



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งเดิมอยู่ระดับต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑๕/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๘ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๗ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นางเกตุศิรินทร์ ฉิมพลี	นักทรัพยากรบุคคล ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
๒	นางณัฐชยา จำปาแพง	นักวิชาการเงินและบัญชี ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารทั่วไป
๓	นายเกรียงไกร พันทอง	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๔	นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๕	นางพรรณณี จารุเกษม	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๖	นางสาวกชพร มูลเมือง	เภสัชกร (ด้านเภสัชกรรมคลินิก) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงาน เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๗	นายกฤษณะ บัวเขียว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง อุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองเต้ ตำบลหัวเรือ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงชื่อ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภตวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางเกตุศิรินทร์ อิมพิล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานประกันสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๓๓๓๔๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	๓๓๖๑๓	เลื่อนระดับ
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"				๑๐๐%
๒	นางณัฐชยา จำปาแพง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	๓๓๔๖๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารทั่วไป นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ	๓๓๔๖๓	เลื่อนระดับ
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "แนวทางการตรวจสอบใบสำคัญการเบิกจ่าย ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบใบสำคัญการเบิกจ่าย" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"				๘๐% นางสาวจิรัชญา ศรีคราม ๑๐% นางสาวกนกพร ดอกอินทร์ ๑๐%



นางพรรษา ชื่นชุมผล
(นางพรรษา ชื่นชุมผล)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)



นายธีระพงษ์ แก้วกรม
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นายเกรียงไกร พันทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๖๘๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๖๘๙	เลื่อนระดับ
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการสุขภาพกายและสธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี"				๘๐%
		ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อชายแดนภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี"				น.ส.นิมิตล กุมุทชาติ ๒๐%
๔	นางสาวศรีสุดันท์ หลีกดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๔๔๔๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๔๔๔๔	เลื่อนระดับ
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี"				๑๐๐%
		ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการชีวภิบาล "จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน" จังหวัดอุบลราชธานี"				



(นางหรรษา ชื่นสุผล)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)



(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประจำวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางพรณี จารุเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๗๖๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๔๒๕	เลื่อนระดับ
ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ๒ ราย"						
ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"						
๖	นางสาวกชพร มุลเมือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๖๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๕๔๖๓	เลื่อนระดับ
ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนาการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี"						
ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนากระบวนการ Medication Reconciliation ในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี"						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"						

(นางพรรษา ชื่นชุมพล)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ คือ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานประเมินบุคคลและวิชาการ และปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และงานวิจัย นวัตกรรม โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญสูงในด้านวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากซับซ้อนมาก ซึ่งการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้นำสมรรถนะด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการ ศึกษาค้นคว้างานวิจัย ทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์สมรรถนะในการพัฒนางานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ และวางแผนทางในการกำหนดประเด็นในการวิจัยและสนับสนุนให้บุคลากรมีศักยภาพในการพัฒนางานวิจัย ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานต่อไป

ด้านการวางแผน ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ วางแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ด้านการประสานงาน ประสานการทำงานร่วมกันในทีมงานโดยมีบทบาทในการชี้แนะ จูงใจทีมงานหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด รวมทั้งให้คำชี้แจงให้ข้อคิดเห็นในการปฏิบัติงานในที่ประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์และความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน

ด้านการบริการ ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานวิชาการและวิจัย ระดับอำเภอ ในการออกแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย โดยมีบทบาทในการให้คำปรึกษา แนะนำ กำกับ เพื่อให้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร

- ๓.๑.๑ ความหมายของการพัฒนาบุคลากร
- ๓.๑.๒ ความมุ่งหมายของการพัฒนาบุคลากร
- ๓.๑.๓ ความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร
- ๓.๑.๔ กระบวนการพัฒนาบุคลากร
- ๓.๑.๕ แนวทางหรือวิธีการพัฒนาบุคลากร

๓.๒ แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาบุคลากร

- ๓.๒.๑ ทฤษฎีความต้องการและแรงจูงใจ
- ๓.๒.๒ ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่
- ๓.๒.๓ ทฤษฎีการเรียนรู้และการพัฒนาตลอดชีวิต
- ๓.๒.๔ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคม
- ๓.๒.๕ ทฤษฎีการพัฒนาทักษะ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

- ๓.๒.๖ ทฤษฎีพัฒนาการภาวะผู้นำ
- ๓.๒.๗ ทฤษฎีการพัฒนาองค์กร
- ๓.๓ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
 - ๓.๓.๑ ความหมายของรูปแบบ
 - ๓.๓.๒ ประเภทของรูปแบบ
 - ๓.๓.๓ องค์ประกอบของนารูปแบบ
 - ๓.๓.๔ กระบวนการพัฒนารูปแบบ
 - ๓.๓.๕ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ
 - ๓.๓.๖ การพัฒนารูปแบบในองค์กร
- ๓.๔ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๑ ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๒ องค์ประกอบสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๓ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - ๓.๔.๕ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - ๓.๔.๖ คุณค่าของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๗ ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
 - ๓.๔.๘ ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- ๓.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - ๓.๕.๑ งานวิจัยภายในประเทศ
 - ๓.๕.๒ งานวิจัยต่างประเทศ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ การวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ๒) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะต่อการวิจัย และสภาพปฏิบัติการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ ๓) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ ๑ คือ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๖๐ คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ ๒ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๑๒ คน โดยเลือกแบบเจาะจง เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗- กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยการศึกษาบริบทและสถานการณ์ ด้วยการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๓.๓๐ มีอายุ ๓๑-๔๐ ปี ร้อยละ ๓๔.๒๐ มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๘๐.๘๐ มีสถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ ๗๘.๓๐ ซึ่งส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๔๖.๔๐ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย ร้อยละ ๖๓.๓๐ และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มากกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๘๓.๓๐ ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๔.๑๖ มีทัศนคติต่อการวิจัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สภาพปฏิบัติการวิจัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ส่วนการประเมินรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด มีความเป็นไปได้ในระดับมาก และมีความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาให้ละเอียดถึงบริบท ปัญหาในพื้นที่ การวางแผนการดำเนินการที่เน้นถึงกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นสำคัญ รวมทั้งการได้มาซึ่งปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบจากการจัดการเรียนรู้ เพื่อจะได้ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ประกอบการวางแผนพัฒนาต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ คำถามการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร

