเลือกแบบบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาแพทย์-พยาบาลคลินิกฟ้าใส, แบบบันทึกข้อมูลการบริหาร เภสัชกรรมคลินิกฟ้าใส คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทบทวนเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ของการศึกษา
๕. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft excel
  - ๕.๑. ข้อมูลจากฐานข้อมูลการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยาโปรแกรม HosXP ประกอบด้วย ข้อมูล พื้นฐานของผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ ค่าทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการสั่งจ่ายยาต้านไวรัสที่ ผู้ป่วย
  - ๕.๒. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาแพทย์-พยาบาลคลินิกฟ้าใส ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของ ผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ ค่าทางห้องปฏิบัติการ สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับ
  - ๕.๓. แบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกฟ้าใส ประกอบด้วย การวินิจฉัยของแพทย์ สูตรยาต้านไวรัสเดิม-สูตรยาต้านไวรัสใหม่ โรคประจำตัวอื่นๆ ยาอื่นๆที่ได้รับ ค่าทาง ห้องปฏิบัติการ จำนวนยาที่จ่าย-จำนวนยาคงเหลือ จำนวนวันนัด ข้อมูลประวัติการกินยาต้าน ไวรัส อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส
  - ๕.๔. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาคลินิกฟ้าใส ประกอบด้วย ข้อมูล ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาจากแพทย์ (prescribing errors) ความคลาดเคลื่อนจากการ จัดยา (pre-dispensing errors) ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing errors)
๖. สรุปผลการศึกษานำเสนอข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ไวรัสเอชไอวีคลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลนจะหลวย

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยของคลินิกฟ้าใสของผู้รับผิดชอบงานร่วมกันของ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีคลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลน่าจะหลาย เป็น มาตรฐานในการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มีสูตรดื้อยาหรือสูตรยาต้านไวรัสที่พัฒนา ต่อไป และใช้เป็นมาตรฐานในการพัฒนาคลินิกอื่นๆของโรงพยาบาลน่าจะหลาย

### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมในการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นสูตร TLD ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลน่าจะหลาย ประกอบด้วยข้อมูล

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลน่าจะหลาย ตั้งแต่ช่วง วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗
๒. ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เมื่อติดตามระดับ CD4<sup>+</sup> cell count และ Viral load (VL) หลัง กินยาต้านไวรัสอย่างน้อย ๑ ปี ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นสูตร TLD ในผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลน่าจะหลาย โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ CD4<sup>+</sup> cell count ก่อนและหลังปรับยา TLD และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ VL < ๕๐ copies/mL ก่อน และหลังปรับยา TLD
๓. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) ผลการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา โดย ประเมินการกินยาผู้ป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกฟ้าใส วิเคราะห์ด้วยสูตร คำนวณจากการนับเม็ดยาของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence) ก่อนและหลังปรับยา TLD
๔. อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิด อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น หลังจากเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็น TLD
๕. การบริหารเภสัชกรรมต่อการเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการ ใช้ยาและ ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในระหว่างการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อเป็นแนวทาง พัฒนาและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกฟ้าใส

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้รับการรักษาตามมาตรฐานสากล มีความรู้ความเข้าใจที่ดีในการรับประทาน ยาต้านไวรัส ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ลดโอกาสในการดื้อยา ซึ่งจะช่วยให้การ รักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด
๒. มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสของคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาล น่าจะหลาย ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมาย
๓. เกิดการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาตามมาตรฐาน ให้ความร่วมมือในการรักษา ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา ลด ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา และประสบความสำเร็จในการรักษาตามเป้าหมาย

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลย้อนหลังของคลินิกฟ้าใส จึงต้องมีการประสานงานบุคลากร ทางการแพทย์หลายฝ่าย ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการประจำคลินิก กลุ่มแกนนำคลินิกฟ้าใส ในการรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วนซึ่งมีผลต่อการ ประเมินผลการศึกษา
๒. การเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นสูตร TLD ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลน่าจะหลาย

จำเป็นต้องใช้เวลาในการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าร่วมได้ทำให้เกิดรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยบางรายไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่ต้องนำส่งยาให้ผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรไม่สามารถประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ความร่วมมือในการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยาได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลที่ปรากฏในฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกข้อมูล ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนและได้ข้อมูลที่มากขึ้น
๒. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ของการศึกษานี้ประเมินจากปริมาณยาที่เหลือของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่อ้างอิงมาจากการวิจัยที่มีความตรงและความเที่ยงที่มีผลความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้ ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี -

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                          |                      |              |
|--------------------------|----------------------|--------------|
| ๑) นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน | สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% | (ระบุร้อยละ) |
| ๒) .....                 | สัดส่วนของผลงาน..... | (ระบุร้อยละ) |
| ๓) .....                 | สัดส่วนของผลงาน..... | (ระบุร้อยละ) |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

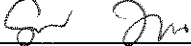
( นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน )

(ตำแหน่ง) เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ตุลาคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)  .....

(นายปริญญา สมจันทร์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(วันที่) ๑๕ / ๓.๖ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(นายอัครุขิณย์ ผลานันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคะหลวย

(วันที่) ๑๕ / ๓.๖ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ เม.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ.....ชำนาญการ.....)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาจะหลวย

### ๒. หลักการและเหตุผล

ยาเหลือใช้เป็นปัญหาสำคัญของปัญหาการใช้ยา (Drug related problems) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การเพิ่มความเสี่ยงในการรับประทานยาซ้ำซ้อนอันจะนำไปสู่การเกิดอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่องบประมาณของประเทศเนื่องจากการสูญเสียเงินงบประมาณอย่างไม่มีผลจากความจำเป็นจากการทิ้งยาที่เหลือใช้ ปัญหายาเหลือใช้เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข ซึ่งพบในหลายประเทศทั่วโลก เช่น ในประเทศอังกฤษ ร้อยละ ๒๐ ของประชากรมียาเหลือใช้ในครัวเรือน หรือคิดเป็นมูลค่ายาเหลือใช้ ๒๐๐ ล้านยูโร/ปี ประเทศไทยเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับยาเหลือใช้มากขึ้น โดยพบว่าความชุกของการเกิดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงใหม่สูงถึง ร้อยละ ๘๘.๕๐ หรือคิดเป็นมูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยเท่ากับ ๒๒๕.๘๒ บาท/คน จากการสำรวจโดยเภสัชกรในโครงการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าสาเหตุสำคัญคือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ทำให้เกิดปัญหาด้านการใช้ยาและยาเหลือใช้ อีกสาเหตุหนึ่งของยาเหลือใช้เนื่องจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกันซึ่งส่วนหนึ่งเป็นยาที่มีราคาแพงและมีการจ่ายยาคั้งละหลายเดือน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการที่แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา หรือผู้ป่วยปรับลดขนาดยาที่ใช้เอง หรือผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง เภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา (Drug related problems) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล

ปัญหายาเหลือใช้จึงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับบทบาทเภสัชกรในการสร้างมาตรการแก้ไขร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีการพัฒนาระบบการจัดการยาเหลือใช้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยา เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ยา และลดการสูญเสียทางการเงินของโรงพยาบาล มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า มาตรการในการป้องกันยาเหลือใช้ต้องเกิดขึ้นตั้งแต่กระบวนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ตั้งแต่ขั้นตอนการซักประวัติโดยพยาบาล การสั่งยาโดยแพทย์ การจ่ายยาโดยเภสัชกร และการให้คำปรึกษาด้านยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย การทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพสามารถลดปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยได้

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำยาเหลือใช้มาคืนให้โรงพยาบาลนาจะหลวย ในเดือนมกราคม-เดือนมีนาคม ๒๕๖๖ พบข้อมูลยาเหลือใช้ ๑๘ รายการ มูลค่ายาเหลือใช้รวมทั้งสิ้น ๕๐,๕๑๐ บาท และยาเหลือใช้ที่หมดอายุและเสื่อมสภาพไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้มูลค่า ๑๓,๑๒๐ บาท โดยยาเหลือใช้พบมากที่สุดในกลุ่มโรคเบาหวาน จากการทบทวนการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาจะหลวย พบว่ามีเพียงขั้นตอนสอบถามยาเหลือใช้จากผู้ป่วยโดยเภสัชกรก่อนจ่ายยาผู้ป่วยกลับบ้าน โดยขั้นตอนจ่ายยาเภสัชกรจะปรับยาให้ครบตามนัดถัดไปของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีระบบจัดการยาเหลือใช้ในโรงพยาบาลนาจะหลวย แต่ยังคงพบยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืนให้โรงพยาบาลนาจะหลวย ซึ่งเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคจึงทบทวนและพัฒนาระบบจัดการยาเหลือใช้ขึ้นร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อลดปริมาณยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับเกินความจำเป็น และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูญเสียไปจากยาเหลือใช้หมดอายุและเสื่อมสภาพ โดยการพัฒนาระบบการจัดการยาเหลือใช้ ในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง

ระบบการจัดการยาเหลือใช้ (รูปแบบเดิม) : พยาบาลซักประวัติ ผู้ป่วยพบแพทย์ เภสัชกรจ่ายยา (เภสัชกรสอบถามยาเหลือใช้/คำนวณยาถึงวันนัด/แก้ไขจำนวนยาถึงวันนัด)

ระบบการจัดการยาเหลือใช้ (ระบบพัฒนา) : พยาบาล (สอบถามยาเหลือ/บันทึกในสมุดประจำตัว/ค้นหาสาเหตุ) แพทย์ (ตรวจสอบยาเหลือในสมุด/ลดจำนวนยาตามยาเหลือ/สั่งยาตามวันนัด) เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม (ตรวจสอบยาเหลือในสมุด/ตรวจสอบจำนวนยาแพทย์สั่งในระบบ/นับยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมา) เภสัชกร (สอบถามตรวจสอบยาเหลืออีกครั้ง/คำนวณยาถึงวันนัด/แก้ไขจำนวนยาให้ถูกต้อง/ค้นหาสาเหตุยาเหลือใช้/แนวทางแก้ไขปัญหายาเหลือ/บันทึกข้อมูลลงในสมุดประจำตัวและระบบฐานข้อมูล)

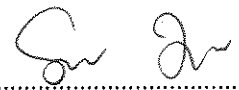
โดยจะศึกษาปริมาณยาเหลือใช้ที่ประหยัดได้ มูลค่ายาเหลือใช้ที่ประหยัดได้ วิเคราะห์สาเหตุยาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง และศึกษาผลการจัดการปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคะหลวย และนำเสนอข้อมูลในการพัฒนาระบบการจัดการยาเหลือใช้ร่วมกับสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา ลดโอกาสในการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยา และปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ระบบจัดการยาเหลือใช้ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนาคะหลวย ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๒. ลดปริมาณยาเหลือใช้ที่เกินจำเป็นในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการใช้จ่ายซ้ำซ้อน
๓. ลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลนาคะหลวย
๔. ค้นหาสาเหตุยาเหลือใช้และแนวทางการแก้ไขในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง
๕. พัฒนาทักษะของเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ปริมาณยาเหลือใช้ที่ได้คืนจากผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังลดลงร้อยละ ๘๐
๒. มูลค่าการสูญเสียจากยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุลดลงร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ..........)

(นายตระกูลไทย ม่วงอ่อน)

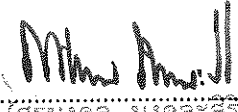
(ตำแหน่ง) เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (  ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ นาย มงคล ไทย ม่วงอ่อน  
(  ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐  
(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี   
(.....) (สรมงคล มงคลศรี)  
(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด บัญชีข้าราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี  
(วันที่) ๒ เมษายน ๒๕๕๕

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลการดำเนินการระบบบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาจากการใช้ยาในคลินิกสุขภาพจิต
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
  ๑. ความรู้ทางวิชาการด้านระบาดวิทยา พยาธิวิทยา แนวทางการตรวจรักษาโรคจิตเวช
  ๒. ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับยาจิตเวช เภสัชวิทยาของยาจิตเวช
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

### ๔.๑. หลักการและเหตุผล

โรคทางจิตเวช (Psychotics disease) เป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสน้อยในการรักษาให้หายขาดได้ มักเกิดอาการกำเริบและกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse) บ่อยครั้ง มีการศึกษาในการติดตามผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำของโรคจิตเวชครั้งแรกที่มารับยาไม่ต่อเนื่องใน ๑ ปี พบว่าสูงถึง ร้อยละ ๔๑-๗๙ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับมาเป็นซ้ำ มีหลายสาเหตุ เช่น ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ปัญหาครอบครัวที่มีการดำเนินคดี

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุสำคัญของการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีสาเหตุหลายด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะการบริการแบบผู้ป่วยนอก บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาจำกัดในการอธิบายเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยหรือญาติฟังให้เข้าใจ เนื่องจากจะต้องดูแลผู้ป่วยอื่นจำนวนมาก ด้านผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และยังคงพบว่าผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม แม้จะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์ให้คำแนะนำ โดยเฉพาะเรื่องแผนการรักษา และไม่กล้าแจ้งแพทย์ว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำได้ ด้านการรักษา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ผู้ป่วยได้รับเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม ผู้ป่วยบางคนเมื่อรู้สึกว่ายากเกินไปหรือหายแล้วก็มีมักหยุดยาเอง

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non-adherence) เป็นสาเหตุสำคัญในผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการเจ็บป่วย ขาดความเชื่อมั่นในแผนการรักษา อาการข้างเคียงของการใช้ยา ส่งผลให้รับประทานยาไม่ครบ ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่มาพบแพทย์ตามนัด ตามกรอบพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Service plan) เพื่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล จึงเป็นบทบาทเภสัชกรที่จะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ปลอดภัย เพื่อป้องกันอาการกำเริบและกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้

### ๔.๒. วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช
๒. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช (Drug related problems, DRPs)
๓. เพื่อติดตามผลการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรในคลินิกจิตเวช

### ๔.๓. เป้าหมายของการศึกษา

๑. ทำให้ทราบผลความร่วมมือในการรับประทานยาจิตเวชของผู้ป่วย และปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช
๒. ทำให้ทราบผลการดำเนินงานของคลินิกจิตเวช และการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกร
๓. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพและการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกจิตเวชและคลินิกเฉพาะโรคอื่นๆของโรงพยาบาลนาจะหลวย

### ๔.๔. นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems, DRPs) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการสามารถจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาออกเป็น ๘ ประเภท ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา



(Non-adherence) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate drug therapy) ผู้ป่วยต้องได้รับยาเพิ่ม (Additional drug therapy) การเกิดอันตรกิริยาของยา (Drug-interaction) ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำ (Dosage too low) และผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูง (Dosage too high)

#### ๔.๕. วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง Retrospective descriptive study โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Patients electronic medical record): EMR และข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าพบเภสัชกรในคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลนาระทลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

#### ๔.๖. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนาระทลวย ตั้งแต่ช่วงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

##### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในความดูแลมีภาวะวิกฤตทางกายหรือทางจิต จนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

#### ๔.๗. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

๑. แบบบันทึกข้อมูลการนับเม็ดยาและการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
๒. แบบบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช (Drug related problems, DRPs)
๓. แบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกจิตเวช
๔. ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม HosXP )

#### ๔.๘. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

๑. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
๒. ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
๓. ผลประเมินปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

#### ๔.๙. ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนวรรณกรรมเรื่องการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวช ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช และปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช
๒. วางแผนการดำเนินการและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช ตั้งแต่ช่วงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
๓. บันทึกข้อมูลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาจิตเวชและข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกจิตเวช
๔. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft excel
  - ๔.๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากข้อมูลฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม HosXP )
  - ๔.๒ แบบบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาแพทย์-พยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ ค่าทางห้องปฏิบัติการ ยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ
  - ๔.๓ แบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกจิตเวช ประกอบด้วย แบบบันทึกความร่วมมือในการใช้ยา แบบบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาจิตเวชและแบบบันทึกข้อมูลการบริหารเภสัชกรรมคลินิกจิตเวช
๕. สรุปผลการศึกษานำเสนอข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินการระบบบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาจากการใช้ยาในคลินิกสุขภาพจิต ค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยารักษาจิตเวชของผู้ป่วย และใช้เป็นมาตรฐานในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลน่าจะหลวย

### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินการระบบบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อจัดการปัญหาจากการใช้ยาในคลินิกสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลน่าจะหลวย ประกอบด้วยข้อมูล

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช ตั้งแต่ช่วงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกร
๒. ความร่วมมือในการใช้ยาจิตเวช ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม โดยเภสัชกรจะนับเม็ดยาในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามอาการ จากนั้นคำนวณ ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (% Adherence)
๓. ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช (Drug related problems, DRPs) ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยต้องได้รับยาเพิ่ม การเกิดอันตรกิริยาของยา ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำ และผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูง

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. การบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช
๒. ค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคทางจิตเวช (drug related problems, DRPs) เพื่อให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาอาการทางจิต
๓. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตของโรงพยาบาลน่าจะหลวยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการบางคนไม่ได้นำยาที่เหลือมาด้วยเภสัชกรจึงใช้วิธีการสอบถามยาที่เหลือจึงอาจเกิดอคติจากความจำได้ (Recall bias) ได้ ทำให้การคำนวณร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาคคลาดเคลื่อนได้
๒. ข้อจำกัดในด้านเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบทบาทเภสัชกรจากเดิมที่มีหน้าที่เพียงการตรวจสอบยา การจ่ายยาหรือให้คำปรึกษาด้านยา มาเป็นผู้วางแผนและติดตามประเมินการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา จึงจำเป็นต้องมีเภสัชกรที่ทำหน้าที่นี้อย่างเพียงพอ

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเองได้ เจ้าหน้าที่ต้องนำส่งยา ทำให้ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในโรคทางจิตเวชได้

### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การศึกษานี้เป็นการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โดยผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนบางรายไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง จึงไม่ได้รับการค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ในการศึกษาต่อไปควรมีกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้ยาที่ไม่สามารถมารับบริการผู้ป่วยนอกได้ที่บ้าน

โดยเภสัชกรร่วมกับทีมวิชาชีพ

๒. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการบางคนไม่ได้นำยาที่เหลือมาด้วย เภสัชกรจึงใช้วิธีการสอบถามยาที่เหลือจึงอาจเกิดอคติจากความจำได้การศึกษาครั้งต่อไปควรให้ผู้ป่วยถือยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะส่งผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี -

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวธนิศา ภูราชพล สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% (ระบุร้อยละ)
- ๒) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
- ๓) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *ธนิศา ภูราชพล* .....

( นางสาวธนิศา ภูราชพล )

(ตำแหน่ง) เภสัชกรปฏิบัติการ


(วันที่) *๒๗* / *ตุลาคม* / *๒๕๖๗* .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธนิดา ภูราชพล	ธนิดา ภูราชพล

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

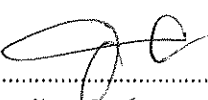
(ลงชื่อ) 

(นายปริญญา สมจันทร์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(วันที่) ๒๙ / พฤษภาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอัศวฤทธิ์ ผลานันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาระหลาย

(วันที่) ๒๙ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ เม.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ.....ชำนาญการ.....)

๑. เรื่อง การพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน (เภสัชกรเยี่ยมบ้าน) โรงพยาบาลนาจะหลวย

๒. หลักการและเหตุผล

เภสัชกรปฐมภูมิ ถือเป็นอีกหนึ่งบทบาทของเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และสภาพสังคมแวดล้อม โดยอาศัยกิจกรรม “การเยี่ยมบ้าน” ที่มีการจัดการระบบการดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา ตลอดจนติดตามแก้ไขและสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย สำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวว่า การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่อยู่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมาย และเป็นเครื่องมือที่ทำให้สามารถเข้าใจภาพชีวิตจริงของผู้ป่วยได้มากที่สุด การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยเภสัชกร จึงถือเป็นอีกหนึ่งบทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย สภาพ จิตใจ รวมถึงสภาพสังคมแวดล้อม เพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนติดตามแก้ไขและสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนอกจากเภสัชกรจะให้ความหวังใยใส่ใจในการใช้ยาของผู้ป่วยแล้วยังครอบคลุมถึงการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชนอีกด้วย

โรงพยาบาลนาจะหลวยมีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ และทันตภิบาล ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อช่วยจัดการปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ผ่านมาของโรงพยาบาลนาจะหลวย ปัญหาของผู้ป่วยที่พบส่วนหนึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug related problems; DRPs) ทั้งการอ่านฉลาก การจัดเก็บยา การรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา จนส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมียาเหลือจำนวนมากแต่ให้ข้อมูลว่ารับประทานยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด อีกทั้งยังพบผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ เนื่องมาจากความลำบากของการเดินทาง ความพิการของร่างกาย หรือปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลนาจะหลวยได้มีการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้คัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการใช้ยา การดำเนินการของโครงการเป็นการเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย เสาะหาปัญหาที่พบในผู้ป่วย และดำเนินการแก้ไขทางบริหารเภสัชกรรมให้เหมาะสม ซึ่งหลังจากที่เยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและต้องดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและปลอดภัยกับผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของโรงพยาบาลนาจะหลวย คือ ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ถูกต้อง และหยุดยาเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถคุมอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ และส่งผลให้จำนวนยาเหลือสะสมเยอะ ยาเสื่อมสภาพ สูญเสียมูลค่ายาโดยเปล่าประโยชน์ จากโครงการดังกล่าวทำให้เห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้านที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้ยา เภสัชกรจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านให้ชัดเจนและเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรให้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ทั้งยังทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวผู้ป่วยที่ดีขึ้นและเหมาะสม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เภสัชกรที่ทำงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต้องมีทักษะในการดำเนินงานแบบผสมผสานทั้งในด้านการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทักษะทางคลินิกในการรวบรวมข้อมูลการประเมินผู้ป่วยการค้นหาและวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยเยี่ยมบ้านควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

๒.๑ ทักษะในการศึกษาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย

๒.๒ ทักษะในการกำหนดเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน

๒.๓ ทักษะการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัวผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพที่ดี

๒.๔ ทักษะการสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยา

๒.๕ ทักษะการเสนอทางเลือก เพื่อช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ

๒.๖ ทักษะการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา

๒.๗ ทักษะในการติดต่อสื่อสาร การประสานงานหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๒.๘ ทักษะการฟัง รับรู้ถึง ความรู้สึก ความทุกข์ ทศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองโรคและยาที่ใช้

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกจากพยาบาลผู้ประสานงานจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) โดยทีมสหวิชาชีพดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ก่อนการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประสานงานแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่ทีมสหวิชาชีพก่อนลงเยี่ยมบ้าน เภสัชกร ศึกษาประวัติการใช้ยา รวมถึงข้อมูลอื่นๆของผู้ป่วยและครอบครัวจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาล จัดเตรียม อุปกรณ์เยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการบริหารเภสัชกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ที่ตัดแบ่งเม็ดยา ซองยา ปากกาเคมี ฉลากยา แผ่นพับความรู้วิธีการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ เป็นต้น

ขณะเยี่ยมบ้าน เภสัชกรใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ค้นหาปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วย ผู้ดูแล และการสังเกตผู้ป่วย ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้เปรียบเทียบกับประสานรายการยากรณีผู้ป่วยรับยาหลายสถานพยาบาลหรือพบแพทย์หลายแผนกตรวจสอบวิธีการจัดเก็บยา ประเมินความสามารถในการบริหารยาของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ประเมินผลการรักษาด้วยยา ค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่ามีการปนเปื้อนของสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์ ปรีกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงประเมินผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหา

หลังการเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพสรุปผลการเยี่ยมบ้านร่วมกัน และวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านซ้ำ เภสัชกรสรุปข้อมูลและบันทึกปัญหาการใช้ยาที่พบ สาเหตุ วิธีการแก้ไข และประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการบริหารเภสัชกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลถึงผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม
๒. เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย กระตุ้นผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยา ทำให้มีการใช้ยาเหมาะสมมากขึ้น
๓. เภสัชกรได้พัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ร้อยละของปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสมจากการเยี่ยมบ้านลดลง

(ลงชื่อ.....*ชรีตา ฤกษ์พล*.....)