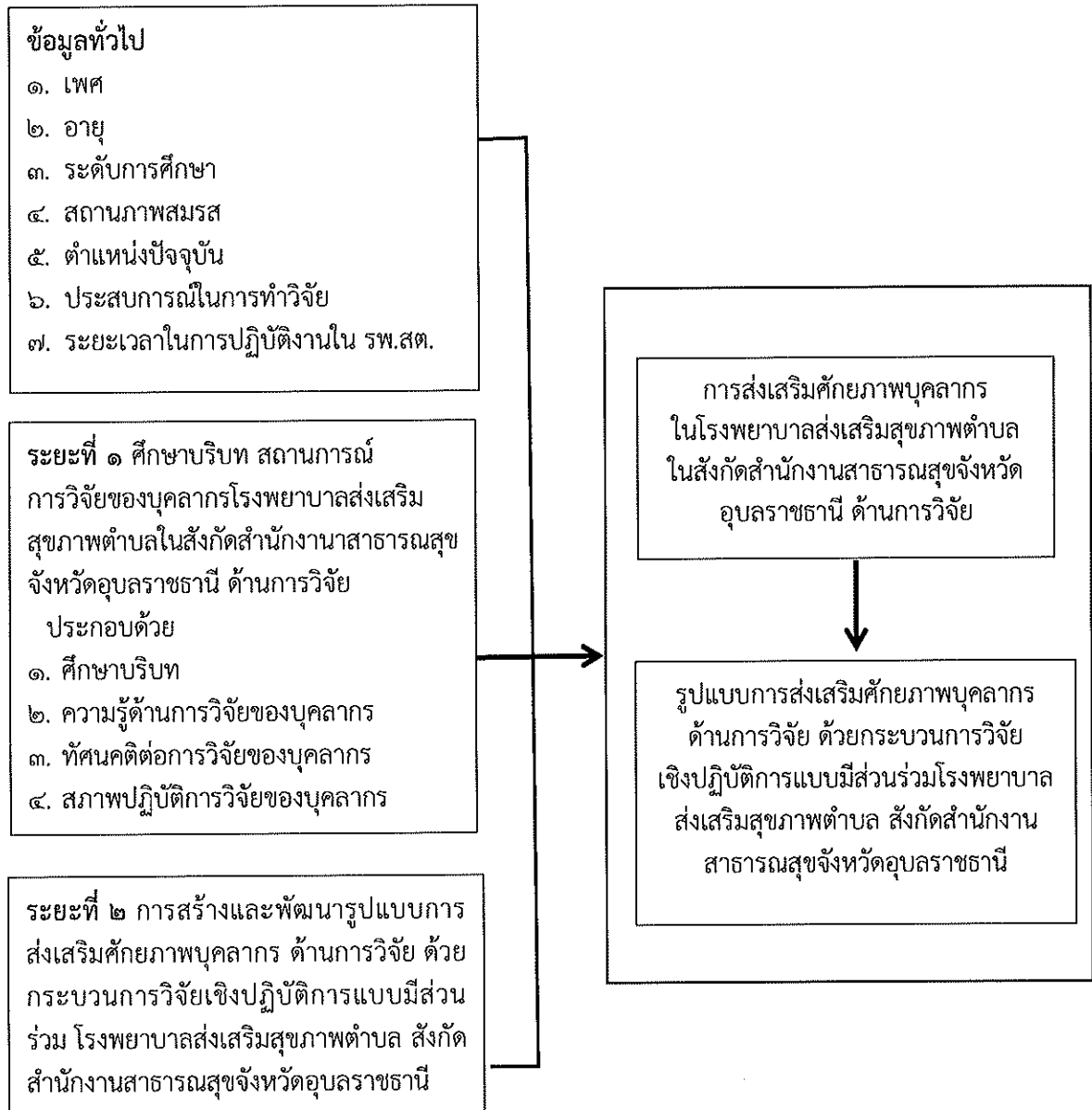
๔.๒.๒ กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสารงานวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ ๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๔.๒.๓ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ การวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

๒) เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) เพื่อศึกษาสภาพปฏิบัติการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒.๓ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การศึกษาบริบท สถานการณ์ การวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการร่างรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑) ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี หลักการงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

๒) สำรวจสภาพความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการวิจัย ความต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

๓) ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑) ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการวิจัย

๒) ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี หลักการงานวิจัย เกี่ยวกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

๓) สร้างร่างรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากการสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศในระยะที่ ๑

๔) ศึกษาเอกสาร หลักการและสร้างคู่มือเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เสนอผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ

๕) ตรวจสอบและวิพากษ์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด จำนวน ๑๒ ท่าน โดยใช้แบบประเมินรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๒ คน สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๕ คน ผู้รับผิดชอบงานวิชาการงานวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๕ คน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒,๒๓๓ คน (กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล, ๒๕๖๗)

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น ๓ ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ ๑ การศึกษาบริบท สถานการณ์ การวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ ๑ คือ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒,๒๓๓ คน (กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล, ๒๕๖๗)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ ๑ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie&Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๒๗.๘๕ คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงทำการเก็บขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น ๑๐ % ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๓๖๐ คน ซึ่งผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ไม่สุ่มประชากรที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีกโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังตารางที่ ๑

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

๑. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย ๑ ปี

๒. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

๑. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ ๑ จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แยกรายอำเภอ

ลำดับที่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี	๒๐๕	๓๓
๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขื่องใน	๑๑๒	๑๘
๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ	๑๓๗	๒๒
๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก	๑๐	๒
๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง	๑๓	๒
๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาลสุม	๓๘	๖
๗	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล	๑๘๑	๒๙
๘	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ	๘๙	๑๔
๙	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ไทร	๘๑	๑๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๑ จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แยกรายอำเภอ (ต่อ)

ลำดับ ที่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
๑๐	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดข้าวปุ้น	๖๘	๑๑
๑๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรีเมืองใหม่	๕๙	๑๐
๑๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตาล	๕๕	๙
๑๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ	๑๗๒	๒๘
๑๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภพิบูลมังสาหาร	๑๖๓	๒๖
๑๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรินธร	๗๔	๑๒
๑๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม	๓๗	๖
๑๗	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย	๙	๑
๑๘	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์	๔๙	๘
๑๙	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง	๙๐	๑๕
๒๐	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม	๑๘๒	๒๙
๒๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งศรีอุดม	๕๒	๘
๒๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย	๗๖	๑๒
๒๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น	๕๘	๙
๒๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำยืน	๙๔	๑๕
๒๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุณฑริก	๑๒๙	๒๑
รวม		๒,๒๓๓	๓๖๐

ระยะที่ ๒ การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยขั้นตอนนี้ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ใช้ในการตรวจสอบและวิพากษ์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการใช้แบบสอบถามและแบบประเมินรูปแบบ จำนวน ๑๒ ท่าน ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการพัฒนาบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่เต็มใจให้ข้อมูล โดยการเลือกแบบเจาะจงดังนี้

๑. ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง ๔ โซนๆ ละ ๑ คน จำนวน ๔ คน

๒. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๔ โซนๆ ละ ๑ คน จำนวน ๔ คน

๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง ๔ โซนๆ ละ ๑ คน จำนวน ๔ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบบันทึกการสนทนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็นแต่ละระยะดังนี้

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ ๑ เป็นการศึกษาบริบท สถานการณ์ การวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ประกอบด้วย ๕ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และประสบการณ์ในการทำวิจัย ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน ๖ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ก ข ค ง จำนวน ๒๐ ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้ ๑ คะแนน ตอบผิด ให้ ๐ คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของ Bloom (๑๙๗๑) ได้ระดับความรู้ดังนี้

ระดับความรู้มาก	หมายถึง	มีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป (๑๖ - ๒๐ คะแนน)
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง	มีระดับคะแนนระหว่างร้อยละ ๕๐ - ๗๙ (๑๐ - ๑๕ คะแนน)
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง	มีระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (๐ - ๙ คะแนน)

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scal) ๕ ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน ๑๕ ข้อ โดยในแต่ละระดับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (พงศเทพ จิระโร, ๒๕๕๙)

๕	หมายถึง	มากที่สุด
๔	หมายถึง	มาก
๓	หมายถึง	ปานกลาง
๒	หมายถึง	น้อย
๑	หมายถึง	น้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
๔.๕๐-๕.๐๐	มีทัศนคติมากที่สุด
๓.๕๐-๔.๕๙	มีทัศนคติมาก
๒.๕๐-๓.๕๙	มีทัศนคติปานกลาง
๑.๕๐-๒.๕๙	มีทัศนคติน้อย
๑.๐๐-๑.๕๙	มีทัศนคติน้อยที่สุด

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพปฏิบัติการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท ได้แก่ มีการปฏิบัติมากที่สุด มีการปฏิบัติมาก มีการปฏิบัติปานกลาง มีการปฏิบัติน้อย มีการปฏิบัติน้อยที่สุด จำนวน ๒๐ ข้อ โดยในแต่ละระดับกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (อิสริญญา นิมพลี, ๒๕๕๗)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ
๕	มีการปฏิบัติมากที่สุด
๔	มีการปฏิบัติมาก
๓	มีการปฏิบัติปานกลาง
๒	มีการปฏิบัติน้อย
๑	มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
๔.๕๐-๕.๐๐	ระดับปฏิบัติมากที่สุด
๓.๕๐-๔.๔๙	ระดับปฏิบัติมาก
๒.๕๐-๓.๔๙	ระดับปฏิบัติปานกลาง
๑.๕๐-๒.๔๙	ระดับปฏิบัติน้อย
๑.๐๐-๑.๔๙	ระดับปฏิบัติน้อยที่สุด

ส่วนที่ ๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

๑) นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แยกและจัดหมวดหมู่ เพื่อเตรียมนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์