(นางสาวชรีตา ฤกษ์พล)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) *๒๕* / *๑๓* / *๖๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (  ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ *๗๒ ผ่านสัปดาห์ที่ ๑๗๖๐*
  - (  ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *ร้อยตรี* *Min Min*  
(.....)  
(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี  
(วันที่) *๙* *พฤษภาคม* *๒๕๖๒*



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่ที่ผ่านมา ข้าพเจ้าผ่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการทำงานในการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย งานป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของเขตสุขภาพ เป็นหน้าที่รับผิดชอบหลัก โดยใช้ความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในงานต่างๆ โดยสามารถกำหนดนโยบายวางแผนการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม ผ่านการประสานงานและบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบ เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องตามภารกิจตามที่ได้รับมอบหมาย โดยวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน เป็นต้น ตลอดจนให้คำปรึกษา แนะนำและชี้แจงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ในงานด้านวิชาการและการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรด้านสาธารณสุขภายนอกหน่วยงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสุขภาพอำเภอเขมราฐ พบว่าในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๖ มีอัตราเกิดและอัตรามรณะ มีแนวโน้มลดลง มีอัตรามรณะมากกว่าอัตราเกิด และจากการวิเคราะห์ตามปีระมิตประชากรในปี ๒๕๖๖ พบว่ากลุ่มเด็กปีระมิตมีฐานแคบ และช่วงอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปมีฐานกว้าง ซึ่งมีประชากรกลุ่ม ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓,๗๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๘ ซึ่งคาดการณ์ได้ว่าอำเภอเขมราฐเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๖ พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ที่มารับบริการในสถานพยาบาล คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นอัตรา ๒๔,๔๖๙.๖๕, ๑๕,๙๐๓.๑๐ และ ๑๒,๑๙๓.๗๑ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มาด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คิดเป็นอัตรา ๒,๔๐๓.๑๘, ๑,๔๒๗.๑๕ และ ๑,๐๑๓.๕๒ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแปรผันตรงกับผู้ป่วยนอก โรคทางระบบประสาทวิทยาที่มารับบริการมากที่สุด คือ ท้องร่วง ปวดบวม และไข้หวัดใหญ่ คิดเป็นอัตรา ๓,๑๑๑.๒๙, ๙๘๙.๗๘ และ ๕๘๔.๗๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิต ที่มากที่สุด คือ ติดเชื้อในกระแสเลือด มะเร็งตับ และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตรา ๓๐.๒๔, ๒๔.๑๙ และ ๒๐.๕๖ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพเบื้องต้น พชอ.เขมราฐ ยังให้ความสำคัญในเรื่องของการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แยกตามกลุ่มวัยที่มีสถิติการเกิดโรคหรือสภาวะสุขภาพมากที่สุด ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เนื่องด้วยอำเภอเขมราฐกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ จำนวน ๑๑,๕๒๐ คน การดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นหนึ่งในวาระสำคัญของ พชอ. จึงทำให้เกิดการ

ผลักดันด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การเสริมสร้างพลังทางสังคมของอำเภอเขมราฐ การดำเนินการในแผนย่อยของยุทธศาสตร์ชาติ ในเรื่องของการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย สร้างการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จึงเป็นหนึ่งในการดำเนินการอย่างจริงจังเพื่อขับเคลื่อนให้การดูแลผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมาย แห่งอนาคต ตามยุทธศาสตร์ โดยได้บรรจุไว้ในแผนการดำเนินงานของ พชอ. ในประเด็น สังคมดี การดูแลกลุ่มเปราะบาง (การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ) บูรณาการในหลายภาคส่วนเพื่อเตรียมความพร้อม รองรับสังคมสูงวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ตลอดจนได้รับการดูแลสุขภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และเพื่อพัฒนา กลไกสนับสนุนบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีแผนส่งเสริมเน้นการไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระ วิธีการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบองค์รวม และการปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุ โดยมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการ ทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสูงอายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดี การเตรียมความพร้อมและการยกการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถในการจัดบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละช่วงวัยและวิถีชีวิตในชุมชน

รูปแบบการวิจัยเพื่อตอบสนองมาตรฐานและวัตถุประสงค์การวิจัยดังกล่าวใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังการทดลองศึกษาในผู้สูงอายุ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๘๐ คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗ ประกอบด้วย ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ พัฒนากลไกพื้นฐาน

- แต่งตั้งอนุกรรมการ พชอ. รายประเด็น
- จัดทำระบบฐานข้อมูลและระบบส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลร่วมกัน
- อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในการดูแลและจัดสวัสดิการ

แก่ผู้สูงอายุ

ระยะที่ ๒ พัฒนาระบบการขับเคลื่อน

- ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- การถ่ายทอด และการมอบหมายภารกิจแก่คณะอนุกรรมการ และทีมสหวิชาชีพ
- ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมความรอบรู้การดูแลผู้สูงอายุ
- การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านระบบ Group Line

ระยะที่ ๓ พัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย

- บูรณาการงบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- บูรณาการทรัพยากรเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุดแผนงานเก็บ

รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample t-test

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ภายหลังการทดลองส่งผลให้

๑) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายของตนเอง การรู้จักควบคุมป้องกันโรค การรับรู้ถึงความสามารถในกำลังการทำงานของตนเอง

๒) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงภาวะจิตใจของตนเองการรู้จักจัดการกับความเครียด มีความพึงพอใจในตนเอง

๔) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารในชีวิตประจำวัน รู้ถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และสามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง

๕) ผู้สูงอายุได้รับการดูแล โดยผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมี ทักษะในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แตกต่างจากก่อนหน้าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมองเห็นคุณค่าของตนเอง และการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขเพื่อลูกหลาน

๔) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในชุมชน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีการผูกมิตรมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน และหน่วยงานอื่น ผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการที่จำเป็นจากทุกภาคส่วน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งรายด้านและภาพรวม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตจากครอบครัว ชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นจากระบบสุขภาพอย่างครอบคลุม

๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้เหมาะสม และได้รับการช่วยเหลือในกรณีที่มีความจำเป็น เกินกว่าขีดความสามารถของครอบครัว

๓) ได้รูปแบบการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกลไกคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขยายผลสู่ตำบล อำเภอ และภาพรวมระดับจังหวัด

๔) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีสมรรถนะในการจัดการปัญหาสุขภาพ และประเด็นปัญหาสำคัญที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) การประสานงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต้องอาศัยการประสานงาน ประสานคน ประสานทรัพยากร และการกำกับติดตามอย่างมียุทธศาสตร์โดยต้องสร้างความเข้าใจต่อประธานคณะกรรมการ และคณะกรรมการทุกส่วน ให้เข้าใจและเห็นความสำคัญต่อปัญหา มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาเหมือนกัน ซึ่งถือเป็นความยุ่งยากที่ต้องอาศัยความเป็นมืออาชีพในการประสานรอบด้านดังกล่าว

๒) การดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นการดูแลระยะยาวที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเป็นที่เลี้ยงในการวางแผนการดูแล (Care plan) ที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลติดตามให้การสนับสนุนโดยผู้ดูแลในชุมชน (Care giver) และผู้จัดการรายกรณี (Care manager) โดยใช้ข้อมูลเป็นฐานผ่านช่องทางติดต่อประสานงานที่เข้าถึงได้สะดวก โดยใช้ฐานข้อมูลร่วมกันในการดูแลตัดสินใจ และทำงานภายใต้ความเสียสละ และต่อเนื่อง

๓) การขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใช้แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน เพื่อเป็นเครื่องมือในการบูรณาการร่วมกันของทุกฝ่าย ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องมีพื้นฐานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เป็นผู้ที่มีวิสัยทัศน์ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบท และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ องค์กรความรู้ใหม่ ที่ได้จากการวิจัยที่ผ่านมา ใช้ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เสนอต่อที่ประชุมเพื่อให้ประธานคณะกรรมการ ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำข้อเสนอที่เหมาะสมไปสู่การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) กระบวนการชรา หรือความเสื่อม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นความพยายามในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและความร่วมมือหลายภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งผลลัพธ์อาจทำได้เพียงการชะลอความเสื่อมเท่านั้น

๒) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ เนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จึงต้องอาศัยความเข้าใจต่อปัญหา ความเข้าใจต่อรูปแบบการขับเคลื่อนการทำงานที่ต้องแบ่งปันทรัพยากร เพื่อให้การทำงานจนเกิดคุณค่าร่วมกัน โดยไม่มองว่าเป็นการผลักภาระ หรือรับเอาผลงานของกระทรวงอื่น

๓) การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประชากรกลุ่มชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จำนวน ๑๘๐ คน ซึ่งต้องประสานงานออกเก็บข้อมูล และใช้เวลาในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนการวิจัย ดังนั้นจึงต้องกำหนดแผนที่ชัดเจนและกลุ่มไม่ให้คาดเคลื่อนเป็นไปตามระเบียบวิจัยแบบกึ่งทดลอง

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการในกลุ่มประชากรเพียงกลุ่มเดียว จึงมีข้อจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังกลุ่มอื่น ๆ หรือการนำรูปแบบดังกล่าวสู่การนำไปใช้ จึงควรนำไปใช้ในสถานการณ์และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ใช้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

๒) การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นบุคลากรภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในบริบทที่ผู้นำในกระบวนการวิจัยเป็นบุคลากรจากภาคส่วนอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่ม ชมรม กองทุนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ หรืออื่น ๆ เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการที่หลากหลายจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๓) การวิจัยในครั้งนี้ เป็นรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการขับเคลื่อนสู่การนำไปใช้ในภาพกว้าง เช่นในภาพรูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เครือข่ายบริการ หรืออื่น ๆ ซึ่งประสบกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไม่แตกต่างกันในทุกพื้นที่ทั่วโลก จึงน่าจะเป็นรูปแบบการลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

๔) การศึกษานำร่องเพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการโดยหน่วยงานขนาดย่อย หรือการขับเคลื่อนสู่การขยายพื้นที่ดำเนินการในภาพกว้างโดยผู้ปฏิบัติ อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินการเนื่องจากการขับเคลื่อนสู่การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์และขยายพื้นที่ดำเนินการ ต้องอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจจากหลายภาคส่วน และการเผยแพร่ผลงานในหลากหลายรูปแบบเช่นกัน

๕) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและยังไม่มีโรคประจำตัว ชุมชนควรมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาโรคเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายธัชชนนท์ ศรีไชย

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....ระบุร้อยละ

๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....ระบุร้อยละ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

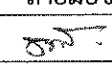
(ลงชื่อ)  .....

(.....นายธัชชนนท์ ศรีไชย.....)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) .....๓...../.....กุมภาพันธ์...../.....๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธัชชนนท์ ศรีไชย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(.....นายกิตติพิศ คำบรรพ์.....)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐

(วันที่) .....๓...../.....กุมภาพันธ์...../.....๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(.....นางสาวอุไรวรรณ จันทร์จรัสสิริ.....)

สาธารณสุขนิเทศก์/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐

(วันที่) .....๓...../.....กุมภาพันธ์...../.....๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้



(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ เมษายน ๒๕๖๘

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๒. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยมีนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไทยอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ตามแนวทางประชารัฐ คือราชการและประชาชนร่วมกันดำเนินการ ตั้งแต่การระดมความคิดเห็นประชาชน พัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ไปจนถึงการใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและการสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นการทำงานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ รวมถึงประชาชนในพื้นที่ ร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้รับความไว้วางใจจากประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ๔ ด้านได้แก่ การพัฒนาตามหลักการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ การค้นหาและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย ๓ เรื่อง เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รัฐบาลจึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ ๔ ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ ๕ ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐเอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน ด้วยความร่วมมือของ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาที่มีความมุ่งหวังเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ คณะกรรมการนี้ถูกสร้างขึ้นจากการรวมกลุ่มผู้มีความเชี่ยวชาญในหลากหลายด้าน เช่น ภาคีเครือข่ายของราชการท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน สมาคมวิชาการ และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการและการทำงานร่วมในการวางแผนและดำเนินโครงการ โดยเน้นไปที่ความต้องการและปัญหาของชุมชน ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม การศึกษา สุขภาพ อาชีพ และการบริหารจัดการท้องถิ่น เพื่อให้ผลลัพธ์ได้มีความยั่งยืนและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างยิ่ง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) งานพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่มีความกว้างขวางครอบคลุมทุกมิติของชีวิต จึงต้องอาศัยแนวคิดที่เปิดกว้าง สร้างสรรค์ แบบที่เรียกว่า “Growth mindset” หรือ ทักษะคิดใหม่ (New attitude) แทน Fix mindset และต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้อง (Right understanding) เพื่อการทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ควบคู่กัน

๒) พขอ.คือเครื่องมือบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทางประชารัฐ ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปิดจุดอ่อนการทำงานแบบแยกส่วนของหน่วยงานภาครัฐ เปิดโอกาสในการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน อย่างเสมอภาคและเคียงบ่าเคียงไหล่ ตามแนวทางการอภิบาลแบบหุ้นส่วน”

(Governance by Partnerships)

๓) พขอ. เป็นรูปแบบการบริหารราชการแนวใหม่ ที่ผสมผสานกันทั้งความสัมพันธ์แนวราบแบบเครือข่าย เพื่อการสะท้อนเสียงของประชาชนจากล่างขึ้นบน (Bottom up) และความสัมพันธ์ตามแนวตั้งแบบราชการ เพื่อการผลักดันนโยบายจากบนลงล่าง(Top down)

๔) พขอ.ควรเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วน (Learning process) ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ ไม่ใช่กลไกการแก้ปัญหาตามนโยบาย หรือรายประเด็น ดังนั้น พขอ.ต้องมองภาพรวมของพื้นที่ มีอิสระ ยืดหยุ่น ใช้เวลาในการเรียนรู้และพัฒนารูปแบบการทำงานไปด้วยกัน

๕) พขอ.เป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับฐานรากคือตำบล ทั้งนี้ พขอ.ต้องขับเคลื่อนอย่างมียุทธศาสตร์ มุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและแบบแผนการทำงาน โดยการส่งเสริมบทบาทของภาคประชาชน ทำให้ พขอ.เป็นเรื่องของสาธารณะที่ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน เอื้อให้เกิดการพึ่งตนเอง และความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

ระบบการประเมินผล พขอ.ควรเน้นการประเมินแบบเสริมพลัง เป็นการภายในของพื้นที่ ให้อิสระพื้นที่กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมและบริบทของพื้นที่เอง ไม่ควรใช้ตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะมากเกินไป หรือเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน พขอ. ต้องมองความสำเร็จในเชิงการพัฒนา ต่อยอด ยกระดับไปได้เรื่อย ๆ ตั้งแต่การเลือกประเด็นที่สามารถเปิดพื้นที่ให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างหลากหลาย และขยายวงออกไปเรื่อย ๆ การหยิบบางเรื่องมาทำให้สำเร็จเพื่อความภาคภูมิใจร่วมกัน โดยเฉพาะการสร้างกลุ่มแกนนำที่มีจิตอาสา มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ได้จริง จะนำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นหนึ่งเดียวกันของคนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การทำงานของ พขอ. เป็นงานที่หวังผลระยะยาว เหมือนการวิ่งทางไกล ต้องยึดหลักการคิดไป ทำไป เรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ผู้นำเห็นความสำคัญ มุ่งมั่น ท่วมเท : เป็นส่วนสำคัญให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ จุดเน้นสำคัญอยู่ที่นายอำเภอที่เป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอที่เป็นเลขานุการ ที่ต้องประสานทุกพื้นที่เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ เพราะหากประธานหรือเลขานุการไม่ให้ความสำคัญ หรือไม่เห็นว่าการมี พขอ. เป็นโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ก็จะทำให้การมี พขอ. กลายเป็นเพียงเวทีประชุมที่ทำให้เสร็จไปตามแผนงบประมาณเท่านั้น

๒) สัมพันธภาพและความเข้าใจของกรรมการ : กรรมการ พขอ. หลายแห่ง เข้าใจผิด ว่าบทบาทของตนเองคือการมาประชุมเพื่อให้ความเห็น ให้ข้อมูล แล้วให้ผู้อื่นลงมือทำ ซึ่งแท้จริงแล้ว กรรมการ พขอ. ที่พึงประสงค์ ต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดประเด็นขับเคลื่อนของพื้นที่ การกำหนดยุทธศาสตร์ วางแผน บูรณาการประสานความร่วมมือ ลงมือทำ ไปจนถึงประเมินผล

๓) กำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง : การเลือกประเด็นขับเคลื่อนต้องไม่ใช่ประเด็นที่ตอบโจทย์หรือตอบตัวชี้วัดขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง การทำเช่นนี้ส่งผลให้กรรมการจากหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของและลดบทบาทของตนเองลง เนื่องจากไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องและไม่สามารถมีส่วนร่วมกับประเด็นได้ ทำให้หน่วยงานเจ้าของประเด็นยังคงต้องขับเคลื่อนงานเพียงลำพังต่อไป การมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นถือเป็นหัวใจสำคัญลำดับแรกๆ การกำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือกประเด็นที่ชัดเจน เช่น สภาพหรือขนาดของปัญหา ความสนใจของประชาชนในพื้นที่ ความเป็นไปได้

ในการขับเคลื่อน เป็นต้น เปิดโอกาสให้กรรมการทุกภาคส่วนได้นำเสนอประเด็นอย่างเท่าเทียม ไม่ปล่อยให้ภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งเป็นฝ่ายเสนอหรือชี้แนะเพียงฝ่ายเดียว ทุกภาคส่วนต้องละวางตัวชี้วัดหน่วยงานของตนเองไว้ก่อน แล้วร่วมกันพิจารณาว่าประเด็นใดมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และตรงกับความต้องการของประชาชน หรืออาจมีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในระดับตำบล หรือหมู่บ้านก่อนเลือกประเด็นก็ได้


๔) งบประมาณ : ที่ผ่านมางบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนแก่ พขอ. ทุกแห่งนั้น จะถูกนำมาเบิกจ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม และค่าเบี้ยประชุม โดยส่วนใหญ่ไม่นำงบประมาณดังกล่าวมาเบิกจ่ายเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการหรือสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหหรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิต เพราะเกรงว่าจะถูกท้วงติงว่าเป็นการใช้งบประมาณนอกกรอบงบประมาณ หรือใช้งบประมาณผิดวัตถุประสงค์ นั่นจึงเป็นสาเหตุให้ พขอ. จำนวนมากเน้นการจัดประชุมให้ครบตามที่ระเบียบและแผนงานกำหนด มากกว่าขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม

การขับเคลื่อนงานให้เกิดรูปธรรม จะดำเนินการโดยใช้การประชุมอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยกิจกรรมหรือโครงการในภาคปฏิบัติ ดังนั้น พขอ. ต้องบูรณาการใช้งบประมาณของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พขอ. กำหนด และหากงบประมาณไม่เพียงพอก็สามารถแสวงหางบประมาณอื่นที่มีความคล่องตัวในการเบิกจ่าย และสามารถใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างตรงไปตรงมา เพื่อมาใช้ในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ อาทิ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กองทุนสวัสดิการชุมชน กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม เป็นต้น

๕) จุดแตกหักอยู่ที่ชุมชน : พขอ. เป็นคณะกรรมการในระดับอำเภอ แต่ปฏิบัติการหรือการขับเคลื่อนต้องลงไปถึงระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน พขอ. จึงได้อาศัยอำนาจตามระเบียบในข้อ ๑๑ เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานขึ้น โดยมากจะเรียกชื่อย่อว่า พขต. เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่นำร่องในระดับตำบล ซึ่ง พขต. มีความคล่องตัวและใกล้ชิดพื้นที่มากกว่า ช่วยสนับสนุนให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับ พื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือใน การนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

(ลงชื่อ) .....  .....