๒) นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสให้คะแนนตามเกณฑ์ การให้คะแนนแต่ละข้อ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ส่วนข้อมูลจากคำถามปลายเปิด นำมารวบรวมจัดกลุ่มหาความถี่

๓) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปแปลผล เพื่อเป็นสารสนเทศในการวิจัยขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

๑) สร้างคู่มือลงรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ

๒) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล

๓) การหาคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้สูตร KR-๒๐ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด ๕ ระดับ โดยสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของ Cronbach

๔) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สภาพความรู้ของบุคลากรครูด้านการวิจัยที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

๕) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามสภาพทัศนคติต่อการวิจัย สภาพพฤติกรรมการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี การเรียงลำดับดัชนีความต้องการ ทำการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๖) การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสภาพความรู้ ทักษะ และสภาพปฏิบัติการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test แบบ Independent sample)

๗) การวิเคราะห์ข้อมูลคำถามปลายเปิดจากแบบสอบถามสภาพการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สร้างข้อสรุปจากการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิงจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗ - ๑๗๗ รหัสโครงการ SSJ.UB ๑๗๗

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๓.๓๐ มีอายุ ๓๑-๔๐ ปี ร้อยละ ๓๔.๒๐ มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๘๐.๘๐ มีสถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ ๗๘.๓๐ ซึ่งส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๔๖.๔๐ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย ร้อยละ ๖๓.๓๐ และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มากกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๘๓.๓๐ ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๔.๑๖ มีทัศนคติต่อการวิจัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สภาพปฏิบัติการวิจัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ส่วนการประเมินรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด มีความเป็นไปได้ในระดับมาก และมีความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาให้ละเอียดถึงบริบท ปัญหาในพื้นที่ การวางแผนการดำเนินการที่เน้นถึงกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นสำคัญ รวมทั้งการได้มาซึ่งปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบจากการจัดการเรียนรู้ เพื่อจะได้ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ประกอบการวางแผนพัฒนาต่อไป

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑) ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ การวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

๒) เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนส่งเสริมศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓) ได้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

๔) เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๑๙๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๐ และเพศชาย จำนวน ๑๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗๐ มีอายุ ๓๑-๔๐ ปี จำนวน ๑๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๒๐ มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน ๒๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘๐ มีสถานภาพสมรส (คู่) จำนวน ๒๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๓๐ ซึ่งส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔๐ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน ๒๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๓๐ และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า ๑๐ ปี จำนวน ๓๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๐

๒. ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๑๖ รองลงมาคือ มีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับมาก จำนวน ๑๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๕๔ และมีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับน้อย จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๐

๓. ทักษะต่อการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทักษะต่อการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๑๒, S.D = ๐.๗๙๒$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การวิจัยช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรใน รพ.สต. ($\bar{X} = ๔.๔๑, S.D = ๐.๖๘๖$) รองลงมาคือ การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาการทำงานใน รพ.สต. ($\bar{X} = ๔.๓๒, S.D = ๐.๗๖๑$) ท่านเชื่อว่าผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้ในงานประจำวันได้ ($\bar{X} = ๔.๓๒, S.D = ๐.๗๒๔$) และท่านคิดว่าการศึกษาวิจัยช่วยสร้างความน่าเชื่อถือในงานของท่าน ($\bar{X} = ๔.๒๖, S.D = ๐.๖๕๖$) ตามลำดับ

๔. สภาพปฏิบัติการวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๐๑, S.D = ๐.๘๑๕$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านเชื่อว่าการวิจัยช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ($\bar{X} = ๔.๔๖, S.D = ๐.๖๓๗$) รองลงมาคือ การขาดความรู้ด้านสถิติเป็นอุปสรรคในการวิเคราะห์ข้อมูล ($\bar{X} = ๔.๒๕, S.D = ๐.๗๕๐$) การนำผลการวิจัยไปใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพใน รพ.สต. ($\bar{X} = ๔.๒๕, S.D = ๐.๗๓๘$) และการวิจัยช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรใน รพ.สต. ($\bar{X} = ๔.๒๔, S.D = ๐.๗๗๑$) ตามลำดับ

๕. การประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ ของร่างรูปแบบ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การประเมินรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = ๔.๖๗, S.D = ๐.๕๐$) มีความเป็นไปได้ ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๓๙, S.D = ๐.๖๔๘$) และมีความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = ๔.๗๘, S.D = ๐.๔๑๘$)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ได้รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการนำผลจากการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎี หลักการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ ๑ ซึ่งพบประเด็นสำคัญว่า บุคลากรมีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทัศนคติต่อการวิจัยอยู่ในระดับมาก โดยพบว่า การวิจัยช่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ (ต่อ)

เพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรใน รพ.สต. และสภาพปฏิบัติการวิจัยอยู่ในระดับมากโดยพบว่าบุคลากรเชื่อว่าการวิจัยช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และจากการข้อเสนอแนะในการพัฒนางานพบว่า อยากให้มีการสนับสนุนในด้านความรู้การศึกษาวิจัย โดยทีมพี่เลี้ยง พร้อมทั้งมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงได้นำมาสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากร ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นองค์ประกอบ ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ขั้นร่วมวางแผนเตรียมการ (Plan) เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริม

ศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย

๒. ขั้นร่วมสร้างกิจกรรมพัฒนา (Action and observe) เป็นการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นวางแผนเตรียมการมาสร้างกิจกรรมพัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาในการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย

๓. ขั้นร่วมติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุง (Reflect) โดยการติดตามและประเมินผลหลังขั้นตอนการพัฒนาในการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยเสร็จสิ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุง พร้อมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๔. การสนับสนุนปัจจัยที่บุคลากรต้องการด้านการวิจัยจากต้นสังกัดทุกขั้นตอน (Input) โดยการสนับสนุนปัจจัยที่บุคลากรด้านการวิจัยตามความต้องการในข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย

๔.๑ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลสารสนเทศทางการวิจัย และศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยน

ข้อมูล

๔.๒ จัดทำนโยบายสนับสนุนปัจจัยให้บุคลากรใน รพ.สต. เพื่อทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนา

๔.๓ มีทีมพี่เลี้ยง หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยให้คำแนะนำช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง

๔.๔ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีในระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

๔.๕ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป็นการนำผลที่ได้หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการประเมินและสะท้อนผลในแต่ละขั้นตอนการพัฒนา เพื่อนำผลไปปรับปรุงแผนพัฒนาต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑) การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยบุคลากรใน รพ.สต. สามารถใช้ทักษะวิจัยที่ได้รับไปใช้ในการสำรวจปัญหาสุขภาพชุมชน วิเคราะห์สาเหตุ และออกแบบนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ส่งผลให้การจัดการบริการมีคุณภาพและตรงตามความต้องการของประชาชนมากขึ้น

๒) การพัฒนาบุคลากรให้ก้าวสู่ความเป็นนักวิจัยในพื้นที่ โดยที่บุคลากรใน รพ.สต. ที่ผ่านการพัฒนารูปแบบสามารถผลิตข้อเสนอโครงการวิจัย รายงาน หรือบทความวิชาการได้ด้วยตนเอง เพิ่มศักยภาพการเติบโตในวิชาชีพ และสร้างผลงานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการ

๓) ผลการดำเนินงานสามารถจัดทำเป็น คู่มือ หรือ รูปแบบต้นแบบ สำหรับการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยใน รพ.สต. และขยายผลสู่หน่วยบริการอื่น ๆ ภายใต้งานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตลอดจนสามารถปรับใช้ในจังหวัดอื่นได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๒ ผลกระทบ

๑) ผลกระทบเชิงบวก

(๑) บุคลากรที่มีทักษะการวิจัยสามารถออกแบบนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบโจทย์ปัญหาในพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น

(๒) บุคลากรเกิดความมั่นใจในศักยภาพตนเอง เห็นคุณค่าของงานวิจัยต่อการพัฒนางานประจำ (Routine to Research: RtR) และมีแรงจูงใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

(๓) หากรูปแบบประสบความสำเร็จจะทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีฐานข้อมูลและงานวิจัยที่ใช้ในการกำหนดนโยบายและพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

(๔) การสังเคราะห์รูปแบบและผลงานวิจัยที่ได้ อาจส่งผลให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายระดับจังหวัดหรือประเทศ และยังสามารถสร้างชื่อเสียงทางวิชาการให้กับบุคลากรและองค์กร แต่ก็ต้องมีระบบติดตามและประเมินผลเพื่อให้ผลงานถูกนำไปใช้จริง ไม่หยุดอยู่เพียงรายงาน

๒) ผลกระทบด้านลบ

(๑) การเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยควบคู่ไปกับงานบริการประจำ อาจทำให้บุคลากรมีภาระงานมากเกินไป เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน

(๒) ความเหลื่อมล้ำด้านศักยภาพบุคลากร เนื่องจากบุคลากรมีพื้นฐานหรือความสนใจด้านการวิจัยไม่เท่ากัน ทำให้บางคนอาจรู้สึกว่าการวิจัยดีกว่าหรือถูกบังคับให้ทำ ส่งผลต่อขวัญกำลังใจในการทำงาน

(๓) ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ เนื่องจากขาดงบประมาณ หรือการสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือพี่เลี้ยงวิชาการ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจไม่สามารถดำเนินต่อได้อย่างยั่งยืน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) การขาดความรู้และทักษะด้านวิจัยของบุคลากร เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้มีพื้นฐานด้านวิจัยมาก่อน จึงต้องใช้เวลาในการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ทำให้การดำเนินโครงการมีความซับซ้อนและต้องอาศัยพี่เลี้ยงวิชาการอย่างต่อเนื่อง

๒) การจัดสรรเวลาและภาระงานบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องรับผิดชอบงานบริการสุขภาพประจำที่มีความเร่งด่วน จึงทำให้การแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม และการทำวิจัยจริงมีความยุ่งยากและอาจกระทบต่อคุณภาพงานประจำ

๓) การดำเนินโครงการต้องใช้ทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ และเวลาของผู้เกี่ยวข้อง หากทรัพยากรไม่เพียงพอหรือจัดสรรไม่เหมาะสม อาจทำให้การดำเนินการติดขัดและไม่บรรลุเป้าหมาย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) ภาระงานประจำของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากบุคลากร ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติภารกิจด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งงานด้านการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานเอกสารรายงาน จึงทำให้เวลาที่สามารถจัดสรรเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยหรือการฝึกอบรมมีจำกัด อีกทั้งในบางช่วงเวลามีภารกิจเร่งด่วน เช่น การรณรงค์วัคซีนหรือการควบคุมโรคระบาด ส่งผลให้การดำเนินงานวิจัยล่าช้าและไม่เป็นไปตามแผน