(.....นายธัชชนนท์ ศรีไชย.....)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) .....๓...../.....กุมภาพันธ์...../.....๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน





## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ๑. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ๒. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน ๓. การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบกิจกรรมหลักครอบคลุมการจัดทำให้บ้าน วัด และสถานที่สาธารณะในชุมชนเป็นที่ปลอดบุหรี่ การรณรงค์สร้างความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่ ในวันงดสูบบุหรี่โลก และในโอกาสวันสำคัญอื่นๆ ในชุมชน ส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานได้แก่ กลไกการสร้างความร่วมมือในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นข้าราชการในระดับท้องถิ่นและระดับเขต องค์การที่ไม่แสวงหากำไร วัด ผู้นำชุมชน และประชาชน และการตั้งศักยภาพของผู้นำชุมชนให้สร้างสรรค์ผลงานร่วมกับประชาชนในทุกกิจกรรม

การป้องกันการสูบบุหรี่ การประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียนผ่านหอกระจายข่าว การจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องพิษภัยของบุหรี่ในวันสำคัญ

การจัดทำแผนงาน การนำมาตราการทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ แต่ยังเป็นปัญหาที่บางชุมชนหรือหมู่บ้านยังไม่สามารถดำเนินการได้ การจัดตั้งคณะกรรมการบุหรี่ตำบลท่าโพธิ์ศรี จึงได้จัดทำแผนงานการลด ละ เลิกบุหรี่ขึ้นเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีทักษะการจัดการระบบสุขภาพในชุมชนได้ด้วยตนเอง เสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งของโครงสร้างชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนผ่านตามกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อลดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน และทำให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแบบยั่งยืน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าการแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก พบว่า มีการเสียชีวิต ประมาณ ๖ ล้านคนต่อปี ซึ่ง ๕ ล้านคนมีสาเหตุการเสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และในขณะที่ยังมีมากกว่า ๖๐๐,๐๐๐ คน เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่แต่มีความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่ จึงทำให้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่มือสอง และพบว่า มากกว่า ๑,๐๐๐ ล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและมีรายได้ปานกลาง ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงประมาณ ๑๐ - ๑๓ ปี และส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โรคเส้นเลือดตีบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และการอุดตันของเส้นโลหิต

การสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า สามารถสร้างผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในปี พ.ศ.๒๕๖๖ โดย

สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Attributable DALY) ของประชากรไทย พบว่า การสูบบุหรี่หรือยาสูบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องถึง ๘๖,๓๖๔ รายต่อปี หรือร้อยละ ๑๕.๖ ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดโดยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๑๑.๒ โดยการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตด้วย โรคมะเร็งสูงสุด คือ ๒๒,๕๖๑ คน (ร้อยละ ๒๖.๑ ของการเสียชีวิตจากบุหรี่/ยาสูบทั้งหมด)

สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒ (๑๒.๒ ล้านคน) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ เหลือร้อยละ ๑๗.๔ (๙.๙ ล้านคน) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ แต่พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่คือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จำนวน ๙๔,๗๒๓ คน จากนักสูบหน้าใหม่ทุกกลุ่มอายุ จำนวน ๑๕๕,๘๑๓ คน อีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าประชากรไทยในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า ๒๔,๐๕๐ คน จากคนไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด ๗๘,๗๔๒ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๔) จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ๒๕๖๑ พบว่า ประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ปี ๒๕๖๐ เป็นผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๗๐ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑๐) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่จำแนกรายภาค พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือภาคใต้ (ร้อยละ ๒๔.๕๐) รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๑.๑๐) ภาคกลางและภาคเหนือ มีอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ร้อยละ ๒๔.๘๙ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายและเพศหญิงร้อยละ ๔๕.๒๓ และร้อยละ ๔.๐๐ ตามลำดับ

จากพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ ถึงปี ๒๕๖๘ พบว่าตามแนวโน้มที่ผ่านมาอัตรา การสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป จะลดลงเฉลี่ยปีละ ๐.๒๓% โดยลดลงจากร้อยละ ๒๐.๓ เป็นร้อยละ ๑๗.๕ และจะมีผู้สูบบุหรี่เท่ากับ ๑๐.๕ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งลดลงน้อยกว่าเป้าหมายของมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ที่ตั้งเป้าหมายระดับโลกไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลง ให้ได้ร้อยละ ๓๐ ภายในปี ๒๕๖๘ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) จากรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยเป็นอันดับ ๒ ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙๔ ซึ่งมากกว่าภาคกลางและภาคเหนือ ร้อยละ ๑๘.๒๓ และ ๑๗.๕๔ ตามลำดับ และน้อยกว่าภาคใต้ที่เป็นอันดับที่ ๑ ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๑ จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการสูบบุหรี่รายจังหวัดสูงเป็นอันดับที่ ๑๘ ของประเทศ มีอัตราเฉลี่ยร้อยละ ๒๒.๘๓ ซึ่งเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๗ ที่เป็นอันดับที่ ๔๒ ของประเทศโดยมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ ๒๒.๑๐ และพบว่ากลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดเป็นอันดับ ๑ ของทุกกลุ่มวัย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๔๗ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, ๒๕๖๒) สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ๖,๖๓๑.๐๗, ๗,๑๑๑.๑๙๗, ๘๐๐.๑๙ และ ๗,๗๑๐.๖๖ อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ๑๑,๑๓๐.๙๔ ๑๑,๙๒๘ ๑๒,๕๖๘.๘๕ และ ๑๓,๐๗๙.๗๓ อัตราต่อแสนประชากรตามลำดับ จากการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากร ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๔๘๓,๖๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๙๘ ของประชากรเป้าหมายในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการคัดกรอง พบว่า มีกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๘,๖๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๒ ของประชาชนที่ได้รับการคัดกรอง และกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตาม ตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคกำหนด จำนวน ๒๖,๗๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๒๒ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไตรมาส ๓  $\geq$  ร้อยละ ๘๐) (รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) สถานการณ์การใช้บุหรี่และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ในชุมชน พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ ๘๑๐ คน (ร้อยละ ๑๒.๙๘) ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการบำบัดการสูบบุหรี่แล้ว ๔๘๘ คน (ร้อยละ ๖๐.๒๕) แต่มีเพียง ๓ คน (ร้อยละ ๐.๓๗) เท่านั้นที่เลิกบุหรี่ได้นาน ๖ เดือน มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูบบุหรี่จำนวน ๓๕ คน (ร้อยละ ๑๗.๕) นอกจากนี้จากการสำรวจในพื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใน พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ศรี มีจำนวน ๑,๗๗๖ หลังคาเรือน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๐ บ้านที่มีสมาชิกอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙.๑๔ โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ ๙๖.๑๗ และหญิงร้อยละ ๓.๘๓ เมื่อจำแนกประชากรตามกลุ่มวัยที่สำรวจพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๔๑-๖๐ ปี และมีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ ๔๙.๗๓ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ศรี, ๒๕๖๖)

เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดการสูบบุหรี่ให้ได้ร้อยละ ๓๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ คาดว่าปัญหาการสูบบุหรี่มีมูลเหตุของปัญหาที่ซับซ้อนหลากหลายทั้งทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อและกลยุทธ์ทางการตลาดของผู้ผลิต การป้องกันแก้ไขปัญหาก็ต้องใช้มาตรการหลายด้านประกอบกัน ด้วยวิธีการ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ ๑ สำรวจ รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน ๑ สัปดาห์

๑. จัดเตรียมเอกสารในแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

๒. ประชุมเครือข่ายด้านสุขภาพเตรียมความพร้อมอธิบายการสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ก่อนทดลองโปรแกรม

๓. ดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ สำรวจปัญหาและสาเหตุของพื้นที่

ระยะที่ ๒ ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน จำนวน ๖ สัปดาห์

๑. ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประชุมเครือข่ายเพื่อดำเนินการตามแผน

๒. ให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพิ่มแรงจูงใจ

๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมให้ความรู้เรื่อง โทษอันตรายการรับรู้โอกาสเสี่ยง สร้างการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคและวิธีการเลิกสูบบุหรี่

๔. ให้คำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในคลินิก NCD

๕. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ประสบความสำเร็จในการลด ละ เลิกบุหรี่

๖. กิจกรรมแจกแผ่นพับความรู้สื่อสารทางทอกระจายข่าว จัดระเบียบและจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่ พื้นที่สูบบุหรี่

๗. การให้สมุนไพรหย้าดอกขาวในการช่วยเลิกบุหรี่

๘. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน สอบถามทางโทรศัพท์มือถือ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ทุกสัปดาห์หลังการเข้าร่วม

๙. เก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ ๓ ประเมินและวิเคราะห์ผล จำนวน ๑ สัปดาห์

๑. สังเกตการณ์ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี หลังเข้าร่วมกิจกรรมระยะที่ ๒

๒. ประเมินผล สะท้อนผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและถอดบทเรียน โดยคืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทราบบทวนรูปแบบการดำเนินงาน ประเมินผลของโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

#### เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ลด ละ เลิก บุหรี่

๒. ได้โปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม

จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ลด ละ เลิก บุหรี่ ร้อยละ ๕

๒. ได้โปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำไปใช้กับตำบลอื่นที่มีบริบทลักษณะคล้ายคลึงกัน ในอำเภอเดชอุดม

๒. จัดทำเป็นคู่มือโปรแกรมขั้นตอนการดำเนินงานโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. การสร้างเครือข่ายเพื่อทำประโยชน์ให้ส่วนร่วมในการดำเนินงานลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การจัดกิจกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในตำบล ซึ่งอยู่ในชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้นำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการประกาศนโยบาย และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ภายในตำบลให้กับประชาชนรับทราบ

๒. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ คือ กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงานตามประเพณีและวัฒนธรรม คนในบ้านที่สูบบุหรี่

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรม ในช่วงกลางวันต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งการลงพื้นที่ เข้าร่วมโปรแกรม ต้องเลือกช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม หรือนัดหมายล่วงหน้า เพื่อไม่ให้กระทบกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเพียง ๒ สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ และความคงทนของพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ให้คงถาวรและต่อเนื่องควรมีการติดตามอย่างน้อย ๖ เดือน หรือ ๑ ปี ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรใช้ระยะเวลาในการศึกษาอย่างน้อย ๖ เดือน ขึ้นไป

๒. ควรเสริมทักษะในการให้คำปรึกษาของแรงงานสนับสนุนบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง การเลิกสูบบุหรี่ ควรให้เป็นแนวทางเดียวกันในการเลิกสูบบุหรี่คือ วิธีหักดิบ และการเก็บอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องการ สูบบุหรี่โดยมีมาตรการเฝ้าระวังการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ..... ๑๐๐.....

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) .....นายพงศ์ดิษฐา มรดก..... สัดส่วนของผลงาน..... ๑๐๐..... (ระบุร้อยละ)

๒) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

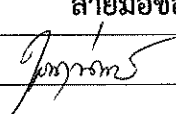
(นายพงศ์ดิษฐา มรดก)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ..... ๕ / พ.ย. / ๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพงศ์ดิษฐา มรดก	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายพรทวี สุวรรณพรม)

(ตำแหน่ง) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

(วันที่) ..... ๕ / พ.ย. / ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายบัณฑิต สร้อยคำ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

(วันที่) ..... ๕ / พ.ย. / ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายธีระพงษ์ แก้วกมร)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
๕ ๑ เม.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านเพื่อ ลด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๓๒ (๑๒.๒ ล้านคน) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ เหลือร้อยละ ๑๗.๔ (๙.๙ ล้านคน) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ แต่พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อคือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จำนวน ๙๔,๗๒๓ คน จากนักสูบหน้าใหม่ทุกกลุ่มอายุ จำนวน ๑๕๕,๘๑๓ คน อีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าประชากรไทยในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า ๒๔,๐๕๐ คน จากคนไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด ๗๘,๗๔๒ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๔) จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ๒๕๖๑ พบว่า ประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ปี ๒๕๖๐ เป็นผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๗๐ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๑๐) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่จำแนกรายภาค พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือภาคใต้ (ร้อยละ ๒๔.๕๐) รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๒๑.๑๐) ภาคกลางและภาคเหนือ มีอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ร้อยละ ๒๔.๘๙ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายและเพศหญิงร้อยละ ๔๕.๒๓ และร้อยละ ๔.๐๐ ตามลำดับ

จากพยากรณ์อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ ถึงปี ๒๕๖๘ พบว่าตามแนวโน้มที่ผ่านมาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป จะลดลงเฉลี่ยปีละ ๐.๒๓% โดยลดลงจากร้อยละ ๒๐.๓ เป็นร้อยละ ๑๗.๕ และจะมีผู้สูบบุหรี่เท่ากับ ๑๐.๕ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ซึ่งลดลงน้อยกว่าเป้าหมายของมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ที่ตั้งเป้าหมายระดับโลกไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลงให้ได้ร้อยละ ๓๐ ภายในปี ๒๕๖๘ (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) จากรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยเป็นอันดับ ๒ ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙๔ ซึ่งมากกว่าภาคกลางและภาคเหนือ ร้อยละ ๑๘.๒๓ และ ๑๗.๕๔ ตามลำดับ และน้อยกว่าภาคใต้ที่เป็นอันดับที่ ๑ ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๑ จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการสูบบุหรี่รายจังหวัดสูงเป็นอันดับที่ ๑๘ ของประเทศ มีอัตราเฉลี่ยร้อยละ ๒๒.๘๓ ซึ่งเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๗ ที่เป็นอันดับที่ ๔๒ ของประเทศโดยมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ ๒๒.๑๐ และพบว่ากลุ่มอายุ ๒๐-๒๔ ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดเป็นอันดับ ๑ ของทุกกลุ่มวัย คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๔๗ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, ๒๕๖๒) สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ๖,๖๓๑.๐๗, ๗,๑๑๑.๑๙๗, ๘๐๐.๑๙ และ ๗,๗๑๐.๖๖ อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ๑๑,๑๓๐.๙๔ ๑๑,๙๒๘ ๑๒,๕๖๘.๘๕ และ ๑๓,๐๗๙.๗๓ อัตราต่อแสนประชากรตามลำดับ จากนั้นจากการสำรวจในพื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใน

มากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรค หรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค ( preventive health behavior ) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย ( illness behavior ) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำของแพทย์ ( sick – role behavior ) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ ๑๙๕๐-๑๙๖๐ ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบายนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง รายละเอียดดังนี้

๑. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ( Perceived Susceptibility ) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความต้องการของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, ๑๙๖๒; Elling et al., ๑๙๖๐ )

๒. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( Perceived Severity ) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

๓. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ( Perceived Benefits ) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

๔. การรับรู้ต่ออุปสรรค ( Perceived Barriers ) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ



ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

๕. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ( Cues to Action ) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman ( ๑๙๗๕ ) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี ๒ ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ( Internal Cues ) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคล และมีบทบาทต่อพฤติกรรมของบุคคลไปจนชั่วชีวิต ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงถึงความผู้พันรักใคร่ การดูแล การยอมรับนับถือ มีการช่วยเหลือ๑๕ซึ่งกันและกันในด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต โดยแบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Dobrof (๑๙๙๒) ตามรูปแบบและความสัมพันธ์ออกเป็น ๒ รูปแบบ คือ

๑. การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (Formal Support) เป็นการสนับสนุนที่มาจากองค์กรหน่วยงานหรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งของรัฐบาลและเอกชน

๒. การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (Informal Support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบและไม่ต้องจ่ายเงินเป็นการแลกเปลี่ยน เช่นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้นแต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น ด้วยประเภทของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ได้แก่

๑.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) รวมถึงการใกล้ชิดสนิทสนม ได้แก่พฤติกรรมซึ่งแสดงออกด้วยการรับฟังอย่างสนใจ แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจรวมถึงการกระทำกิจกรรมร่วมกัน

๒.การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) ได้แก่ การได้รับข้อมูลย้อนกลับการได้รับความรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความพอใจ นำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคมเดียวกัน

๓.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการได้รับความแนะนำคำเตือน คำปรึกษา ที่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาก็กำลังเผชิญอยู่ได้การสนับสนุนด้านการเงิน แรงงานและสิ่งของ (Instrumental Support) ซึ่งเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นพื้นฐาน

ดังนั้น ดำเนินการโดยมีการพบทวนรูปแบบ การ ลด ละ เลิกบุหรี่ นำรูปแบบมาประยุกต์ใช้ เพื่อ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ควรเสริมทักษะในการให้คำปรึกษาของแรงสนับสนุนบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องการเลิกสูบบุหรี่ ควรให้เป็นแนวทางเดียวกันในการเลิกสูบบุหรี่คือ วิธีหักดิบ และการเก็บอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องการสูบบุหรี่โดยมีมาตรการเฝ้าระวังการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

๒. ควรนำรูปแบบหมู่บ้าน ลด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้พัฒนาหมู่บ้านเพื่อ ลด ละเลิกบุหรี่ ในอำเภออื่น เพื่อให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ มีภาวะสุขภาพที่ดี มีความพึงพอใจในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ไม่เกิดความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้ผลของรูปแบบหมู่บ้าน เพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกันแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

๒. การสร้างเครือข่ายเพื่อทำประโยชน์ให้ส่วนร่วมในการดำเนินงานลด ละ เลิก บุหรี่ในชุมชน ตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. ทราบถึงสภาพปัญหาและสาเหตุการสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่ตั้งใจในการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. รูปแบบหมู่บ้าน เพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกันแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน ๑ แห่ง

๒. ผู้เข้าร่วมโครงการลดการสูบบุหรี่ ด้วยการสะกิดให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงทีละน้อยจนสามารถเลิกการสูบบุหรี่ได้ภายใน ๒-๓ เดือน

(ลงชื่อ) .....

(นายพงศ์ดิษฐา มรดก)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๕ / พ.ย. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- ( ✓ ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ *มี ๒ นายพงษ์ศักดิ์ นพ. นพ.ก,*
  - (   ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *ร้อยตรี* *Mr. Mall*  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) *รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฎิบัติราชการแทน*  
 (วันที่) *..... / ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี*  
*๔ เดือน ๒๕๖๕*

## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง สภาวะทางจิตวิญญาณผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อำเภอ นาจะหลวย จังหวัด อุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

๑ มีนาคม – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘

### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
- ๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคเอดส์
- ๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณผู้ติดเชื้อ
- ๓.๔ ความรู้ความชำนาญด้านระเบียบวิธีวิจัย
- ๓.๕ ความรู้และประสบการณ์การดำเนินการวิจัย
- ๓.๖ ความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอดส์
- ๓.๗ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### หลักการและเหตุผล

การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนชาวไทยเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ที่มี เป้าหมายให้คนไทยมีลักษณะเป็นคนที่มีสมบูรณ์ มีสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตที่ดี และมีความเจริญงอกงาม ทางจิตวิญญาณดังนั้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา (spiritual well-being) จึงเป็นมิติสำคัญของสุขภาพ และเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่า ประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาการสูญเสียกำลังคนที่เสียชีวิตและทุพพลภาพจากโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มของโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease; NCD) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้น โดยแต่ละปี จะมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาก ถึง ๔๑ ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ ๗๑๒ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางกาย ทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อน วัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย การสูญเสียกำลัง จากความเจ็บป่วย ความพิการ และเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อมวลรวมเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยต้อง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉลี่ย ๓,๑๒๘ บาท/คน หรือประมาณ ๒ แสนล้านบาทต่อประชากร กลางปี ทั้งหมด โรคเรื้อรังจึงถือว่าเป็นภัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบด้านจิต วิญญาณนั้นพบว่า ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณร้อยละ ๑๗.๔๐-๗๓.๑๐๔

เอชไอวี / เอดส์เป็นกลุ่มอาการเป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาลมีอาการของโรคฉวยโอกาสหรือโรคร่วมที่มีอาการรุนแรงแล้วทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ดังกล่าวมีอัตราการเสียชีวิตสูง

## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกเข้มแข็งภายในของบุคคล เกิดจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม พระศาสนาหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ จิตวิญญาณช่วยให้บุคคลค้นหาความหมาย และเป้าหมายแท้จริงของชีวิต รู้สึกเป็นสุขจากการทำความดี ปราศจากความเป็นตัวตน ปีติ เบิกบานจากการเข้าถึงหลักธรรมคำสอนของพระศาสนา การเข้าถึงความจริงสูงสุดหรือพระนิพพาน<sup>๔</sup> ความผาสุกทางจิต วิญญาณขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยภูมิหลังปัจจัยด้านจิตลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีกับ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ ความสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่านำเสนอองค์ความรู้จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวสำหรับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

๑. เพื่อศึกษาบริบทวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
๒. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

### สมมติฐานการวิจัย

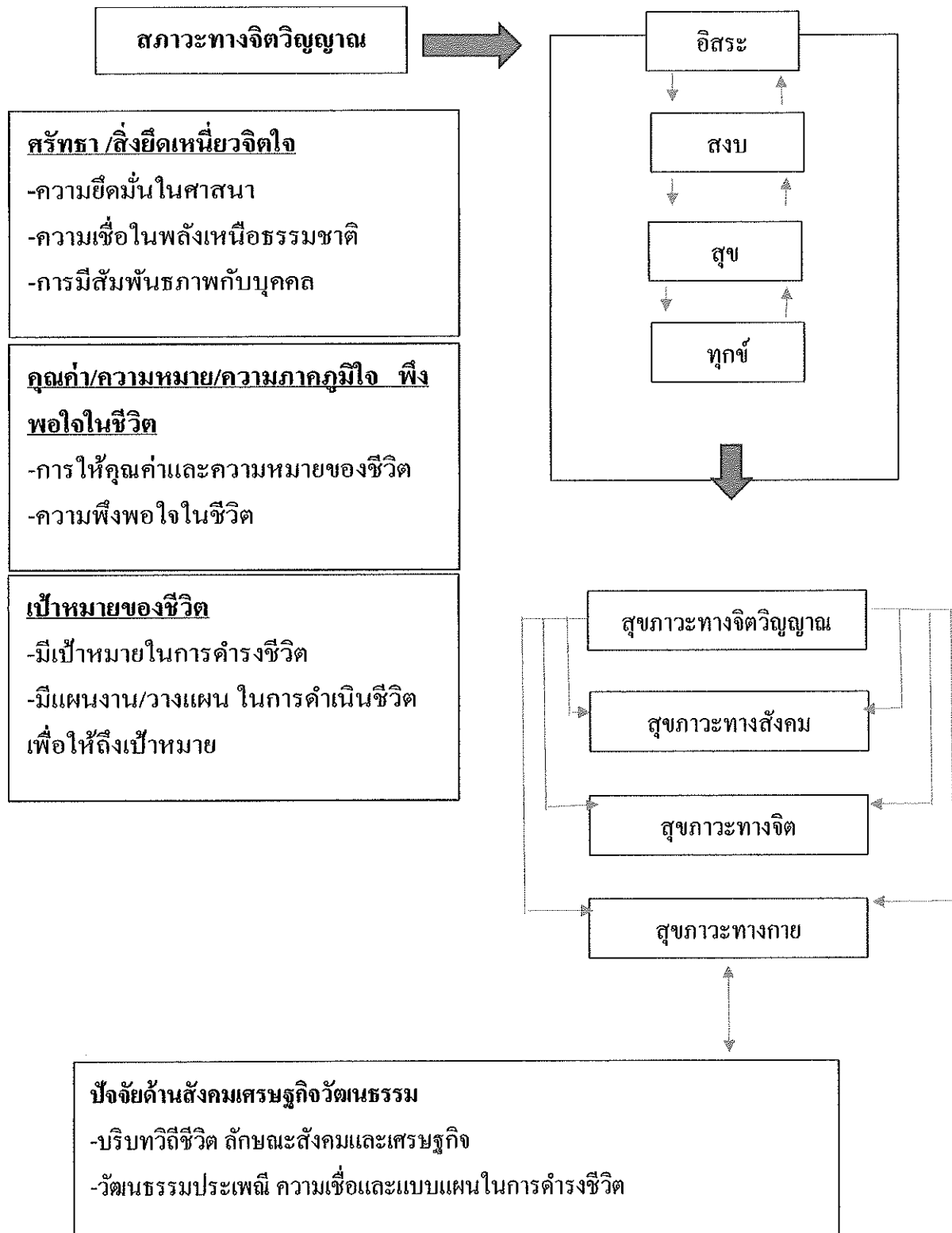
สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในบริบทและวิถีชีวิตจริง เป็นอย่างไร

### ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ที่ภูมิลำเนา ในเขตอำเภอหนองหลวง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน ๓๐ ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยวิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(content analysis)ตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (data triangulation)

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ( Qualitative Research ) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview ) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่รีดิวซ์ (Non-Reactive Participant Observation) เพื่อศึกษาสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ๑.ระยะก่อนวิจัย

๑.๑ ศึกษาข้อมูล ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ค้นคว้าและทบทวนเอกสาร ที่จะใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษา

#### ๑.๒ ออกแบบการวิจัย

๑.๒.๑ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอหนองหลวง(กลุ่มเพื่อชีวิต) ที่มีภูมิลำเนาและพำนักอยู่ที่อำเภอหนองหลวง ระหว่างเดือน วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๘ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๘

๑.๒.๒ การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(purposive sampling ) ตามคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี ขึ้นไป สัญชาติไทย
- รับประทานไวรัส (ARV) มาแล้วไม่ต่ำกว่า ๒ ปี และมีผลการตรวจ CD๔ ติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกันครั้งละ ๖ เดือน
- ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
- ฟังและพูดภาษาไทย หรือภาษาอีสานได้

การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมวิจัย ได้ทำการคัดเลือกจากคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้ผลการตรวจ CD๔ ๒ ครั้งหลังสุด เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แยกเป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มที่มีผล CD๔ มากกว่า ๓๐๐ cell/cu.mm และ CD๔ น้อยกว่า ๓๐๐ cell/cu.mm กลุ่มละ ๑๕ คน รวม ๓๐ คนผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จะได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย และสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน ๒๗ คน ( ๓ คน ไปทำงานต่างจังหวัด)

#### ๑.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวผู้วิจัยเอง เป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เพื่อช่วยให้การดำเนินงานทุกขั้นตอนเป็นไปอย่างถูกต้องและราบรื่น ด้านระเบียบวิธีวิจัยผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรม โครงการพัฒนาความรู้และทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในการสร้างสุขภาพชุมชนแก่พยาบาลและสหวิชาชีพ ปี ๒๕๕๒ รหัสหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ ๑-๐๓-๐๐๐-๐๔๐๓-๙๐๐๒ ถึง ๑-๐๓-๐๐๐-๐๔๐๓-๙๐๐๗ (๕๐ หน่วยคะแนน) จัดโดย ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เรียนรู้พร้อมทั้งได้ฝึกฝนทักษะในการวิจัยเชิงคุณภาพในแต่ละขั้นตอนอย่างถูกต้องภายใต้การฝึกสอนและคำแนะนำของอาจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์ นพเกษร วิทยาการ และคณะ

## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งในองค์กรชุมชน  
จำนวน ๑๒ ชื่อ

- เครื่องบันทึกเสียง mp๔

- แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามโดยใช้แนวคิดจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึก แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย ๖ ประเด็น ดังนี้

๑. บริบทวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ เป็นอย่างไร

๒. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ใช้ศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดำรงชีวิตอย่างไร

๓. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีเป้าหมายของชีวิตอย่างไร

๔. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้คุณค่าความหมายของชีวิต มีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในชีวิตอย่างไร

๕. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีความเข้าใจโลกและชีวิตอย่างไร

๖. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เผชิญและแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในภาวะวิกฤตของชีวิตอย่างไร



ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบสัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึก /แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ประเด็นหลัก ของคำถาม (Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามล้วงลึก (Probe Question)	วิธีการเก็บ ข้อมูล (Data Collection Method)	แหล่งข้อมูล (Source )
สุขภาวะทาง จิตวิญญาณ ของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์	จิตวิญญาณของ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์เป็น อย่างไร	วิถีชีวิตของผู้ ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ในการ ดำเนินชีวิตให้ มีความสุขสงบ เป็นอย่างไร	-อะไรคือคุณค่าของการมี ชีวิตอยู่และมีความหมายต่อ การมีชีวิตอยู่  -มีอะไรบ้างในวิถีชีวิตที่รู้สึกมี คุณค่า ภูมิใจและมีความ พอใจในชีวิต  -อะไรคือสิ่งที่คุณเชื่อ และ ศรัทธา และคุณปฏิบัติต่อสิ่ง ที่คุณเชื่อและศรัทธานั้น อย่างไร  -มีความคิดความรู้สึกต่อชีวิต และการดำเนินชีวิตอย่างไร  -เผชิญและแก้ไขปัญหาใน ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นอย่างไร	IDI  OBS	-ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์  -เจ้าหน้าที่ รพ.นา จะหลวยที่ดูแลผู้ ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
การดูแลสุข ภาวะด้านจิต วิญญาณ	การให้บริการ ดูแลสุขภาวะ ด้านจิตวิญญาณ แก่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์เป็น อย่างไร	ความเชื่อและ เจตคติด้านจิต วิญญาณของ เจ้าหน้าที่ผู้ ให้บริการดูแลผู้ ติดเชื้อ/ป่วย เอดส์เป็น อย่างไร	-แนวทางในการสอบถาม เกี่ยวกับความเชื่อและสิ่งยึด เหนี่ยวในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์เป็นอย่างไรและมี ความคิดอย่างไรเกี่ยวกับ ความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว นั้น	IDI  FGD	-เจ้าหน้าที่ รพ.นา จะหลวยที่ ให้บริการรักษา และดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์
		วิธีการดูแล รักษาผู้ติด เชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ด้านจิต วิญญาณเป็น อย่างไร	-มีวิธีการหรือแนวทางเปิดโอกาสให้ผู้ ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้ปฏิบัติตามความ เชื่อและศรัทธาอย่างไรบ้าง  -ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแล ด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างไรและแนว ทางแก้ไขควรเป็นอย่างไร	IDI  FGD	-เจ้าหน้าที่ รพ.นา จะหลวยที่ ให้บริการรักษา และดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเด็นหลักของ คำถาม(Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามล้วงลึก (Probe Question)	วิธีการเก็บข้อมูล (Data Collection Method)
การให้บริการด้าน จิตวิญญาณที่ เหมาะสม	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มี ความต้องการการดูแล ด้านจิตวิญญาณเมื่อเข้า รับการรักษาใน สถานพยาบาลอย่างไร บ้าง	-เพราะอะไรจึงมี ความต้องการ ได้รับการดูแล ด้านจิตวิญญาณ อย่างนั้น	-ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ต้องการให้จัด หรือให้มีอะไรในการให้การดูแล ด้านจิตวิญญาณ	FGD
บริบทวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจของ ผู้ติดเชื้อผู้ป่วย เอดส์	วิถีชีวิตสังคมและ เศรษฐกิจของผู้ติด เชื้อผู้ป่วยเอดส์เป็น อย่างไร	การดำเนิน ชีวิตประจำวัน สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจ เป็นอย่างไร	-ชีวิตในแต่ละวันต้องทำอะไรบ้าง/ อย่างไรเกี่ยวข้องกับใครบ้าง อย่งไร บ่อยแค่ไหนและเพราะอะไร  -รายได้รายจ่ายและภาวะหนี้สินใน ครอบครัวเป็นอย่างไร  -ท่านมีส่วนร่วมหรือมีบทบาท หน้าที่/ความรับผิดชอบในหมู่บ้านหรือ ชุมชนที่ท่านอยู่อย่างไรบ้าง	IDI
	-วัฒนธรรมและ ความเชื่อของผู้ติด เชื้อผู้ป่วยเอดส์เป็น อย่างไร	-ประเพณี แบบ แผนและความ เชื่อในการดำเนิน ชีวิตเป็นอย่างไร	-มีงานประเพณี พิธีกรรมอะไรบ้าง ท่าน เข้าไปร่วมหรือมีส่วนร่วมอย่างไร  -ท่านมีความเชื่อในประเพณี พิธีกรรม เหล่านั้นอย่างไรและคิดว่ามีผลต่อชีวิต อย่างไร  -เมื่อพูดถึงเรื่องจิตวิญญาณท่านคิดถึง อะไรและคิดว่ามีผลต่อชีวิตและสุขภาพ ท่านอย่างไร  -ท่านคิดว่าอยากมีรูปแบบในการใช้ชีวิต อย่างไรเพราะอะไรถึงอยากมีชีวิตแบบ นั้น  -ท่านวางแผนที่จะดำเนินชีวิตของท่าน ต่อไปอย่างไร	IDI

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเด็นหลัก ของคำถาม (Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามลึกลับ (Probe Question)	วิธีการเก็บ ข้อมูล (Data Collection Method)	แหล่งข้อมูล (Source )
สิ่งยึดเหนี่ยวใน ชีวิตของผู้ติด เชื่อผู้ป่วยเอดส์	-สิ่งยึดเหนี่ยวใน ชีวิตของผู้ติดเชื่อ ผู้ป่วยเอดส์เป็น อย่างไร	-ความยึดมั่น ในการนับถือ ศาสนาเป็น อย่างไร	-ศาสนามีความสำคัญต่อท่าน หรือไม่อย่างไร  -ท่านคิดอย่างไรต่อคำสอน ของพระพุทธเจ้า  -มีการนำธรรมะหรือคำสอน มาใช้ในชีวิต ประจำวัน อย่างไรบ้าง  -ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนาอย่างไรบ้าง มากขึ้น หรือน้อยลงกว่าเดิม  -การสวดมนต์ภาวนาช่วยท่าน ได้หรือไม่อย่างไร	IDI	ผู้ติดเชื่อผู้ป่วย เอดส์
		-ความเชื่อใน พลังอำนาจ เหนือ ธรรมชาติเป็น อย่างไร	-ท่านมีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ของบูชาที่นอก เหนือจากศาสนา อะไบ้าง เพราะอะไรมากขึ้นหรือ น้อยลงกว่าเดิม  -สิ่งศักดิ์สิทธิ์เหล่านั้นมีผลต่อชีวิต และสุขภาพอย่างไร  -พิธีกรรมและการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ นั้นทำอย่างไร	IDI	ผู้ติดเชื่อผู้ป่วย เอดส์
		การมี สัมพันธภาพ กับบุคคลเป็น อย่างไร	-ท่านติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกใน ครอบครัว/ญาติ/เพื่อนอย่างไร  -ใครบ้างที่ท่านเคารพนับถือและศรัทธา และท่านได้ปฏิบัติหรือแสดงออกต่อ บุคคลเหล่านั้นอย่างไร  -ใครเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับท่าน ท่านจะนึกถึงใครเมื่อท่านต้องการความ ช่วยเหลือ และเขาช่วยท่ายอย่างไร	IDI	ผู้ติดเชื่อผู้ป่วย เอดส์

## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเด็นหลัก ของคำถาม (Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามลึกลับ (Probe Question)	วิธีการเก็บ ข้อมูล (Data Collection Method)	แหล่งข้อมูล (Source )
คุณค่า ความหมาย ของชีวิต และมี เป้าหมายใน ชีวิต	-ให้ความหมาย ของชีวิตว่า อย่างไร	-คุณค่า ความหมาย ของชีวิตเป็น อย่างไร	--ขณะนี้ท่านรู้สึกกับตัวเอง อย่างไรบ้างเพราะอะไรจึง รู้สึกเช่นนั้น -อะไรที่ทำให้ท่านมีชีวิตอยู่มา ได้จนถึงปัจจุบัน เพราะอะไร -ถ้าท่านคิดจะมีชีวิตอยู่ต่อไป อะไรที่จะทำให้ท่านมีชีวิตอยู่ ต่อไปได้ เพราะอะไร	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
		-มีความรู้สึก กับตัวเอง อย่างไรบ้าง	-ในปัจจุบันท่านมีความ ภาคภูมิใจในตัวเองอย่างไร บ้าง เพราะอะไรถึงภาคภูมิใจ	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
	-ความพึงพอใจใน ชีวิตในปัจจุบัน เป็นอย่างไร	-ความพึง พอใจในชีวิต ในปัจจุบันเป็น อย่างไร	-ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจใน ชีวิตของตัวเองขณะนี้ อย่างไร เพราะอะไร -ความพึงพอใจในครอบครัว เป็นอย่างไร -ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต อยู่ร่วมกับสังคม/ชุมชน/ หมู่บ้าน ขณะนี้เป็นอย่างไร	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
	-เป้าหมายในชีวิต ขณะนี้ เป็น อย่างไร	-วางแผนชีวิต ไว้ อย่างไรบ้าง	-ท่านวางแผนที่จะดำเนินชีวิต ของท่านต่อไปอย่างไร	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเด็นหลัก ของคำถาม (Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามล้วงลึก (Probe Question)	วิธีการเก็บ ข้อมูล (Data Collection Method)	แหล่งข้อมูล (Source )
ความสามารถ ในการเผชิญ และแก้ปัญหา ในภาวะวิกฤต อย่างเหมาะสม	-มีพลังในการ ดำรงชีวิตใน ปัจจุบันเป็น อย่างไร	-พลังในการ ดำรงชีวิตใน ปัจจุบันเป็น อย่างไร	-ความหวังหรือกำลังใจในชีวิต ของท่านทุกวันนี้ เป็นอย่างไร อะไรคือแหล่งของความหวัง หรือกำลังใจนั้น เพราะอะไร  -ท่านสามารถพึ่งตนเองได้ แค่ไหน และอย่างไรบ้าง	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
	-มีการเผชิญและ จัดการกับปัญหา วิกฤตในชีวิต อย่างไร	-เผชิญปัญหา วิกฤตที่เกิดกับ ชีวิตและ แก้ปัญหา อย่างไร	-ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อรู้ว่า ติดเชื้อ แล้วท่านทำอะไรบ้าง ทำแล้วรู้สึกอย่างไร คิดว่าได้ อะไรจากการทำ  -ในช่วงนี้ท่านคิดว่ามีปัญหา อะไรที่ใหญ่และรุนแรง สำหรับท่านและท่านทำ อย่างไรกับปัญหานั้น  -มีผลต่อชีวิตอย่างไรและท่าน มีการปรับเปลี่ยนการดำเนิน ชีวิตอย่างไรบ้าง	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
ความเข้าใจโลก และชีวิตตาม ความเป็นจริง	-ความสามารถใน การจัดการกับ อารมณ์เป็น อย่างไร	-การจัดการ กับอารมณ์ ความรู้สึก ตัวเองเป็น อย่างไร	-ถ้ามีคนหรือมีอะไรมาทำให้ เกิดอารมณ์เศร้า/กลัว/โกรธ/ สุข ท่านทำอย่างไร  -ท่านจะทำอย่างไรกับคนหรือ สิ่งที่ทำให้ท่านมีอารมณ์นั้น	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเด็นหลัก ของคำถาม (Topic)	คำถามหลัก (Main Question)	คำถามตาม (Follow-up Question)	คำถามล้วงลึก (Probe Question)	วิธีการเก็บ ข้อมูล (Data Collection Method)	แหล่งข้อมูล (Source )
	-ความเข้าใจใน ชีวิตตามความ เป็นจริงใน ปัจจุบัน	-ความเข้าใจ ในชีวิตและ ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันเป็น อย่างไร	-ตอนนี้มองตนเองอย่างไรใน ฐานะเราที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง ที่ยังมีชีวิตอยู่ในโลกนี้  -มองการเจ็บป่วยและสุขภาพ ของตนเองว่าอย่างไร  -คิดว่าอะไรที่จะทำให้ท่านอยู่ อย่างมีความสุขได้  -ท่านคิดว่าขณะนี้ท่านมี ความสุขไหม มีอย่างไร อะไร ที่ทำให้ท่านมีความสุข	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
	มีความเข้าใจโลก และความ เชื่อมโยงของสิ่ง ต่าง ๆ อย่างไร	-มีความเข้าใจ ในธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อมใน ปัจจุบัน	-สภาพธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร  -มีความรู้สึกอย่างไรต่อการ เปลี่ยนแปลงนั้น	IDI	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- ๕.๑ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลเพื่อเสริมสร้างสภาวะทางจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความคิดความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมและความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- ๕.๒ เข้าใจบริบทวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์
- ๕.๓ เข้าใจสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์คุณค่า ความหมายของชีวิต และมีเป้าหมายในชีวิต
- ๕.๔ ความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาในภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม / ความเข้าใจโลกและชีวิตตามความเป็นจริงการให้บริการด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสม

## ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ ได้ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์  
 ๖.๒ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรม

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๗.๑ ผู้วิจัยต้องใช้ความพยายาม ความตั้งใจเป็นอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง  
 ๗.๒ การสัมภาษณ์เชิงลึกแตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบสอบถามทั่วไป ด้วยการเน้นการสนทนาแบบเปิดกว้าง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวและแบ่งปันมุมมองอย่างอิสระ กระบวนการนี้ช่วยให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ส่วนตัวอย่างลึกซึ้ง เหมาะสำหรับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และค้นพบข้อมูลเชิงลึกที่ซ่อนเร้น สร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น  
 ๗.๓ ขนาดตัวอย่างที่จำกัด เนื่องจากเวลาและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับ IDI คุณอาจต้องจำกัดขนาดของตัวอย่างของคุณขึ้นอยู่กับงบประมาณของคุณและขนาดของประชากรโดยรวมที่คุณกำลังสุ่มตัวอย่าง IDI อาจเหมาะสมหรือไม่ก็ได้

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ๘.๑ ผู้สัมภาษณ์ที่มีประสบการณ์ ประโยชน์ของการดำเนินการ IDI ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ที่มีประสบการณ์จะรู้ว่าเมื่อใดควรซักถามรายละเอียดเพิ่มเติม เรียกคืนคำตอบก่อนหน้าในการสัมภาษณ์ที่อาจใช้ได้กับคำถามในระยะต่อไป และจดบันทึกโดยละเอียดสำหรับการประมวลผลข้อมูลและการเข้ารหัสในภายหลัง ทักษะทั้งหมดเหล่านี้จำเป็นต่อการใช้ประโยชน์สูงสุดจาก IDI ของคุณ

### ๙. ข้อเสนอแนะ

- ๙.๑ วิธีการสัมภาษณ์ที่ใช้การเข้าใจ มุ่งในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (ผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ร่วมวิจัย) ประกอบกับทักษะการช่างสังเกต Observation จากสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย การตอบสนองต่อคำถามต่าง ๆ จะเป็นอีกหนึ่งตัวช่วยให้พิสุจน์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไปจนถึงเข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึกจะช่วยให้รู้ว่าผู้รับบริการ มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณอย่างไร เพื่อให้สามารถ นำไปยกระดับ พัฒนาระบบบริการให้ตรงใจ ผู้ใช้บริการ ออกแบบบริการ สร้างประสบการณ์ นวัตกรรมใหม่ให้ตรงกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ติดเชื้อเอดส์

- ๙.๒ พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างเสริมจิตวิญญาณให้เข้มแข็ง สามารถก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆไปได้ด้วยดี

### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ๑๐.๑ เวทีประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี  
 ๑๐.๒ เวทีการประชุมคณะกรรมการอำเภอ อำเภอหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ( ระบุร้อยละ ) ร้อยละ 100%