๒) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอาจไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติมักพบปัญหาว่าผู้เกี่ยวข้องบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมประชุมหรือเวทีสะท้อนคิดได้ครบทุกครั้ง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลา ภารกิจประจำ ทำให้การสื่อสารไม่ต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

๑) จากผลการความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมวิจัยที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นความเข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของบุคลากรระดับปฐมภูมิ

๒) จากข้อจำกัดหรืออุปสรรคใดที่พบในการทำวิจัยในหน่วยงาน ดังนั้นควรมีการสนับสนุนจากหัวหน้างานหรือผู้บริหาร ในการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรสามารถมีเวลาในการทำวิจัย โดยเริ่มจาก CQI R๒R และวิจัย มีระบบที่เอื้อการวิจัย ส่งเสริมแรงจูงใจ ในการทำวิจัย พร้อมทั้งส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการวิจัยระหว่างบุคลากรในจังหวัดเดียวกัน ผ่านการสร้างเครือข่ายหรือกลุ่มวิชาการที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้จากฐานปฏิบัติ

๒) ควรมีการประเมินพัฒนาการด้านความรู้วิจัยของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลของการส่งเสริมศักยภาพ และปรับปรุงรูปแบบการสนับสนุนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

๓) ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา และขยายผลต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ด้านการวิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเกตุศิรินทร์ นิมพลี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

๒)สัดส่วนของผลงาน.....

๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางเกตุศิรินทร์ นิมพลี)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

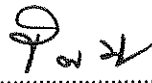
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเกตุศิริรินทร์ นิมพลี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางอิตารัตน์ บุญทรง)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 (วันที่) ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๔
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

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

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกล รพ.สต. ถือเป็นด่านหน้า (Frontline) ของระบบสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยตรง การดำเนินงานของ รพ.สต. จึงมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (World Health Organization, ๒๐๑๘)

อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เผชิญกับความท้าทายหลายด้าน โดยเฉพาะความซับซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยการติดตามผลทางคลินิก การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระงานและความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเฉพาะทางของบุคลากร (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๔)

นอกจากนี้ นักวิชาการสาธารณสุขยังต้องรับมือกับโรคอุบัติใหม่และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เช่น โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคไข้เลือดออก และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค รวมถึงทักษะการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ การขาดสมรรถนะในด้านเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของ รพ.สต. ในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินและลดผลกระทบทางสุขภาพของประชาชน (Ministry of Public Health, ๒๐๒๒)

อีกทั้งความท้าทายที่สำคัญคือการปรับตัวเข้าสู่ยุคดิจิทัลและการใช้ข้อมูลสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ การใช้ฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ เช่น ระบบ ๔๓ แฟ้ม, Health Data Center (HDC), Telehealth และแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนบริการสุขภาพ การพัฒนาทักษะดิจิทัลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Kruk et al., ๒๐๑๘)

นอกจากนี้ นักวิชาการสาธารณสุขยังต้องทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคีที่ซับซ้อนและหลากหลาย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในชุมชน การทำงานเช่นนี้ต้องอาศัยสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ การประสานงาน และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (WHO, ๒๐๑๘; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕) ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสม สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนานี้ไม่เพียงช่วยยกระดับคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิ แต่ยังสอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคลากรสุขภาพในระดับพื้นที่ การพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ครอบคลุม และสามารถตอบสนองต่อความท้าทายด้านสุขภาพในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

๒.๒ วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อพัฒนากอบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักวิชาการสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัล และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ๓) เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านภาวะผู้นำ การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ๔) เพื่อยกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิและสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในระดับชุมชนอย่างครอบคลุมและยั่งยืน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมการทำงานทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ การป้องกันโรค การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการสร้างเสริมสุขภาพจิตและกายของประชาชน นอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นบุคลากรสำคัญในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน พวกเขามีหน้าที่ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชากร การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนการจัดการวิกฤตด้านสุขภาพ เช่น การระบาดของโรคติดต่อในชุมชน การเกิดภัยพิบัติ หรือปัญหาสุขภาพเรื้อรังของประชาชน

จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีพื้นที่ครอบคลุมทั้งเมืองและชนบท มีลักษณะสังคมและประชากรที่หลากหลาย ประกอบกับความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อน การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และทักษะของนักวิชาการสาธารณสุขอย่างสูงเพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขยังมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของระบบสาธารณสุขของประเทศและจังหวัดอุบลราชธานี เช่น การลดอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ และการสร้างชุมชนสุขภาพดีตามแนวทาง “สุขภาพดีวิถีอีสาน” การมีนักวิชาการสาธารณสุขที่มีสมรรถนะสูงจะช่วยให้การดำเนินงานเหล่านี้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ลดความสูญเสียทางสุขภาพ และเพิ่มความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการสุขภาพ

นอกจากบทบาทด้านการให้บริการสุขภาพโดยตรงแล้ว นักวิชาการสาธารณสุขยังมีบทบาทในการสร้างระบบสนับสนุนชุมชน โดยการให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการเฝ้าระวังสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพชุมชน การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขจึงมีผลโดยตรงต่อความสามารถของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน

การพัฒนาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขยังสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสร้างบุคลากรที่มีทักษะในการประเมินสถานการณ์สุขภาพชุมชน การใช้ข้อมูลสุขภาพเชิงสถิติในการวางแผน และการบูรณาการงานวิจัยเข้ากับงานบริการประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี จึงมี

ความสำคัญทั้งในเชิงยุทธศาสตร์และเชิงปฏิบัติการ โดยเป็นปัจจัยหลักในการยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และสร้างชุมชนที่เข้มแข็งและมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

๓.๒ แนวความคิดในการดำเนินงาน

การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี ควรดำเนินงานภายใต้แนวคิดที่บูรณาการระหว่าง การพัฒนาบุคลากร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการเสริมสร้างระบบสนับสนุนชุมชน เพื่อให้เกิดความสามารถครบถ้วนทั้งด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และสมรรถนะการปฏิบัติจริง แนวความคิดหลักมีดังนี้

๑) การพัฒนาความรู้และทักษะเชิงวิชาการ

นักวิชาการสาธารณสุขต้องมีความรู้รอบด้านทั้งด้านวิชาการสาธารณสุขและการจัดการชุมชน แนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะ ได้แก่ การอบรมและสัมมนาเชิงปฏิบัติการด้านสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค การเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาหรือการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชน การพัฒนาทักษะการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ และการประเมินผลโครงการ

๒) การพัฒนาสมรรถนะการจัดการและการประสานงาน

นักวิชาการสาธารณสุขต้องสามารถวางแผน ประสานงาน และติดตามผลโครงการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการวางแผนโครงการ การบริหารจัดการทรัพยากร และการติดตามประเมินผล การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน และการสร้างความสามารถในการเป็นผู้นำและการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

๓) การสร้างเจตคติและทัศนคติเชิงบูรณาการ

การทำงานในชุมชนต้องอาศัยเจตคติที่ดีและความรับผิดชอบต่อประชาชน แนวทางพัฒนา ประกอบด้วย การปลูกฝังค่านิยมความเป็นมืออาชีพ ความเอื้ออาทร และความรับผิดชอบต่อสังคม การส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์และการตัดสินใจอย่างรอบคอบ และการสร้างทัศนคติที่เปิดกว้างต่อการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ และแนวปฏิบัติที่ดีจากองค์กรอื่น

๔) การบูรณาการกับระบบสนับสนุนชุมชน

นักวิชาการสาธารณสุขไม่สามารถทำงานได้เพียงลำพัง การพัฒนาสมรรถนะต้องเชื่อมโยงกับชุมชนและระบบสนับสนุนสุขภาพ การส่งเสริมบทบาทของ อสม. และคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ การพัฒนากลไกการประสานงานระหว่าง รพ.สต. หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชน และการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่และความต้องการของประชาชนเพื่อออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

๕) การประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาสมรรถนะต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน การใช้ตัวชี้วัดสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุข เช่น ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของประชาชน การรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร ร่วมกับการสะท้อนการปฏิบัติงานของนักวิชาการ และการปรับปรุงหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

นอกจากนั้นในการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ดังนี้

๓.๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (บุญเลิศ, ๒๕๖๑) การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรและคุณภาพการให้บริการ

๑. การพัฒนาความรู้ (Knowledge Development) เป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการ ทฤษฎี และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงาน การฝึกอบรม การสัมมนา การเรียนรู้ออนไลน์ และการศึกษาต่อเนื่อง เป็นวิธีการสำคัญในการพัฒนาความรู้ของบุคลากร (สุวิทย์ นครชัย, ๒๕๖๒)

๒. การพัฒนาทักษะ (Skill Development) ทักษะเป็นความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ การพัฒนาทักษะสามารถทำได้ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง การเรียนรู้ในสถานการณ์งานจริง (On-the-Job Training) การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงาน (ประเสริฐ ชัยวัฒน์, ๒๕๖๐)

๓. การพัฒนาคุณลักษณะและทัศนคติ (Attitude and Behavioral Development) การพัฒนาทัศนคติ เจตคติ และคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความรับผิดชอบ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม และความมีวินัย เป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร การสะท้อนการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษา และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน (สุนทร ประภาส, ๒๕๖๓)

๔. การพัฒนาต่อเนื่องและการประเมินผล (Continuous Development and Evaluation) การพัฒนาบุคลากรต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงแนวทางการพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรและบริบทขององค์กร การประเมินผลสามารถทำได้ผ่านแบบสอบถาม การสังเกตการปฏิบัติงาน และการสะท้อนผลการเรียนรู้ (อรุณ ศรีสุวรรณ, ๒๕๖๑)

สรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้ง ความรู้ ทักษะ เจตคติ และพฤติกรรม เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้

๓.๒.๒ สมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นความสามารถเฉพาะด้านที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติ ดังนี้

๑) สมรรถนะความรู้ด้านวิชาการสาธารณสุข (Knowledge Competency) นักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต. ต้องมีความรู้ทั้งในด้านทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเฝ้าระวังโรคและระบาดวิทยา โภชนาการ สุขศึกษา และสุขภาพจิต นโยบายสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนและจัดทำแผนป้องกันโรค

๒) สมรรถนะทักษะการปฏิบัติงาน (Skill Competency) โดยที่นักวิชาการต้องมีทักษะทั้งด้าน