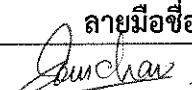
๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) ....นายสมใจ คำมุงกุล.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐ %.....  
 ๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....  
 ๓) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นายสมใจ คำมุงกุล)  
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
 (วันที่) .....๑๗.../...มีนาคม.../...๒๕๖๘....  
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นายสมใจ คำมุงกุล.....	
ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 ( นายอัครภูษิต ฝลานั้นต์ )  
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาจะหลวย  
 (วันที่) .....๑๗.../...มีนาคม.../...๒๕๖๘....  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 ( นายอัครภูษิต ฝลานั้นต์ )  
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาจะหลวย  
 (วันที่) .....๑๗.../...มีนาคม.../...๒๕๖๘....  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ เม.ย. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ  
 เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



**แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยการสร้างเครือข่ายการให้บริการในชุมชน โดยความร่วมมือของ อสม. และแกนนำชุมชน อำเภอหนองหลวง จังอุบลราชธานี

**๒. หลักการและเหตุผล**

เอชไอวี / เอ็ดส์เป็นกลุ่มอาการเป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ในโรงพยาบาลหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาลมีอาการของโรคฉวยโอกาสหรือโรคร่วมที่มีอาการรุนแรงแล้วทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ดังกล่าวมีอัตราการเสียชีวิตสูง

โรงพยาบาลหนองหลวงได้ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในรูปแบบ One stop service ตามมาตรฐาน HIVQUAL-T model โดยทีมงานสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่เข้ามาอยู่ในโครงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยการให้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาสและยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ ที่มีข้อบ่งชี้ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS มีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS หลายรายที่ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง กลัวคนรอบข้างและสังคมรังเกียจ ไม่ยอมมารับการรักษา เมื่อเข้าสู่ระยะปรากฏอาการเกิดโรคฉวยโอกาส และโรคร่วมทำให้เป็นการระงับของครอบครัวที่ต้องเสียเวลาในการมาดูแล และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาล บางรายมีอาการรุนแรงมากจนเสียชีวิต ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลหนองหลวง มีผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ที่เข้ารับการรักษา จากปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ จำนวน ๙๒ , ๑๑๐ , ๑๓๐ ราย ตามลำดับ และไม่ได้เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เสียชีวิตในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ราย ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ราย และในปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๗, ๒.๗๒ และ ๑.๕๓ ตามลำดับ

ดังนั้น เพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (AIDS Voluntary Counseling and testing ) ควรมีเครือข่ายจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแกนนำชุมชนเข้าไปสู่ชุมชนในเชิงรุก เพื่อลดการขัดแย้งทางด้านจิตสังคมและเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยเน้นประชาชนผู้มารับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS สามารถเข้าถึงระบบบริการก่อน ที่จะมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

๑. ผลการดำเนินงานการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS แบบองค์รวมในปีที่ผ่านมาพบว่ายังมีประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้าสู่ระยะเอ็ดส์เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองหลวงด้วยโรคฉวยโอกาสและโรคร่วม

๒. การให้บริการให้คำปรึกษา และตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจในเชิงรุก ควรมีการสร้างเครือข่ายและขยายสู่ชุมชนโดยอาศัย อสม. และแกนนำชุมชนมีส่วนร่วม เป็นสื่อกลาง โดยทั้งนี้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องได้รับการอบรม เพื่อให้มีพื้นฐานของการมีเจตคติที่ดี และมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค ตลอดจนมีการฝึกฝนทักษะ การให้การปรึกษาจนสามารถเป็นผู้ให้การปรึกษาได้ในชุมชน

๓. คุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมในหลายมิติ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวและผู้ใกล้ชิด การทำความเข้าใจในบริการของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือติดเชื้อ HIV ตามวิถีชีวิต

หรือปัจจัยทางด้านจิตใจ และสังคม ตลอดจนปัญหาของบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจการยอมรับบริการตรวจเลือด ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยอมรับกัน ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการได้ทำความเข้าใจในบริบทเหล่านั้นพร้อม ๆ กับการทำให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเอง ตลอดจนความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง

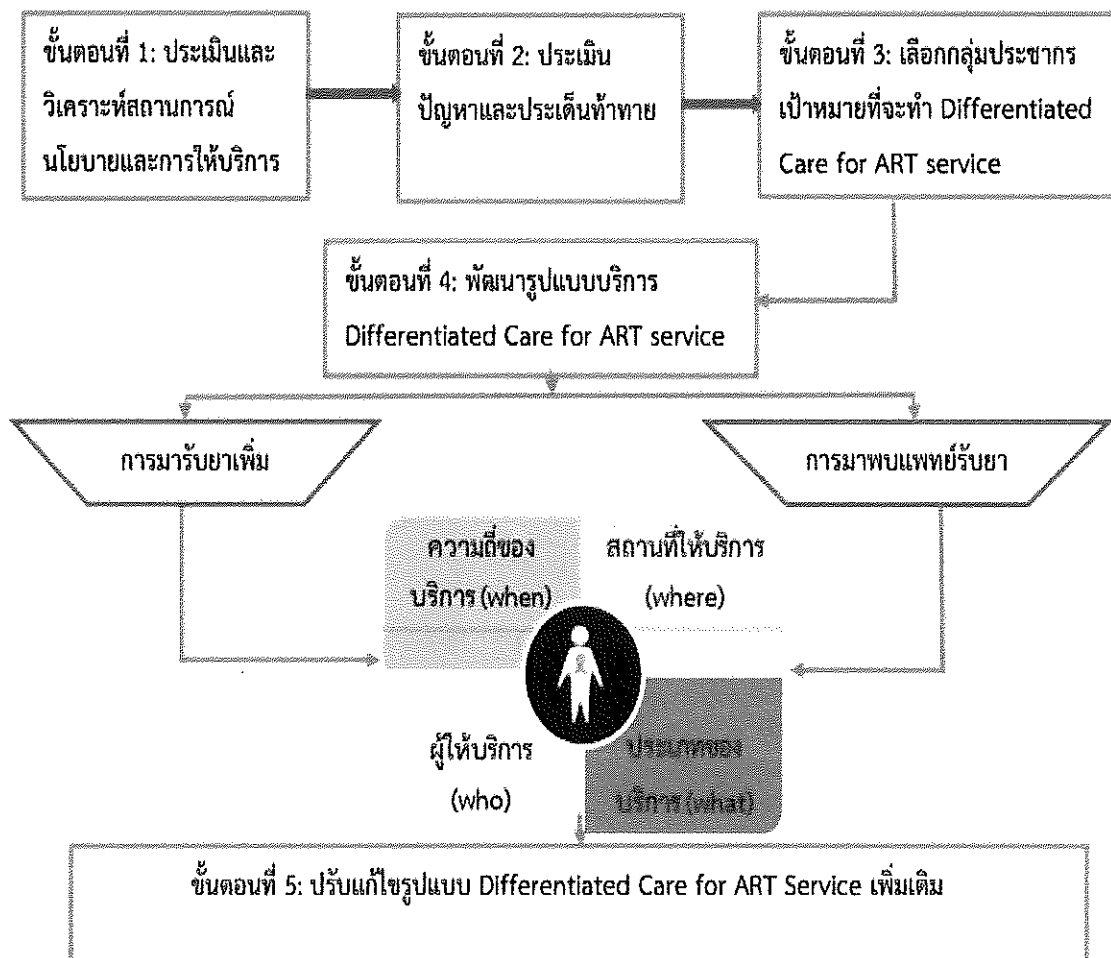
### ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยการสร้างเครือข่ายการให้บริการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอสม.และแกนนำชุมชนอำเภอจะหลวยจังหวัดอุบลราชธานี

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

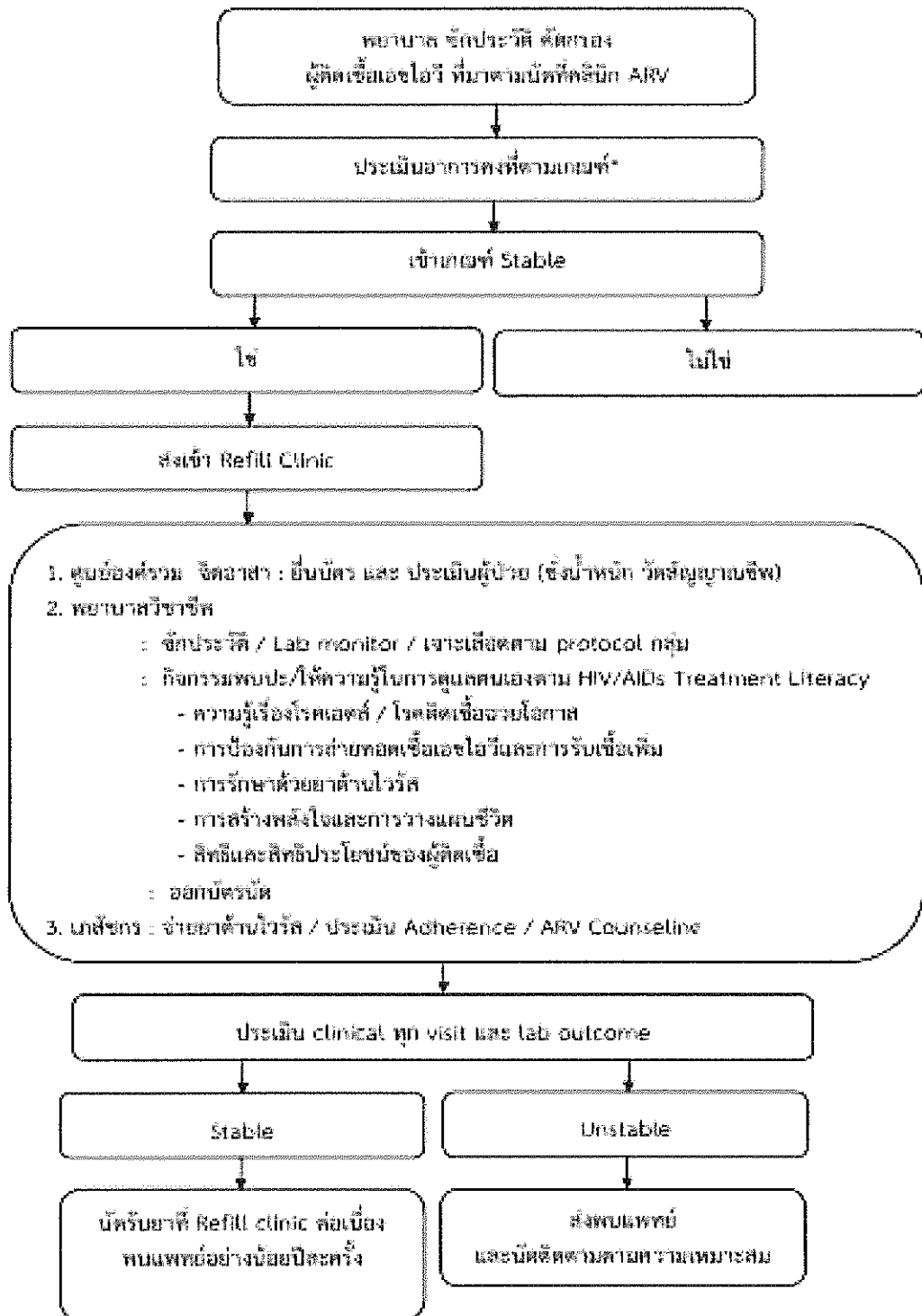
๑. จัดทำโครงการตามลำดับขั้นตอน
๒. ประสานความร่วมมือทีมงานวิทยากร อสม. และแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
๓. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ อสม. และแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
๔. ดำเนินงานตามกิจกรรมของโครงการในเชิงรุกร่วมกับทีมงานเครือข่ายไปสู่ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย
๕. ติดตามนิเทศงานและประเมินผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
๖. สรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาลงไป

### รูปภาพ ขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการ Differentiated Care



ที่มา: ตัดแปลงมาจาก International AIDS Society (2016)

## รูปแบบการมารับยาเพิ่ม (Refill) โรงพยาบาลนาจะหลวย



\* ประเมินผลด้วยรายการในแนบท้าย 2 ก่อนทำการคัดกรองและพิจารณาให้แพทย์วินิจฉัยการคงที่/ไม่คงที่ DHT Case

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีกลุ่มเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาในการเจาะเลือดเอชไอวีด้วยความสมัครใจครบทุกชุมชนในอำเภอ นานา จะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ผู้นำชุมชน และอสม.ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะที่สามารถให้การปรึกษา และข้อมูลข่าวสารแก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงแก่ผู้ติดเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีเครือข่ายที่สามารถให้การบริการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และประชาชน กลุ่มเสี่ยงระดับตำบลในอำเภอนานาจะหลวย ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน HIV QUAL – T model ดังนี้
  - ๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CD4 Viral Load ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๒ ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิ (Primary OI prophylaxis) ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๓ ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัส ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๔ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๕ ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (safe sex) และการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV (Positive Prevention) ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๖ ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (VDRL หรือ RPR) ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๗ ผู้ป่วยหญิงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๘๕
  - ๒.๘ ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจสังคม ร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ) .....

(นายสมใจ คำมงคล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่)....๑๗..../...มีนาคม..../...๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- ( ✓ ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ **นาย พงษ์สุมใจ คำมุงคด**
  - ( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ..... **ร้อยตรี พงษ์สุมใจ คำมุงคด**  
 (.....) (สรมงคล มงคลศิริ)  
 (ตำแหน่ง) ..... รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
 (วันที่) ..... / ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี  
**๕ เดือน ๕ ๒๕๖๕**

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน – พฤษภาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เคยปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัด สำนักปลัด เทศบาลตำบลเมืองศรีโค ตำบลเมืองศรีโค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗ ปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล และประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลเมืองศรีโค ซึ่งมีทั้งหมด ๑๑ หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๑๑๘ คน โดยปฏิบัติงานในโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโครงการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เป็นประจำทุกปี รวมระยะเวลา ๕ ปี มีการประสานงานกันในพื้นที่ จัดตั้งกลุ่มไลน์ อสม.เพื่อประสานงานกัน ได้เห็นบริบทการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนอย่างใกล้ชิด จนมีความคุ้นเคยและมีความผูกพันอันดีตลอดจนการร่วมงานในวันสำคัญต่างในพุทธศาสนาและงานพิธีกรรมต่างๆในชุมชน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ได้มีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลของทุกประเทศเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดหาวิถีที่เหมาะสม เพื่อให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๓ หรือ Health for all by the year ๒๐๐๐ ต่อมาในเดือนกันยายน ๒๕๒๑ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care; PHC) ที่เมืองอัลมา อตา สหพันธรัฐรัสเซีย เพื่อร่วมกันพิจารณาหาวิธีที่จะทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และที่ประชุมได้มีแถลงการณ์ที่กันเรียกว่า คำประกาศอัลมา อตา (Alma Ata Declaration) ซึ่งระบุว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเพื่อความยุติธรรมในสังคม และเป็นกุญแจที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี ๒๕๔๓ ได้”

### พัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานในไทย

ประเทศไทยโดย พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาทางสุขภาพ (Charter for Health Development) อันเป็นข้อตกลงระหว่างไทยกับองค์การอนามัยโลก ยืนยันว่าจะยึดถือการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของประเทศ ในวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า งานสาธารณสุขมูลฐานไทยได้ดำเนินการผ่านมาแล้วสามทศวรรษ จวบจนเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่สี่ ซึ่งเส้นทางการดำเนินการที่ผ่านมาล้วนน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

“การสาธารณสุขมูลฐาน คือการดูแลสุขภาพอนามัยโดยประชาชน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ด้วยการสนับสนุนของรัฐ” หากเมื่อพิจารณาถึงงานสาธารณสุขมูลฐานในไทยนั้น พบว่า ได้มีการดำเนินงานมาก่อนที่รัฐบาลจะประกาศนโยบายตามมติองค์การอนามัยโลก สามารถแบ่งได้เป็น ๘ ระยะ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันได้ดังนี้

### ๑. พัฒนาการระยะแรก ( พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๑๙)

งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นมาจากการที่ประชาชนในชนบทประสบกับปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาการขาดแคลนของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๐๕ มีการอบรมอาสาสมัครกำจัดไข้มาเลเรียขึ้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาโรคมาเลเรียที่มีการระบาดในขณะนั้น

ในปี ๒๕๐๙ นพ.สมบุรณ์ วัชรโรทัย ศึกษาและพบว่า อัตราการไปใช้บริการที่สถานีอนามัยตำบลทุกระดับมีระดับต่ำมาก จึงหาวิธีแก้ไขโดยจัดทำโครงการทดลองที่สำคัญ คือ โครงการส่งเสริมอนามัยชนบท จ. พิษณุโลก ในเวลาเดียวกันกับ นพ.อมร นนทสูต ที่ได้ทำการทดลองโครงการที่ อ.สารภี จ. เชียงใหม่ หลังจากทดลองโครงการไประยะหนึ่งคณะกรรมการดำเนินโครงการสารภี ประกอบด้วย นพ.สมบุรณ์ วัชรโรทัย นพ.อมร นนทสูต และนพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เห็นว่า ควรนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ พร้อมทั้งได้คัดเลือกประชาชนมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) หลังจากนั้น ๑ ปี พบว่าอัตราการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการขยายโครงการไปยังอำเภออื่นๆในจังหวัดเชียงใหม่ และอ.โนนไทย จ.นครราชสีมา

### ๒. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔)

พ.ศ. ๒๕๒๒ โครงการสาธารณสุขมูลฐานได้เริ่มต้นและผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ภายใต้ “แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)” มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม สสม. ต่อมาในปี ๒๕๒๓ หลังจากที่ไทยได้มีการร่วมลงนามกับองค์การอนามัยโลก ในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ เมื่อในวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นส่วนราชการ มีฐานะเทียบเท่ากอง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันคือ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แผนงานสสม. จะเน้นหนักการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นครูฝึกสาธารณสุขมูลฐาน และจัดอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ มีการกำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ ๘ กิจกรรมตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ระยะเวลาที่ ถือได้ว่าเป็นระยะการสร้างอสม.และผสส. กำเนิดกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน รวมทั้งมีการจัดระบบบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการครั้งแรก เป็นการเริ่มต้นของการพัฒนา ๓ ก. คือ กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการ

### ๓. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕ - ๒๕๒๙)

มีการจัดตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสาธารณสุขมูลฐานขึ้นหลายแห่ง ทั้งในเขตปริมณฑลและภูมิภาคโดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัยเสนอ "โครงการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน" เพื่อขอสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลญี่ปุ่น ภายใต้โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แห่งอาเซียน (ASEAN HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT PROJECT) รัฐบาลญี่ปุ่นได้ลงนามให้ความช่วยเหลือด้านการก่อสร้างและด้านวิชาการในวงเงิน ๔๐๐ ล้านบาท เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๒๕ ประกอบด้วยศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา นครปฐมปัจจุบันคือ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน และศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐาน ๔ ภาค ปัจจุบันคือ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ภาคกลาง (ชลบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ขอนแก่น) ภาคเหนือ (นครสวรรค์) ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช) และชายแดนภาคใต้ (ยะลา) รวมทั้งมีการกำหนดสายงานรองรับในระดับจังหวัด คือ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” อยู่ภายใต้งานพัฒนาบุคลากร รวมทั้งกำหนดบทบาทรองรับในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

การดำเนินงานในระยะนี้ เป็นช่วงการประสานงานเพื่อดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกันใน ๔ กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดโครงการ “ปีรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” ส่งเสริมให้เกิด “กระบวนการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ระหว่างหมู่บ้าน” หรือ “โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน” ทั้งยังเริ่ม “โครงการปีรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ(ประช.)” โดยใช้เครื่องมือชี้วัด “ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)” เป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้การวางแผนขององค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ คือ “คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ” โดยมีการดำเนินการตามกระบวนการ จปฐ. และกชช ๒ ค. ซึ่งมี ๘ หมวด ๓๒ ตัวชี้วัด ในจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านทั่วประเทศ

#### ๔. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐ - ๒๕๓๔)

ในระยะนี้ จะเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้เกณฑ์จปฐ. เพื่อเร่งรัดให้เกิดการดำเนินงานสสม. ให้ขยายครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง มุ่งปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการตามระบบการพัฒนาาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.)

ในการพัฒนาศักยภาพของอสม. มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรเป็นรูปแบบผสมผสาน โดยได้รับงบประมาณในการฝึกอบรมโดยตรงจากคณะกรรมการสสม. มีการเพิ่มกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน ๒ กิจกรรม ได้แก่ งานทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิต รวมเป็น ๑๐ กิจกรรม

#### ๕. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕ - ๒๕๓๙)

เป็นการดำเนินการต่อจากแผนฯ ๖ มุ่งเน้นให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และบรรลุคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. มีการเพิ่มกิจกรรมใหม่ของงานสสม.อีก ๔ กิจกรรม คือ อนามัยสิ่งแวดล้อม, การคุ้มครองผู้บริโภค, การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ, และการป้องกันและควบคุมเอดส์ รวมเป็น ๑๔ องค์กรประกอบ ได้แก่ งานโภชนาการ งานสุขศึกษา การรักษาพยาบาล การจัดหายาที่จำเป็น การสุขภาพิบาลและจัดหาน้ำสะอาด อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพฟัน การส่งเสริมสุขภาพจิต อนามัยสิ่งแวดล้อม คุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมเอดส์ มีการส่งเสริมและการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขโดยชุมชน จัดตั้ง “ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)” ครอบคลุมหมู่บ้าน ในเขตชนบท มีการปรับปรุงตัวชี้วัดจปฐ. เป็น ๙ หมวด ๓๗ ตัวชี้วัด และมีการจัดเก็บข้อมูล จปฐ.เป็นประจำทุกปี จนถึงปัจจุบัน และได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข จนวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๓๖ คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้วันที่ ๒๐ มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๓๗

#### ๖. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๔๐ - ๒๕๔๔)

มีการส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งเสริมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เป็นแกนสำคัญในการดูแลสุขภาพของครอบครัว และส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ ๗,๕๐๐ บาทต่อหมู่บ้านต่อปี เพื่อดำเนินกิจกรรม ๓ กิจกรรม ได้แก่ พัฒนาศักยภาพคน แก้ไขปัญหาสาธารณสุข และให้บริการใน ศสมช.



๗. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๔๙)

เกิดการปฏิรูประบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนเป็นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เกิดระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ต่อยอดแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน มีการถ่ายโอนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ ๗,๕๐๐ บาท ต่อหมู่บ้านต่อปี ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๘. ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐ - ปัจจุบัน)

เกิดกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า อสม. คืออาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำการรักษาพยาบาลได้อย่างง่ายๆ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เริ่มก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ในระยะแรกเป็นโครงการทดลองใน ๒๐ จังหวัด โดยทดลองในทุกอำเภอ อำเภอละ ๑ ตำบล เรียกว่าเป็นการใช้ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งเป็นวิธีหลักในการพัฒนาสาธารณสุข

สาธารณสุขมูลฐานคืออะไร

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) คือ การดูแลสุขภาพที่จำเป็นตั้งอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติ โดยใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ และเป็นที่ยอมรับทั่วไปในสังคม เพื่อเป็นหลักการทั่วไปใช้ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และคนในชุมชน โดยผ่านการยอมรับของชุมชนและมีค่าใช้จ่ายในระดับที่ชุมชนยอมรับได้ ในทุกๆขั้นตอนของการพัฒนาต้องมีการยอมรับฟังความคิดเห็นของคนในกลุ่ม

ในอีกความหมายหนึ่ง สาธารณสุขมูลฐานคือ การดูแลสุขภาพ ในระบบสาธารณสุข รูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการจัดการทรัพยากรทางสุขภาพโดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ

การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะคัดเลือกโดยวิธีออกเสียงในที่ประชุม ซึ่งประกอบด้วยกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล แต่จะไม่มี การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจากราชการ เพื่อหลีกเลี่ยงความเข้าใจว่า อสม. เป็นข้าราชการ

อสม. ซึ่งกำเนิดขึ้นจากแนวทางในการใช้การสาธารณสุขมูลฐาน นับเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนทั้งในการ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และติดตามปัญหาสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมติให้ วันที่ ๒๐ มีนาคม ของทุกปีเป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ เนื่องจากวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นวันที่รัฐบาลได้บรรจุให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายและโครงการระดับชาติ

ตลอดระยะเวลากว่า ๔๐ ปี อาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ช่วยให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง ได้อย่างมหาศาล

ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นจำนวนกว่า ๑,๐๗๕,๑๖๓ คน (ข้อมูลวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๖) กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และชนบท ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ และส่งเสริมพี่น้องประชาชนในการดูแลสุขภาพ และทำตามสุขบัญญัติ เพื่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทุกคน ถือเป็นตัวอย่างในการใช้หลักการประชาธิปไตย และสิทธิชุมชน ในการสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างระบบสาธารณสุขให้กับประเทศไทย

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคม มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๓. เพื่อเสนอแนะแนวทางส่งเสริมสนับสนุน และเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย ให้ดำเนินการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กรอบแนวคิด

#### ตัวแปรต้น

“ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย NCDs ที่ได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี”

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- สถานภาพสมรส
- ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ความรักในงาน
- การรับรู้บทบาทของ อสม.

#### ปัจจัยด้านครอบครัว

- ลักษณะครอบครัว
- สัมพันธภาพในครอบครัว
- รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

## ปัจจัยทางสังคม

- แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

## ตัวแปรตาม

ความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๒ ทราบถึงความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ไปปฏิบัติ ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross – section Descriptive Research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) สร้างขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารตำรา การทบทวนวรรณกรรม วิทยานิพนธ์ ข้อมูลจากระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องและบทความต่างๆ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร ทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

ความหมายของแต่ละตัวแปร ได้แก่

n คือ ขนาดของตัวอย่าง

N คือ ขนาดของกลุ่มประชากร

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัย (ใช้ความคลาดเคลื่อนที่ ๐.๐๕)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปปฏิบัติในพื้นที่เขตจังหวัดอุบลราชธานี และจะได้นำผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการขับเคลื่อนนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี นำไปใช้ในวางแผน ปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล และพึ่งตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การจัดทำเครื่องมือ การจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการต่างๆ ในการดำเนินการในชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ช่วงระยะเวลาในการศึกษาอยู่ในช่วงระหว่างที่ผู้ศึกษากำลังปฏิบัติราชการที่มีปริมาณงานมาก และอยู่ในช่วงระยะเวลาที่กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งจะต้องจัดสรรเวลาเพื่อเข้ารับการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลด้วย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการ เชื่อมโยงกับสภาพปัญหาทั้งในระดับนโยบาย และในระดับปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่มีความเป็นรูปธรรม

๙.๒ ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ และสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                           |                      |            |              |
|---------------------------|----------------------|------------|--------------|
| ๑) จำเอก ขจรศักดิ์ เต็มดี | สัดส่วนของผลงาน      | ร้อยละ ๑๐๐ | (ระบุร้อยละ) |
| ๒) .....                  | สัดส่วนของผลงาน..... |            | (ระบุร้อยละ) |
| ๓) .....                  | สัดส่วนของผลงาน..... |            | (ระบุร้อยละ) |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

จำเอก .....

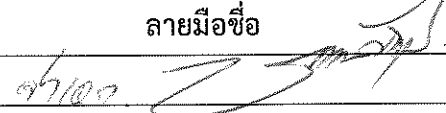
( ขจรศักดิ์ เต็มดี )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

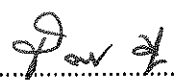
(วันที่) ๒๕ / ๐๓ / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
จำเอน ขจรศักดิ์ เต็มดี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

(..... (นางอติสารรัตน์ บุญทรง) .....

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

(วันที่) 28 / 9 / 68

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(..... (นายธีระพงษ์ แก้วกรม) .....

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) 2 / ๑ เมย ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ  
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
( ระดับชำนาญการ )

๑. เรื่อง การให้ความรู้เรื่องการนับหน่วยคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate Counting) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) หรือโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพที่สำคัญที่สุดของประชากรไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (WHO, ๒๐๑๘) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ แสดงให้เห็นว่าประชากรโลกที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีมากถึง ๑๕ ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทยกำลังพัฒนา มีประชากรป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๔ โรค ซึ่งอยู่ใน ๑๐ อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึง ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปีหรือเฉลี่ย ๓๗ คนต่อชั่วโมง (HFOCUS, ๒๕๖๑) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประชากรไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวถึง ๔ ล้านคน และ ๑๖ ล้านคน ตามลำดับ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขนขา ตาบอด เป็นต้น ดังนั้นโรค NCDs จึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติการกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะการคิดค้นมาตรการ สุขภาพ (Health intervention) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) เนื่องจากจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ประชาชนในวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและไม่ได้รับการคัดกรอง ผู้ที่พบโรคจากการตรวจส่วนหนึ่ง ยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร จากหลักฐานทางวิชาการระดับสากล พบว่า การรักษาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องประกอบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระหว่างการรักษาด้วย ถึงแม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าบริการทางการแพทย์ด้านโรคไม่ติดต่อ แต่ยังคงขาดการปรับระบบบริการ (reorient health service) เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในระบบการ รักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ด้วยปัญหาจากการจัดระบบบริการที่มีรูปแบบเดียวกันกับ ผู้ป่วยทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมีความรุนแรงสุขภาพและการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน ทำให้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่เท่าที่ควร เกิดความไม่เสมอภาคในการใช้ระบบบริการและเกิดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ จึงได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้าน ด้วยกระบวนการ จัดบริการแบบย่อส่วน (ประภา ราชา, จารุภา คงรส และธนพร สดชื่น, ๒๕๖๓)

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๓๘ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๔๑ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (๑๗.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (๙.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙) และโรคเบาหวาน (๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ ๓๐-๖๙ ปี หรือเรียกว่า "การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร"มากถึง ๑๕ ล้านคน โดยร้อยละ ๘๕ เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า ประเทศ อินโดนีเซีย มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเท่ากับ ๗๖๔ ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตต่ำสุดเท่ากับ ๔๒๗.๔ ต่อประชากรแสนคน หากพิจารณารายเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงทุกประเทศ ยกเว้นประเทศภูฏาน ที่พบเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบรายประเทศกับเพศ จะเห็นได้ว่า ประเทศเกาหลีเหนือ พบอัตราการเสียชีวิตในเพศชายสูงกว่าทุกประเทศเท่ากับ ๙๕๔.๖ ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่ประเทศเมียนมาร์พบอัตราการเสียชีวิตในเพศหญิงสูงกว่าทุกประเทศเท่ากับ ๖๙๑.๖ สำหรับประเทศไทย พบเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงเท่ากับ ๕๒๑.๕ และ ๓๔๘.๒ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต้อย่างสำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โรคไม่ติดต่อ ที่เป็นสาเหตุการตาย ๓ อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ๑๒๓.๓ ๔๗.๑ และ ๓๑.๘ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกอายุใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ใน ๑๐ อันดับแรก พบว่า ๕ อันดับแรกส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากกลุ่ม โรคไม่ติดต้อยกเว้นคือ เพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๑.๑ ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมาอีก ๔ อันดับ คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๗.๘ อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๗.๔ โรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๖.๕ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๖.๐ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ ๑๔.๖ ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากับ ร้อยละ ๘.๘ ไตอักเสบและไตพิการ (nephritis and nephrosis) ร้อยละ ๔.๐ และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ ๓.๗ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการตายจำแนกรายสาเหตุระหว่างเพศ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

สำหรับอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ ใน ๑๐ อันดับแรก พบว่า ๓ อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะด้วยโรคไม่ติดต่อนั้น พบสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย อันดับแรกคือ อันดับที่ ๒ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๖.๖ รองลงมาคือ อันดับที่ ๔ โรคหัวใจขาดเลือด และอันดับที่ ๖ โรคมะเร็งตับ ส่วนสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงนั้น อันดับแรกคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๘.๔ รองลงมาคือ อันดับที่ ๒ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๗.๓ และอันดับที่ ๓ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔.๓๙

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต้อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมสำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลกนั้น ได้เริ่มต้นชัดเจนอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. ๒๕๔๓เมื่อยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต้อยได้ถูกรับรองจากที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๕๓ ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตการจัดการปัญหา โดยเน้นไปที่กลุ่มโรคไม่ติดต้อยหลัก ๔ โรค ๔ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และ ๔ ปัจจัยเสี่ยงหลัก หรือที่เรียกว่า "๔x๔ model" คือ ๔ โรคหลัก ได้แก่ ๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด ๒) โรคเบาหวาน ๓) โรคมะเร็ง ๔) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ ๔ ปัจจัยคือ ๑) ภาวะไขมันในเลือดสูง ๒) ภาวะความดันโลหิตสูง ๓) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ๔) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย ๑) การบริโภคยาสูบ ๒) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๓) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ๔) การมีกิจกรรมทางกาย

ไม่เพียงพอ ซึ่งภายหลังจากในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประชาคมสุขภาพโลกได้มีความตระหนักในผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพจิต จึงได้เพิ่มขอบเขตการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อจากเดิม ("๔x๔" คือ ๔ กลุ่มโรค ๔ ปัจจัยเสี่ยงหลัก เป็น "๕x๕" คือ ๕ กลุ่มโรค ๕ ปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยได้เพิ่มประเด็นด้านมลพิษทางอากาศ และปัญหาสุขภาพจิต)

การนับคาร์โบไฮเดรต (carbohydrate counting) หรือ “การนับคาร์บ” เป็นวิธีการหรือเครื่องมือที่นำมาใช้ ในการวางแผนการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งเน้นความสำคัญของสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เป็นหลัก เนื่องจากเป็นสารอาหารสำคัญที่ทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหารเพิ่มสูงขึ้น (postprandial hyperglycemia) และพบว่า การนับคาร์โบไฮเดรตนั้น สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ข้อมูล การปริทัศน์เป็นระบบ (systematic review) และการ วิเคราะห์ทอภิมาน (meta-analysis) ในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ พบ ว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ เรื่องการนับ คาร์โบไฮเดรตสามารถทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาล ดีขึ้น โดยทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA๑c) ลดลง ร้อยละ ๐.๓๕ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานโดยทั่วไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการนับ คาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ในประเทศไทย พบว่าช่วยลดระดับ HbA๑c ได้ร้อยละ ๐.๕ เมื่อติดตาม ไปที่ระยะเวลา ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน นอกจากนี้ยังพบ ว่าการนับคาร์โบไฮเดรตทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีอิสระใน การเลือกกินอาหารมากขึ้น การนับคาร์โบไฮเดรตสามารถนำมาใช้ได้กับทั้งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ และผู้ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๑ American Diabetes Association (ADA) ได้แนะนำให้การนับ คาร์โบไฮเดรตเป็นอีกวิธีหนึ่งของการวางแผนการบริโภคอาหารให้กับผู้เป็นเบาหวานเพื่อช่วยกำหนดขนาดของยา ลดระดับน้ำตาล เช่น อินซูลิน หรือยากระตุ้นการหลั่งของ อินซูลินให้สอดคล้องกับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กิน

#### คำจำกัดความของการนับคาร์โบไฮเดรต

การนับคาร์โบไฮเดรต หมายถึง การนับปริมาณ คาร์โบไฮเดรตในอาหารที่กินซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน สนใจเพียงสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอย่างเดียว ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการบริโภคอาหารได้ทั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่ร่างกายขาดอินซูลินจำเป็น ต้องฉีดอินซูลินจากภายนอกเข้าไปในร่างกาย ซึ่งการจะ ควบคุมเบาหวานให้ดีนั้นจำเป็นต้องฉีดอินซูลินวันละ ๓-๔ ครั้ง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลที่สูงโดยต้องการอินซูลิน ก่อนมื้ออาหาร ๓ มื้อ (prandial insulin) และอินซูลินพื้นฐาน (basal insulin) การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต ในอาหารที่กินนั้นจะช่วยให้การคำนวณปริมาณอินซูลินที่ ต้องฉีดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลที่สูงจากมื้ออาหาร ส่วน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่กินอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรตในปริมาณมากในแต่ละมื้อ การนับ คาร์โบไฮเดรตจะช่วยควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตใน แต่ละมื้อให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้ว่า บางครั้งผู้ป่วยเบา หวานอาจจะไม่เลือกกินอาหารประเภทผลไม้ นม หรือ แป้งที่ไม่ขัดสี แต่เลือกกินอาหารจำพวกขนมหวาน หรือ เบเกอรี่แทน แต่อย่างน้อยก็สามารถควบคุมปริมาณ คาร์โบไฮเดรตให้สอดคล้องเป็นไปตามเป้าหมายได้ และ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบถึงพฤติกรรมการกินอาหาร ของตัวเอง อย่างไรก็ตามการนับคาร์โบไฮเดรตแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเรื่องปริมาณ พลังงานและไขมันในอาหารที่ได้รับร่วมด้วยเพื่อป้องกัน ภาวะน้ำหนักตัวเกิน

#### ทำไมต้องนับคาร์โบไฮเดรตในอาหาร

การนับคาร์โบไฮเดรตได้รับความสนใจอย่างแพร่ หลายและนิยมนำมาใช้ในวางแผนการบริโภคอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะเน้นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นหลักเนื่องจาก

๑. คาร์โบไฮเดรตเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระดับน้ำตาลหลังมื้ออาหาร และเป็นตัวกำหนดความต้องการของอินซูลิน (prandial insulin)



๒. คาร์โบไฮเดรตถูกเปลี่ยนไปเป็นน้ำตาลได้ ร้อยละ ๑๐๐ ภายใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังจากกินเข้าไปและเข้าสู่กระแสเลือดภายใน ๑๕ นาทีแรก๑.๒.๔๗ ในขณะที่ โปรตีนจะถูกเปลี่ยนเป็นน้ำตาลได้เพียงร้อยละ ๕๘๑.๕ และ ใช้เวลานานถึง ๓-๔ ชั่วโมง ส่วนไขมันจะถูกเปลี่ยนไปเป็น น้ำตาลได้เพียงร้อยละ ๑๐๒๓ และใช้เวลานานหลายชั่วโมง

การนับคาร์โบไฮเดรตได้รับความสนใจมากขึ้นเมื่อพบ ข้อมูลว่าระดับน้ำตาลหลังมื้ออาหารมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) มากกว่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหาร ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน หรือมีภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) หรือมีความผิดปกติทั้งสองอย่างร่วมกัน ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแส เลือดหลังกินคาร์โบไฮเดรตเพิ่มสูงขึ้น ปริมาณ ประเภท และแหล่งของคาร์โบไฮเดรตที่กิน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลหลังมื้ออาหาร ซึ่งการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตอย่างแม่นยำ และควบคุมปริมาณ สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตที่กินก็จะเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในมื้ออาหารให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังต้องตระหนักถึงสารอาหารประเภทไขมันและโปรตีนร่วมด้วย แม้ว่าจะไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเมื่อกินในปริมาณปกติ แต่ถ้ากินมากเกินไปก็จะมีผลต่อระดับน้ำตาลได้เช่นกัน รวมทั้งทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

### ระดับขึ้นของการนับคาร์โบไฮเดรตในอาหาร

การนับคาร์โบไฮเดรตในอาหารแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ

๑. การนับคาร์โบไฮเดรตระดับพื้นฐาน (basic carbohydrate counting) เป็นการนับคาร์โบไฮเดรตพื้นฐานอย่างง่าย นำเสนอถึงแนวคิดหรือหลักการในการนับคาร์โบไฮเดรต รวมถึงแนะนำวิธีการเลือกกินและสัดส่วน/ปริมาณของอาหาร (portion of food) ให้มีความเหมาะสม

เป้าหมายของการนับระดับนี้เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานเรียนรู้อาหารที่เป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง ผลไม้ นม และขนมหวาน เป็นต้น ความสัมพันธ์ของการ กินคาร์โบไฮเดรตกับระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการ เลือกหรือกินอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งเน้นให้ผู้ ป่วยเบาหวานกินคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารและมื้อว่างใน ปริมาณที่สม่ำเสมอและเป็นเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวัน เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาล ในช่วงแรกผู้ป่วยเบา หวานจะได้เรียนรู้และทำความเข้าใจถึงปริมาณและ สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตที่ถูกต้องซึ่งต้องอาศัยการชั่งตวง การอ่านฉลากโภชนาการ และรายการอาหารแลกเปลี่ยน ที่บอกถึงปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารซึ่งจะนำมาช่วย ในการคำนวณหาปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหาร

การนับคาร์โบไฮเดรตสามารถนับได้ทั้งแบบเป็น “กรัม” หรือนับแบบเป็น “ส่วน” โดย ๑ ส่วน (๑ คาร์บ) จะมีปริมาณคาร์โบไฮเดรต ๑๕ กรัม การนับคาร์โบไฮเดรต ระดับพื้นฐานนี้สามารถใช้ได้กับผู้เริ่มเรียนนับ คาร์โบไฮเดรตทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ผู้ป่วยเบา หวานชนิดที่ ๒ และผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ จะเหมาะสำหรับนำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มากที่สุด เนื่องจากจะช่วยในการวางแผนการบริโภคอาหาร ให้ ความเหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไปในแต่ละมื้อ และเหมาะสมกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานที่เริ่มนับคาร์โบไฮเดรตในระดับพื้นฐานในระยะแรกผู้ป่วยอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยมักให้ความสนใจกับสารอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรตเพียงอย่างเดียว โดยลืมนึกถึงอาหารจำพวกไขมันหรือโปรตีน ทำให้ผู้ป่วยกินอาหารกลุ่มนี้มากเกินไปจนได้รับพลังงานมากตามไปด้วย ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรตควรทำไปควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องการควบคุมปริมาณพลังงานในอาหารต่อวันและลักษณะอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพองค์รวมด้วย นอกจากนี้ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยอาจจะมี ปัญหาเรื่องน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่กินอาหารไม่ตรงเวลา ปริมาณอาหารและยาไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอาจกินอาหารเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำที่มากเกินไป เช่น การกินไอศกรีม ช็อคโกแลต นมเปรี้ยว เค้ก คุกกี้ เป็นต้น ซึ่งทำให้ได้รับพลังงานที่แฝงจากไขมันร่วมไปด้วย ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขา

อันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลเบาหวาน นักกำหนดอาหาร และเภสัชกร โดยทั่วไปภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวานนั้นหมายถึง การมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องรีบแก้ไขให้ระดับน้ำตาล มากกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร วิธีแก้ไขที่ถูกต้องนั้น ผู้เป็นเบาหวานควรใช้ “กฎ ๑๕/๑๕” (๑๕/๑๕ rule) ซึ่งเลข ๑๕ ตัวแรก หมายถึง การกินคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรต ๑๕ กรัม เช่น น้ำหวาน ๒ ซ้อนโต๊ะ น้ำผลไม้ ๑๒๐ มิลลิตร หรือน้ำตาลทราย ๑๕ กรัม (๑ ซ้อนโต๊ะ) และ ๑๕ ตัวที่สองหมายถึง หลังกินอีก ๑๕ นาที หลังจากกินคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่มีคาร์โบไฮเดรต ๑๕ กรัมแล้ว ให้เจาะน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำ เพื่อตรวจสอบว่าระดับน้ำตาลมากกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือไม่ ซึ่ง อาการมักจะดีขึ้นหลังได้รับอาหารตามปริมาณดังกล่าว แต่ถ้าระดับน้ำตาลยังน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้กลับไปกินซ้ำ การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำที่ถูกวิธีจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ และช่วยลดการกินอาหารที่มีปริมาณไขมันมากเกินไปได้

๒. การนับคาร์โบไฮเดรตระดับซับซ้อน (advance carbohydrate counting) เป็นระดับที่มีรายละเอียดมากขึ้น ออกแบบมาเพื่อใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ที่ฉีด อินซูลินวันละหลายครั้งหรือผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินปั๊ม (insulin pump) ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเรียนการนับคาร์โบไฮเดรตระดับซับซ้อนได้ จะต้องผ่านการเรียนรู้และมีทักษะในการนับคาร์โบไฮเดรตในระดับพื้นฐาน ซึ่งการเรียนเรื่องการนับคาร์โบไฮเดรตระดับซับซ้อนนี้จะช่วยเพิ่มความรู้และทักษะให้ผู้เป็นโรคเบาหวานสามารถคำนวณสัดส่วนและปรับปริมาณอินซูลินให้สอดคล้องกับ ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กินในแต่ละมื้อได้ วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตระดับซับซ้อนเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ใช้อาหารระดับน้ำตาลหลายตัว เช่น ได้รับยาลดระดับน้ำตาลชนิดกินร่วมกับชนิดฉีด หรือผู้ป่วยเบาหวานที่จำเป็นต้องฉีดอินซูลินวันละหลายๆ ครั้ง และในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินปั๊ม (insulin pump) ซึ่งในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ มีการศึกษาของ DAFNE Study group ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๑ ที่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถปรับอินซูลินในมื้ออาหารให้เหมาะสมกับคาร์โบไฮเดรตที่กินนั้น พบว่าการนับคาร์โบไฮเดรตสามารถลดระดับ HbA๑c ลงได้ร้อยละ ๑๑ การนับคาร์โบไฮเดรตในระดับนี้ผู้เป็นเบาหวานจะได้รับการสอนวิธีใช้อัตราส่วนของอินซูลินต่อคาร์โบไฮเดรต (insulin-to-carbohydrate ratio, ICR) ซึ่งอัตราส่วนนี้เป็นอัตราส่วนของปริมาณคาร์โบไฮเดรต (กรัม) ที่อินซูลิน ๑ ยูนิต สามารถจัดการได้หรือควบคุมให้ระดับน้ำตาลให้กลับสู่ระดับปกติได้ เช่น ถ้า ICR มีค่า ๑๐ หมายความว่า เมื่อจะกินคาร์โบไฮเดรต ๑๐ กรัม จะต้อง ฉีดอินซูลิน ๑ ยูนิต ถ้าอาหารในมือนั้นมีปริมาณ คาร์โบไฮเดรต ๓๐ กรัม จะต้องฉีดอินซูลิน ๓ ยูนิต โดยทั่วไปการกำหนดอัตราส่วนมักจะขึ้นอยู่กับความไวต่ออินซูลิน (insulin sensitivity) ของแต่ละคน โดยอัตราส่วนนี้ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นผู้กำหนด การจดบันทึกปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กินในแต่ละมื้อร่วมกับการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วมีความสำคัญในการนำมาใช้เป็น ข้อมูลเพื่อคำนวณหาค่า ICR เมื่อได้ค่า ICR แล้ว ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถกินได้มากหรือน้อยตามความต้องการแล้วบริหารอินซูลินตามอัตราส่วน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีความสุขและยืดหยุ่นในการกินอาหารมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการสอนวิธีการปรับปริมาณอินซูลิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำหรือน้ำตาลสูงเกินค่าน้ำตาลเป้าหมาย (correction factor หรือ insulin sensitivity factor) กล่าวคือ เป็นปริมาณอินซูลินที่ฉีดเพิ่มเติมหรืออินซูลินแก้ไข การนับคาร์โบไฮเดรตระดับซับซ้อนนี้ ผู้เป็นเบาหวานจำเป็นต้องฝึกทักษะการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตและการชั่งตวงให้เกิดความชำนาญ จะทำให้ได้ข้อมูลอัตราส่วนของปริมาณอินซูลินที่ใช้ต่อปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กินที่แม่นยำมากขึ้น แต่ต้องระมัดระวังว่าการได้รับพลังงานเกินจากการกินอาหารที่มีอิสระมากขึ้นอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

นอกจากนี้ผู้เป็นเบาหวานต้องตระหนักถึงปริมาณโปรตีน ไขมัน และใยอาหารที่กินรวมด้วย แม้ไม่ได้ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง ซึ่งพบว่าเมื่อกินอาหารที่มีโปรตีนสูงจะส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อผ่านไป ๓.๕ - ๕ ชั่วโมงหลังมื้ออาหาร ในขณะที่เมื่อกินอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันจะชะลอระยะเวลาที่อาหาร ผ่านจากกระเพาะไปสู่ลำไส้ (delayed gastric emptying time) ทำให้อาหารถูกดูดซึมช้าไปด้วย ซึ่งอาจจะทำให้ต้องปรับเวลาหรือยืดระยะเวลาการฉีดอินซูลินคุมมื้ออาหาร (bolus insulin) เพื่อให้การออกฤทธิ์ของอินซูลิน ครอบคลุมกับระดับน้ำตาลที่เพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำที่แน่ชัดสำหรับการปรับอินซูลิน

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงถึงระดับโปรตีนหรือไขมันในอาหาร สำหรับอาหารประเภทโยอาอาหารซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งที่ร่างกายไม่สามารถย่อยได้ จึงไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ปริมาณโยอาอาหารดูได้บนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหาร อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความแม่นยำในการนับมากขึ้น เมื่อกินอาหารที่มีโยอาอาหารสูงที่มีปริมาณโยอาอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ ๕ กรัมขึ้นไป จำเป็นต้องนำไปหักลบออกจากปริมาณคาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก่อนจะ คำนวณปริมาณอินซูลินคุมมื้ออาหาร (bolus insulin)

อย่างไรก็ดี การให้ความรู้เรื่องการสอนนับคาร์โบไฮเดรตทั้ง ๒ ระดับ จะเน้นความสำคัญของการควบคุมสัดส่วน ปริมาณของอาหาร เพื่อให้การนับถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝน โดยปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารนั้นจะขึ้นอยู่กับขนาดหรือหน่วยบริโภคของอาหาร (portion size) ในช่วงแรกของการนับจำเป็นต้องอาศัยการชั่งน้ำหนัก การเรกของการนับดวงหรือการวัดขนาดเพื่อให้สามารถกะปริมาณ คาร์โบไฮเดรตในอาหารให้ได้ใกล้เคียงมากที่สุด เมื่อเกิด ความชำนาญผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถกะสัดส่วนและปริมาณอาหารได้ด้วยสายตา การชั่งดวงอาจจะไม่จำเป็นอีกต่อไป

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
๒. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
๓. กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักการกินแบบนับคาร์บ ร่วมกับการออกกำลังกายสม่ำเสมอได้อย่างถูกต้อง
๔. สามารถเข้าใจสิ่งที่ระบุบนฉลากโภชนาการได้

### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชนได้
- ๔.๒ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
- ๔.๓ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงลดลงจากปีที่ผ่านมา
- ๔.๕ ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่มิภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองในการควบคุมพลังงานและสารอาหารต่อวัน และนำไปใช้วางแผนการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

### คำแนะนำเพิ่มเติม

๑. ต้องอดทนในการฝึกการนับคาร์บ เบาหวาน
๒. ต้องใช้เวลาและการฝึกฝน จึงจะทำให้การกะปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารนั้นเป็นไปโดยอัตโนมัติโดยไม่ต้องดูฉลากหรือใช้เครื่องมือในการคำนวณช่วย
๓. ทักษะนี้มีประโยชน์เมื่อไม่สามารถวัดปริมาณบางอย่างได้แน่ชัด
๔. ลองคิดว่า การนับคาร์บ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่คุณสามารถเรียนรู้และพัฒนาให้ดีขึ้นได้ด้วยการฝึกฝนและต้องใช้เวลา
๕. คุณอาจต้องอดทนกับตัวเองและตั้งเป้าที่จะเรียนรู้ ในแต่ละวันก็แตกต่างกัน การรู้ว่าร่างกายตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ อย่างไรนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก
๖. ความสามารถในการกะปริมาณและการนับคาร์บในชีวิตประจำวันจะดีขึ้นได้ด้วยการฝึกฝน
๗. เชื่อมั่นในตัวเอง คุณทำได้
๘. การนับคาร์บนั้นเป็นไปได้ มานับคาร์โบไฮเดรตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานกันเถอะ

๙. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ อารู้้อยู่แล้วว่าการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตเป็นทักษะที่มีประโยชน์ในการช่วยให้เราจัดการระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

๑๐. หากรู้จักวิธีการนี้ จะสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี แต่อย่าลืมว่าการนับคาร์บในหนึ่งวันให้ได้ อย่างเชี่ยวชาญนั้นเป็นเรื่องยาก ซึ่งต้องใช้เวลาในการลองสิ่งต่าง ๆ และดูว่าวิธีไหนได้ผลมากที่สุด พยายามปรับเปลี่ยนไปที่ละอย่างเพื่อดูว่าการเปลี่ยนแปลงแต่ละครั้งส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไรบ้าง

๑๑. อย่ากลัวที่จะขอความช่วยเหลือ มีคนพร้อมให้ความช่วยเหลืออยู่รอบ ๆ ตัว

๑๒. อย่าลืมว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจเป็นเรื่องยากหากไม่คอยนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่รับประทานเข้าไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพได้

๑๓. เราสามารถทำให้ การนับคาร์บ เบาหวาน กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันและหาวิธีจัดการกับโรคเบาหวานได้อย่างแน่นอน

๑๔. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑๔.๑ การให้ความร่วมมือกับทีมดูแลสุขภาพ

๑๔.๑ การนับคาร์บ มีส่วนช่วยในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมก็คือระหว่าง ๗๐-๑๘๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (๓.๙-๑๐.๐ มิลลิโมล/ลิตร)

๑๔.๒ การนับคาร์บ จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป (หากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปอาจส่งผลเสียต่อร่างกายในระยะยาว)

๑๔.๓ เข้าใจประเภทของคาร์โบไฮเดรตและผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด คาร์โบไฮเดรตมี ๒ ประเภทคือ เชนเดี่ยวและเชนซ้อน

๑๔.๔ สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้

๑๕.๖ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลเบาหวานได้ด้วยตนเอง

๑๔.๗ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๑๔.๘ การนับคาร์บช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความยืดหยุ่นและอิสระในการเลือกกินอาหาร ทั้งประเภทและเวลามากขึ้น และช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว

จำเอก .....

( ขจรศักดิ์ เต็มดี )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๓ / ๐๓ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เด็กบุนนาคเก่งและดี ร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒ ร่วมเป็นวิทยากรอบรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM)

๓.๓ เป็นวิทยากรบรรยายการสร้างเครือข่ายคณะกรรมการหมู่บ้าน CFCT (Child Family Community Team)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เด็ก คือ บุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุที่กำลังเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยการพัฒนาเด็กนั้นควรมีการพัฒนาตั้งแต่อายุตั้งแต่แรกเกิด ๐-๕ ปี ซึ่งนับได้ว่าเป็นวัยทอง วัยที่สำคัญที่สุดของชีวิต เด็กปฐมวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและต่อเนื่อง และเป็นระบบเป็นลำดับ ช้าหรือเร็วต่างกันตามสภาพแวดล้อม และองค์ประกอบทางด้านพันธุกรรม การพัฒนาเด็กนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้เกิดทักษะความสามารถและปรับใช้อย่างมีแบบแผนและทำให้มีความสามารถใหม่ๆเพิ่มขึ้น รวมทั้งในเรื่องของการพัฒนาสมองที่กำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและกำลังสร้างใยประสาทเชื่อมประสานกันระหว่างเซลล์สมองทำให้เกิดการเรียนรู้และการส่งผ่านข้อมูล การเจริญเติบโต ทางกายภาพของสมองภายในให้เกิดคุณค่าและมีศักยภาพที่มาจากการเลี้ยงดู

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ตุลาคม ๒๕๖๒- กันยายน ๒๕๖๓) พบว่าปี ๒๕๖๓ อำเภอ บุนนาคมีกลุ่มเป้าหมาย เด็ก ๐-๖ ปี จำนวน ๕,๔๖๕ ราย ได้ประเมินพัฒนาการจำนวน ๕,๒๐๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๘ พบสงสัยล่าช้าจำนวน ๑,๕๐๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๙๕ ได้รับการกระตุ้นติดตามพัฒนาการให้สมวัย จำนวน ๘๓๖ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๑ พบเด็กที่มีพัฒนาล่าช้า ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๖ และได้รับการส่งต่อ ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และมีเด็ก ๐-๖ ปี จำนวน ๖๗๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๔๔.๔๙ ที่ไม่ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากปัญหาการย้ายถิ่นและเกิดจากผู้ปกครองไม่พามารับการกระตุ้น ติดตามพัฒนาการ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอ บุนนาค จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนากลไกการขับเคลื่อน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๐-๖ ปี ในเขตพื้นที่อำเภอ บุนนาค ให้มีพัฒนาการสมวัย มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ซึ่งเป็นคุณลักษณะอันพึงประสงค์ อันจะนำไปสู่การดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ดังยุทธศาสตร์ “เด็กบุนนาคเก่งและดี”

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อพัฒนากลไกการขับเคลื่อนและหนุนเสริมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัยในระดับ อำเภอ

๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ ให้มีทักษะการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย

๓) เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ

## รูปแบบการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากร โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน ๑๖๖ คน ประกอบด้วย ๑) คณะอนุกรรมการพขอ. เด็กเก่งและดี จำนวน ๑๑ คน ๒) ผู้บริหารอปท.หรือผู้แทน จำนวน ๙ คน ๓) นักวิชาการศึกษา จำนวน ๙ คน ๔) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน ๑๗ คน ๕) ครูปฐมวัย จำนวน ๑๘ คน ๖) อสม. จำนวน ๕๑ คน ๗) และตัวแทนผู้ปกครองจำนวน ๕๑ คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

มีขั้นตอนการดำเนินงาน จำนวน ๕ กิจกรรม ดังนี้ ๑) ประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ปัญหา / สำรวจเป้าหมายเด็กปฐมวัยในพื้นที่ ๒) ประชุมคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ๓) จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การเสริมศักยภาพการดำเนินการตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) การเสริมศักยภาพการจัดกระบวนการสร้างเสริมวินัยเชิงบวก (Triple P) ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ อบรมพัฒนาศักยภาพหลักสูตร CFCT และติดตามหมู่บ้าน CFCT ต้นแบบ ๔) ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๕) สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

- ๑) เป้าหมายการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน ๔,๑๓๐ คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ จำนวน ๔,๐๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๖ พัฒนาการสมวัยจำนวน ๓,๐๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๗๓ ส่งสัยล่าช้าจำนวน ๙๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๒๗ ติดตามไม่ได้จำนวน ๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๘ ติดตามได้ ๙๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๐๔ หลังกระตุ้นพัฒนาการพบว่า พัฒนาการสมวัย จำนวน ๘๙๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๙ พบว่าพัฒนาการล่าช้า จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๑ ส่งต่อทันที ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รวมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย จำนวน ๓,๙๔๖ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๐๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕)

### เชิงคุณภาพ

- ๑) เกิดคณะทำงานโครงการจำนวน ๕๐ คนมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน ประกอบด้วย คณะอำนวยการ คณะทำงานระดับตำบลและคณะประสานงาน
- ๒) เกิดแผนปฏิบัติการของคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งคณะทำงานได้มีการมอบหมายหน้าที่ในการจัดกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ในระดับตำบล ด้วยกระบวนการ CFCT , การเฝ้าระวังและประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM และ กระบวนการสร้างวินัยเชิงบวก (Triple P)
- ๓) เกิดเครือข่ายในการทำงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับหมู่บ้าน คือ อาสาสมัครพัฒนาการเด็ก จำนวน ๑๒๗ คน และเครือข่ายอาสาพัฒนาการเด็กจัดทำแผนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กรายหมู่บ้าน
- ๔) เครือข่ายครูผู้ดูแลเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ ได้รับการพัฒนาศักยภาพหลักสูตร

“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต” , “การใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM,DAIM)” ผ่านการฝึกปฏิบัติการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็ก ด้วยเครื่องมือDSPM และ DAIM ผู้เข้าอบรมทำแบบประเมินก่อนเข้ารับการอบรม (Pretest) ๒๐ คะแนน มีผู้ได้คะแนนสูงสุด ๑๕ คะแนน

- ๕) เกิดหมู่บ้านเป้าหมายดำเนินการหมู่บ้าน CFCT จำนวน ๘ หมู่บ้าน ซึ่งแต่ละหมู่บ้านคณะทำงานประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. นักบริบาล ผอ.รพ.สต.และจนท.สาธารณสุข ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมายหลังคาเรือนรับผิดชอบ สำรวจและค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมาย

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากการศึกษาโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้เกิดรูปแบบความร่วมมือจากหลายภาคส่วน อาทิเช่น คณะกรรมการพขอ. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ครูปฐมวัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในการกำกับติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในอำเภออุบลรัตน์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ดีที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์มีพัฒนาการสมวัย มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการจัดกิจกรรมสร้างวินัยเชิงบวก ผู้ปกครองคนเดิมไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพ บางรายยังไม่ตระหนักให้ความสำคัญ และประกอบกับในช่วงของการจัดกิจกรรมเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ปกครองบางรายติดโควิด ส่งผลให้ผู้ปกครองขาดความเข้าใจและความต่อเนื่องของกระบวนการสร้างวินัยเชิงบวก

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. มีข้อจำกัดในการติดตามข้อมูลพัฒนาการเด็ก จากอาสาสมัครพัฒนาการเด็กที่ผ่านการอบรม เนื่องจากอาสาสมัครพัฒนาการเด็กยังขาดทักษะการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี

๒. ความคลาดเคลื่อนของจำนวนกลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัย เนื่องจากในช่วงการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้ผู้ปกครองมีการย้ายเด็กเข้า-ออกในพื้นที่ ส่งผลต่อการติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ

๓. ขาดความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมวินัยเชิงบวก (Triple P) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ระลอกที่ ๓ และ ๔ ที่มีการระบาดหนักในทุกพื้นที่ของอำเภออุบลรัตน์ ส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการอบรม ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ครบตามแผน ทั้งนี้เนื่องจากอำเภออุบลรัตน์และหน่วยงานต้นสังกัดมีคำสั่งให้หยุดการเรียนการสอนและงดการจัดกิจกรรมที่มีการรวมคนตั้งแต่ ๕๐ คนขึ้นไป จึงทำให้การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการขาดความต่อเนื่อง

๔. มีข้อจำกัดในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ ตามหมู่บ้าน CFCT เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ ๓ และ ๔ ที่มีการระบาดหนักในทุกพื้นที่ของอำเภออุบลรัตน์ ส่งผลให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการคัดเลือกเป็นศูนย์ต้นแบบในระดับตำบลไม่สามารถจัดกิจกรรมตามแนวทางได้เนื่องจากหน่วยงานต้นสังกัดมีคำสั่งให้หยุดการเรียนการสอน บ่อยครั้ง



#### ๙. ข้อเสนอแนะ

คณะทำงานของโครงการ ขอประสานความร่วมมือประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน ที่คณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยฯ อำเภอบุญทริก ทำให้เกิดภาพความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน และในการระดมการดำเนินงานคณะทำงานได้วางรูปแบบ แนวทาง ตลอดจนการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้กับครู อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จนมีองค์ความรู้ เกิดทักษะที่จะพัฒนากับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ให้เด็กปฐมวัยอำเภอบุญทริกมีพัฒนาการสมวัย มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๐.๑ เวทีการประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการ อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

๑๐.๒ เวทีการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

๑๐.๓ เวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

๑๐.๔ เวทีมหกรรมแสดงผลงานเด็กปฐมวัยอำเภอบุญทริก

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) .....๑๐๐.....

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) .....นางศุทธิณี หล้ามาชน..... สักส่วนของผลงาน.....๑๐๐..... (ระบุร้อยละ)

๒) ..... สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) ..... สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

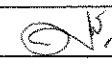
(นางศุทธิณี หล้ามาชน)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๗ / พ.ค. / ๕๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศุทธิณี หล้ามาชน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นายโบรินทร์ สัจฉิวัฒน์)

(ตำแหน่ง) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอบึงดู่

(วันที่) ๑๗ / พ.ค. / ๕๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) ..... 

(นายพลกฤต วรสันต์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก

(วันที่) ๑๗ / พ.ค. / ๕๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

  
(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ เม.ย. ๕๖

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราวไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

( ระดับชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) )

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเครือข่ายครู หมอ พ่อแม่ ตำบลหนองสนโน อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

### ๒. หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑ - พ.ศ.๒๕๘๐) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ตีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย การที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ ๖ ปี แรกของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ที่สำคัญของมนุษย์ ที่มีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยสมองจะเจริญเติบโตถึงร้อยละ ๘๐ ของสมองผู้ใหญ่ และในช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุก ๆ ด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดู พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งจากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี กว่า ๑ ใน ๔ มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กระทรวงสาธารณสุขจึงผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อพบความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที (ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเด็กปฐมวัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ ๐-๕ ปี ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีจำนวน ๔,๑๐๖,๔๐๗ คน (ระบบฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย, ๒๕๖๒) หากแบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก ๐-๑ ปี จำนวน ๗๓๔,๒๔๐ คน หรือ ร้อยละ ๕.๘๗ ของเด็กทั้งหมดที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแล และเป็นการศึกษาเบื้องต้นจากครอบครัว อาทิ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย ญาติและผู้ดูแล และกลุ่มเด็กอายุ ๒- ๕ ปี จำนวน ๓,๒๘๒,๑๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๕๓ ของ เด็กทั้งหมด ที่บางส่วนเริ่มเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุ ๒ ปี ซึ่งหากพิจารณาเด็กในช่วงวัยนี้ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย, ๒๕๖๐) พบว่า มีเพียงร้อยละ ๒๐ ของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ และการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าเรียนของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไทยจำนวนมากมีระดับพัฒนาการตามศักยภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และจากการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในปีพ.ศ.๒๕๖๒ พบว่า เด็กปฐมวัยช่วงอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕.๙๖ และมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๔.๐๔ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

เด็กที่พัฒนาการล่าช้า ความสามารถในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน เช่น เด็กอายุ ๒๐ เดือน แต่ยังไม่เดินได้ ในขณะที่เด็กปกติเริ่มเรียนรู้ที่จะเดินและเดินได้ในช่วงอายุ ๙- ๑๕ เดือน เป็นต้น และพัฒนาการล่าช้าอาจพบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน (Global developmental delay) การที่พัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วย ซึ่งต้อง

ศึกษาจากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการ รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการดำเนินการแก้ปัญหา อย่างเป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ ภายใต้โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘ โดยได้จัดทำคู่มือเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance & Promotion Manual : DSPM) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ซึ่งเป็นคู่มือสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง ๖ ปี หรือก่อนเข้าเรียนชั้นป.๑ มีทั้งหมด ๕ ด้าน ประกอบด้วย ๑) พัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor : GM) ๒) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor : FM) ๓) พัฒนาการด้านเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) ๔) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) ๕) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social : PS) (คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, ๒๕๖๔)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการ คือ ๑) ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕ และ ๒) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕ (แผนปฏิบัติการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี, ๒๕๖๗) ซึ่งในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้กำหนดให้เด็กใน กลุ่มเป้าหมายหลัก อันประกอบด้วยช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน จะต้อง ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ) อาสาสมัคร สาธารณสุข และครูผู้ดูแลหลัก ๒) พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัคร สาธารณสุขให้การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยตามช่วงอายุและกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และ ๓) ติดตามและส่งต่อ เป็นกระบวนการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องติดตามและส่งต่อเด็กเข้ารับการรักษา หากพบว่าเด็กมีปัญหาด้านพัฒนาการหรือเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแล้วพบว่ายังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance & Promotion Manual : DSPM) อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ ดังนี้ ๑) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๘๘.๒๘ , ๙๔.๒๘ และ ๘๙.๘๖ ตามลำดับ ๒) พบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๕.๐๔, ๒๖.๕๔ และ ๒๓.๘๗ ตามลำดับ ๓) ร้อยละที่ติดตามได้ คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔๘, ๙๔.๒๐ และ ๙๖.๔๘ ตามลำดับ และ ๔) ร้อยละของพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๒, ๙๑.๙๗ และ ๙๔.๑๘(ระบบ Health Data Center จังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๗)

ตำบลหนองสะโน อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเขตการปกครองแบ่งเป็น ๒๓ หมู่บ้าน หน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน ๓ แห่ง ประกอบด้วย รพ.สต.หนองสะโน รพ.สต.สร้างม่วง และ รพ.สต.สมพรรัตน์ จากผลการดำเนินงาน ๓ ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗) พบว่า ๑) เด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๗๘ , ๙๑.๔๗ และ ๘๗.๐๗ ตามลำดับ ๒) พบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ๒๑.๙๖ , ๒๓.๗๓ และ ๑๙.๒๒ ๓) ร้อยละที่ติดตามได้ ๑๐๐.๐๐ , ๙๓.๔๘ และ ๙๓.๗๕ และ ๔) พัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๘.๖๔ , ๘๕.๒๘ และ ๘๓.๕๕ ตามลำดับ และจากข้อมูลส่งต่อเด็กปฐมวัย ตำบลหนองสะโน เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการที่คลินิกพัฒนาการโรงพยาบาลบุญศรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖- ๒๕๖๗ พบว่า มีเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการจำนวน ๔๘ คน พบพัฒนาการสมวัย จำนวน ๑๑ คน พัฒนาการล่าช้าติดตามกระตุ้น จำนวน ๑๑ คน พัฒนาการล่าช้าส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน ๒ คน และอยู่ระหว่างการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน ๒๔ คน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๑. บทวิเคราะห์

จากการศึกษารูปแบบดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance & Promotion Manual : DSPM) ยังพบปัญหาอุปสรรคและ ข้อจำกัดจำแนกเป็น ๓ ด้าน คือ ๑) ผู้ปกครองรวมทั้งครูผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ความ เข้าใจและและขาดความ

ตระหนักในเรื่องของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัย ๒) พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครูปฐมวัย ที่ดูแลเด็กและใกล้ชิดกับเด็ก ไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๓) ด้านระบบบริการคัดกรองมีรูปแบบที่ไม่เอื้อต่อกลุ่มเป้าหมาย กล่าวคือ มีเพียงเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมใช้คู่มือหน่วยบริการละ ๑ คน ให้บริการคัดกรองในคลินิกเด็กดีซึ่งในวันที่ผู้ปกครองเด็กพามารับวัคซีนที่หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ส่งผลให้การคัดกรองไม่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดความครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูลการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

## ๒. แนวความคิด

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการสร้างภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างครู หมอ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลหนองสะโน อำเภอบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เด็กปฐมวัยตำบลหนองสะโน อำเภอบุณทริก มีพัฒนาการที่สมวัย มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ และเกิดเป็นกลไกการดำเนินงานในชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

### ๓. ข้อเสนอ

๓.๑ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กควรที่จะสร้างภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่จะนำไปสู่การดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

๓.๒ ควรมีการพัฒนาศักยภาพสำหรับผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและความในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยคู่มือ DSPM/DAIM

๓.๓ ควรมีการปรับปรุงแบบการคัดกรองพัฒนาการสำหรับ ๕ ช่วงวัย ที่คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อกระตุ้นและคืนข้อมูลให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.

๓.๔ ควรมีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการสังคม ขับเคลื่อนผ่านธรรมนูญตำบล ให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดกลไกความร่วมมือระหว่าง ครู หมอ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

๒. เด็กปฐมวัยเข้าถึงบริการคัดกรอง และได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการจนมีพัฒนาการที่สมวัย

๓. มีรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ที่อาจส่งผลให้เกิดเป็นระบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ครู หมอ พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

๒. เด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบลหนองสะโน เข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยครอบคลุมร้อยละ ๙๕ ได้รับการติดตามกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการ ส่งผลให้มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ) .....

(นางศุทธิณี หล้ามาชน)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๙ / ๗ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (  ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ *รับ ผัง คัดเลือก หล้ามาชัย*
  - (  ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
- (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ..... *ร้อยตรี นาย ภูมิ*  
(.....) (สรมงคล มงคลเสวี)  
(ตำแหน่ง) ..... รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
(วันที่) ..... ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี  
*๕ ม.ค. ๒๕๖๕*

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในปัจจุบันมีการนำระบบรับรองคุณภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในการรับรองระบบการศึกษาทั่วไป การศึกษาพยาบาลและในวิชาชีพต่างๆ สำหรับสถานพยาบาล ในประเทศไทยได้มีการนำมามาตรฐานหรือเกณฑ์รางวัล มาใช้กันอย่างหลากหลาย ทั้งมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ได้แก่ Laboratory Accreditation (LA), Ministry of Public Health (MOPH Lab) และ มาตรฐานภาพรวมทั้งประเทศ ได้แก่ Thailand Quality Award (TOA), Joint Commission International (JCI), Hospital Accreditation (HA) โดยมาตรฐาน HA ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นมาตรฐานระดับสากลที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้นำไปใช้ (Khumloyfa N et al, ๒๐๒๑) และได้กล่าวถึงบริการรังสีวิทยา/ ภาพทางการแพทย์ (radiology / medical imaging services) ซึ่งเป็นระบบงานหนึ่งของโรงพยาบาล มุ่งเน้นการ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง นำเชื่อถือ เพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษา ที่เหมาะสม โดยให้อันตรายต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด ทั้งนี้ประเทศไทยมีการจัดทำมาตรฐานงานบริการ รังสีไว้ในมาตรฐานบริการสาธารณสุขของกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐ และการ จัดทำแนวทางการตรวจประเมินบริการรังสีวิทยาในสถาน พยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้จัดทำเกณฑ์และแนวทางการ พัฒนางาน รังสีวินิจฉัย สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพรังสีเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีบทบาทในการตรวจพบโรคและการตัดสินใจรักษา ในทางการแพทย์ ระบบการรับรองคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมการ ให้บริการที่มีมาตรฐานสูง สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ว่าภาพและข้อมูลที่ได้รับ จากการตรวจมีความถูกต้องแม่นยำ การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยจะช่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางรังสีวิทยาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในปัจจุบัน โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีความพยายามในการปรับปรุงมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสีวิทยา เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาระบบการ รับรองคุณภาพในห้องปฏิบัติการจึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพ การตรวจวินิจฉัยทางรังสี เพิ่มความน่าเชื่อถือในการตรวจวินิจฉัยโรค และส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยในโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัด อุบลราชธานี มุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานที่สามารถตรวจสอบได้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยทาง รังสี และสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โครงการนี้มีความสำคัญเนื่องจาก ห้องปฏิบัติการรังสีวิทยาเป็นส่วนสำคัญในการตรวจโรคและช่วยในการวางแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาเพื่อประเมินผลการนำระบบรับรองคุณภาพ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยไป ใช้ดำเนินการและติดตาม ผลดำเนินการรับรอง ระหว่าง เดือนมกราคม ๒๕๖๕ - ธันวาคม ๒๕๖๕ โดย ทำการศึกษา ๓ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ การจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสี วินิจฉัย โรงพยาบาลดอนมดแดง เป็นการกำหนด ข้อกำหนด ระบบคุณภาพที่ห้องปฏิบัติการต้องดำเนินการ โดยศึกษาลักษณะงานบริการห้องปฏิบัติการรังสี วินิจฉัย ศึกษามาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยและเปรียบเทียบข้อ กำหนดของมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

และจัดทำเป็นมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อห้องปฏิบัติการจะได้นำมาตรฐานไปใช้ดำเนินการจัดการระบบ คุณภาพและรับการตรวจประเมิน

ส่วนที่ ๒ การจัดการระบบการรับรอง และจัดทำ เอกสารคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการให้บริการรับรอง มีขั้นตอนการให้บริการรับรอง มีผู้ตรวจประเมิน สามารถนำไป ใช้ดำเนินการรับรองได้ในทางปฏิบัติจริง

ส่วนที่ ๓ การนำระบบการรับรองไปให้บริการรับรอง ระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลดอนมดแดงที่ยื่นขอรับรอง และ ได้รับการตรวจประเมินตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. หลังจากการพัฒนา ระบบ พบว่าจำนวนการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพรังสีที่มีคุณภาพสูงเพิ่มขึ้น ๘๐% เมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนการพัฒนา
๒. เวลาที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและการส่งต่อผลลัพธ์ลดลงเฉลี่ย ๒๐ นาทีต่อการตรวจหนึ่งครั้ง ส่งผลให้การให้บริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
๓. จำนวนข้อผิดพลาดในการอ่านผลการตรวจวินิจฉัยด้วยรังสีลดลง ๙๐% ภายหลังจากพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ

#### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. ระบบการรับรองคุณภาพที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัย ทำให้สามารถตรวจพบโรคได้ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลดีต่อการรักษาและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
๒. ระบบการรับรองคุณภาพที่พัฒนาขึ้นได้ลดความเสี่ยงในการใช้รังสี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น รวมถึงการใช้รังสีในปริมาณที่เหมาะสมและปลอดภัยตามมาตรฐาน

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพิ่มมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางรังสี การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพช่วยให้ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานสากลได้มากขึ้น ซึ่งช่วยให้การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยภาพรังสีมีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันที่

๖.๒ การเพิ่มความปลอดภัยในการให้บริการ ระบบการรับรองคุณภาพช่วยลดความเสี่ยงในการใช้รังสี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีการจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๔ การลดความผิดพลาดในการวินิจฉัย ด้วยมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนา ข้อผิดพลาดในการอ่านผลการตรวจรังสีจึงลดลงอย่างมาก ทำให้การวินิจฉัยโรคมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

#### ผลกระทบ

๑. ผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการที่มีคุณภาพสูงขึ้นจากห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ซึ่งทำให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้องมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรักษา และลดความเสี่ยงจากการตรวจผิดพลาด

๒. ผลกระทบต่อบุคลากร บุคลากรในกลุ่มงานรังสีวิทยาจะมีความมั่นใจในกระบวนการทำงานมากขึ้น เนื่องจากระบบการรับรองคุณภาพช่วยกำหนดมาตรฐานการทำงานที่ชัดเจน ทำให้สามารถลดความผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ผลกระทบ (ต่อ)

๓. ผลกระทบต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาล การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจัดการทรัพยากรและกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการบริหารจัดการและการพัฒนาบริการทางการแพทย์ในระยะยาว

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ความท้าทายในการศึกษาและปรับใช้มาตรฐานสากลการศึกษาและนำมาตราฐานสากลด้านการรับรองคุณภาพมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลดอนมดแดงเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากมาตรฐานเหล่านี้อาจมีความซับซ้อนและต้องใช้ทรัพยากรที่มากกว่าที่มีอยู่ ซึ่งการปรับใช้มาตรฐานเหล่านี้จำเป็นต้องมีการประยุกต์ให้เข้ากับบริบททางทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ที่จำกัด

๗.๒ การจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบการรับรองคุณภาพ เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน มาตรฐานการทำงาน และการตรวจสอบย้อนกลับ ต้องใช้เวลาและความพยายามในการสร้างและอัปเดตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่บุคลากรไม่คุ้นเคยกับกระบวนการนี้ ทำให้ต้องมีการฝึกอบรมและทำความเข้าใจหลายครั้ง

๗.๔ ข้อจำกัดทางด้านบุคลากรและทรัพยากร การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพต้องอาศัยทรัพยากรทางเทคนิคและบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทาง แต่โรงพยาบาลดอนมดแดงอาจมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญ และต้องใช้เวลาในการฝึกอบรมเพิ่มเติม ทำให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้าหรืออาจต้องปรับแผนดำเนินงานตามความพร้อมของบุคลากร

๗.๕ การบูรณาการระบบการรับรองคุณภาพเข้ากับระบบงานเดิม การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้น อาจมีความซับซ้อนในการบูรณาการเข้ากับกระบวนการทำงานเดิม การปรับตัวของบุคลากรในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานอาจต้องใช้เวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยต้องใช้ทรัพยากรทางการเงินในการจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยและมีมาตรฐาน ซึ่งโรงพยาบาลขนาดเล็กเช่นโรงพยาบาลดอนมดแดงอาจมีงบประมาณจำกัด ทำให้การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเป็นไปได้ยาก

๘.๒ การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการจัดการและประเมินผลคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเทคนิคของการตรวจวินิจฉัยทางรังสี การขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานล่าช้าหรือไม่เป็นไปตามแผน

๘.๓ ความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากร บุคลากรบางส่วนอาจมีความต้านทานต่อการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานใหม่ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้สอดคล้องกับระบบการรับรองคุณภาพ บุคลากรอาจต้องเรียนรู้กระบวนการใหม่ ซึ่งบางคนอาจมองว่าเป็นภาระงานเพิ่มเติมหรือไม่เห็นความสำคัญของระบบที่พัฒนาขึ้น

๘.๔ การบำรุงรักษาและอัปเดตอุปกรณ์รังสีวิทยา อุปกรณ์รังสีวิทยามีอายุการใช้งานที่จำกัดและต้องการการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้อุปกรณ์เก่าที่มีประสิทธิภาพต่ำอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการตรวจวินิจฉัย ซึ่งอาจก่อให้เกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย การเปลี่ยนอุปกรณ์หรือการอัปเดตซอฟต์แวร์จึงมีค่าใช้จ่ายสูงและอาจไม่สามารถทำได้ทันที

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

**๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ(ต่อ)**

๘.๕ ความยุ่งยากในการปฏิบัติตามมาตรฐานสากล มาตรฐานการรับรองคุณภาพระดับสากลมีความซับซ้อนและเข้มงวด ซึ่งอาจทำให้เกิดความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนระบบและการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานเหล่านี้ โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดอาจต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด

**๙. ข้อเสนอแนะ**

๙.๑ ควรมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยและการบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีอยู่ เพื่อให้ห้องปฏิบัติการรังสีวิทยาสามารถดำเนินงานตามมาตรฐานสากลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๙.๒ ควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติมให้แก่บุคลากรเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญด้านการรับรองคุณภาพและการใช้งานอุปกรณ์รังสีวิทยาให้มีความแม่นยำและปลอดภัยมากขึ้น การส่งบุคลากรเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพจากภายนอก เช่น การฝึกอบรมหรือเข้าร่วมสัมมนาในระดับประเทศและนานาชาติ ก็เป็นแนวทางที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพได้

๙.๓ ควรมีการสื่อสารที่ชัดเจนกับบุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับประโยชน์ของระบบการรับรองคุณภาพและสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าใจถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านเทคนิคและการฝึกอบรมตลอดกระบวนการพัฒนา

๙.๔ ควรเสริมสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านด้านการรับรองคุณภาพและรังสีวิทยา เช่น กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่ให้บริการด้านเทคนิค เพื่อรับคำแนะนำและการสนับสนุนในการพัฒนาระบบ รวมถึงการจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น

๙.๕ ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานของระบบการรับรองคุณภาพเป็นระยะ โดยใช้ข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

**๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)**

**๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)**

๑) นางสาวรุ่งนภา งามสอาด สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....


(นางสาวรุ่งนภา งามสอาด)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) 24 / 11 / 64

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรุ่งนภา งามสอาด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสุวิทย์ พบลาก)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง  
วันที่ 29 / 11 / 64

(ลงชื่อ) .....

(นายสุวิทย์ พบลาก)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ  
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง  
วันที่ 29 / 11 / 64  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
๑ เม.ย. ๒๕๖๔

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะเวลารอคอย ของผู้รับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง

**๒. หลักการและเหตุผล**

ในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคม เนื่องจากการเติบโตของประชากรและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังที่ต้องการการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและแม่นยำ โดยเฉพาะในหน่วยงานรังสีวิทยา ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยโรค การลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของการให้บริการทางการแพทย์ (World Health Organization, ๒๐๒๐)

การรอคอยเพื่อเข้ารับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยาสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสุขภาพโดยรวม (Baker et al., ๒๐๒๒) นอกจากนี้ ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาอย่างทันที่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายได้ การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะเวลารอคอยในหน่วยงานรังสีวิทยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เข้าใจปัญหาและสามารถพัฒนาแนวทางการให้บริการที่ดีกว่าเดิม

โรงพยาบาลดอนมดแดงมีภารกิจในการให้บริการที่มีคุณภาพและรวดเร็ว การวิเคราะห์ระยะเวลารอคอยจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถระบุจุดที่ต้องปรับปรุงในการดำเนินงาน เช่น การจัดสรรบุคลากรและอุปกรณ์ รวมถึงการวางแผนการให้บริการที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ (Min et al., ๒๐๒๓) การลดระยะเวลารอคอยไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย แต่ยังสามารถสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจในบริการของโรงพยาบาลได้อีกด้วย

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยการเก็บข้อมูลและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**วัตถุประสงค์**

วิเคราะห์ระยะเวลารอคอย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

**บทวิเคราะห์/แนวความคิด:**

การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลดอนมดแดง มีความสำคัญต่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ โดยการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอจะช่วยให้สามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการได้ การวิเคราะห์ในด้านนี้สามารถใช้วิธีการต่างๆ เช่น การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและการเก็บข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อสร้างภาพรวมที่ชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Vasilenko et al., ๒๐๒๑)

การลดระยะเวลารอคอยไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า แต่ยังสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ การจัดการที่ดีในด้านนี้อาจรวมถึงการวางแผนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดตารางการตรวจสอบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ (Shah et al., ๒๐๒๒)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อเสนอ:

๑. การปรับปรุงกระบวนการลงทะเบียน สามารถนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการลงทะเบียนผู้ป่วยแบบออนไลน์ เพื่อลดความยุ่งยากในการรอคอยและการลงทะเบียนในสถานที่
๒. การเพิ่มจำนวนบุคลากร การจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมในช่วงเวลาที่มีการใช้บริการมาก อาจช่วยลดภาระงานและลดระยะเวลาการรอคอยได้
๓. การจัดการเวลาการตรวจที่เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการตรวจแต่ละประเภท และการปรับตารางการตรวจให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข:

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์อาจประสบปัญหาจากการเก็บข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ไม่สะท้อนถึงความเป็นจริง
๒. การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานอาจพบกับความต้านทานจากบุคลากรที่อาจไม่คุ้นเคยกับแนวทางใหม่

แนวทางแก้ไข

๑. การให้ความรู้และการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน เพื่อให้บุคลากรเข้าใจและเห็นประโยชน์จากการปรับปรุง
๒. การพัฒนานโยบายงบประมาณที่ยืดหยุ่นและเหมาะสม เพื่อให้สามารถลงทุนในการปรับปรุงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. การตั้งระบบเก็บข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถประเมินและปรับปรุงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลจะช่วยระบุปัญหาที่มีอยู่ในกระบวนการให้บริการ ส่งผลให้สามารถปรับปรุงขั้นตอนการทำงานและลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และมีคุณภาพมากขึ้น

๔.๒ เมื่อระยะเวลาการรอคอยถูกลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการได้รับการดูแลและบริการที่ดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในชุมชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ การลดระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยในหน่วยงานรังสีวิทยา โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการปรับปรุงบริการ ควรตั้งเป้าหมายการลดระยะเวลาเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ชัดเจน เช่น ลดลง ๒๐% ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๕.๒ การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ โดยต้องมีการสำรวจความคิดเห็นก่อนและหลังการดำเนินการ โดยมีเป้าหมายให้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวรุ่งนภา งามสอาด)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๔ / ๑๖ / ๖๕

ผู้ขอประเมิน

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- ( ✓ ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ *นางสาวรุ่งนภา งามสะอาด,*  
( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐  
(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ) ..... *ร้อยตรี น. น.*  
(.....)  
(.....)

ตำแหน่ง *รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน*

วันที่ ..... *ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี*  
*๒ เมษายน ๒๕๖๕*