ปฏิบัติการและการบริหารจัดการ เช่น การวางแผนโครงการสุขภาพและจัดกิจกรรมในชุมชน การสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ประชาชน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการติดตามและประเมินผลโครงการ

ตัวอย่าง การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน หรือการใช้โปรแกรมสารสนเทศสุขภาพเพื่อติดตามผู้ป่วย

๓) สมรรถนะเจตคติและคุณลักษณะส่วนบุคคล (Attitude and Personal Competency) นักวิชาการต้องมีเจตคติที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานในชุมชน เช่น มีความรับผิดชอบและจิตสาธารณะ สามารถทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์และยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา

ตัวอย่าง: การร่วมวางแผนและปรับแนวทางโครงการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน

๔) สมรรถนะด้านการวิเคราะห์และประเมินผล (Analytical and Evaluation Competency) นักวิชาการต้องสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและประเมินผลโครงการเพื่อปรับปรุงบริการให้ตรงกับความต้องการชุมชน เช่น การประเมินผลโครงการสุขภาพในพื้นที่ การจัดทำรายงานผลการดำเนินงานและนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติ การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนากลยุทธ์สุขภาพชุมชน

ตัวอย่าง: การติดตามผลการดำเนินงานโครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปรับปรุงแนวทางตามผลประเมิน

สรุป สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมความรู้ ทักษะ เจตคติ และการวิเคราะห์ประเมินผล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน การพัฒนาสมรรถนะเหล่านี้จะช่วยยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และสนับสนุนเป้าหมายด้านสาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒.๓ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะ

ในการพัฒนาสมรรถนะมีปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ปัจจัยบุคคล (Individual Factors)

ปัจจัยบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษา และทัศนคติในการเรียนรู้ ของนักวิชาการสาธารณสุข งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า บุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานมากและมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ จะสามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานได้ดีกว่า (สุวรรณ จิตรา, ๒๕๖๑)

ตัวอย่าง นักวิชาการที่มีประสบการณ์ทำงานในชุมชนมากกว่า ๕ ปี สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชนและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ตรงตามความต้องการ ทัศนคติที่เปิดกว้างต่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ จะช่วยให้สามารถพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะและการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพได้รวดเร็ว

๒) ปัจจัยองค์กร (Organizational Factors)

ปัจจัยองค์กรมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างชัดเจน เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร การจัดสรรทรัพยากร ฝึกอบรม และบรรยากาศการทำงาน งานวิจัยพบว่าองค์กรที่สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร จะทำให้สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขสูงขึ้น (สุวิทย์ นพพร, ๒๕๖๒)

ตัวอย่าง การจัดงบประมาณและเวลาสำหรับการอบรมในด้านวิชาการสาธารณสุข เช่น การอบรมระบาดวิทยาและการใช้โปรแกรมฐานข้อมูลสุขภาพ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนความรู้

๓) ปัจจัยด้านระบบ (System Factors)

ปัจจัยด้านระบบหมายถึง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ระบบข้อมูลและฐานข้อมูลสุขภาพ และความเชื่อมโยงกับชุมชน ระบบที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลและเครื่องมือสนับสนุนการทำงานได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้สมรรถนะในการวิเคราะห์และประเมินผลโครงการสูงขึ้น (พิมพ์ชนก ศุภพงษ์, ๒๕๖๐)

ตัวอย่าง การมีระบบสารสนเทศสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นโยบายสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและประเมินโครงการสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยบุคคล องค์กร และระบบ โดยแต่ละด้านมีความสำคัญเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด การพัฒนาที่ครอบคลุมทั้ง ๓ ปัจจัยจะช่วยยกระดับความสามารถในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒.๔ แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ

จากการวิเคราะห์เชิงลึก แนวทางที่เหมาะสมประกอบด้วย

๑) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

๒) จัดอบรมด้านการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลโครงการ
สุขภาพ

๓) ฝึกทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาชุมชน

๔) การสร้างระบบสนับสนุน

๕) มีผู้เชี่ยวชาญหรือพี่เลี้ยงคอยแนะนำการพัฒนาโครงการ

๖) สร้างแพลตฟอร์มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ
มหาวิทยาลัย/สถาบันวิจัย

๗) การสร้างแรงจูงใจและการประเมินผล

๘) ประเมินสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขเป็นประจำ พร้อมรางวัลหรือการยกย่องบุคลากรที่มี
ผลงานเด่น

๙) เชื่อมโยงการพัฒนาสมรรถนะกับการเลื่อนตำแหน่งหรือสิทธิประโยชน์

๑๐) การบูรณาการงานวิจัยกับงานประจำ

๑๑) ส่งเสริมให้การเก็บข้อมูลและการประเมินผลในงานประจำเป็นฐานสำหรับการทำงานวิจัย

๑๒) สนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพงานในชุมชน

ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกระบวนการเชิงระบบที่ต้องพิจารณาปัจจัยบุคคล องค์กร และระบบควบคุมกัน การ
ฝึกอบรม การสร้างระบบสนับสนุน การบูรณาการงานวิจัย และการสร้างแรงจูงใจ มีความสำคัญต่อการ
เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความ
ต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

๓.๓ ข้อเสนอ

ข้อเสนอในการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑) การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะวิชาการ

นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำเป็นต้องมีความรู้ด้าน
วิชาการสาธารณสุขที่ทันสมัย สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน วางแผนและประเมินผลโครงการได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะควรประกอบด้วยการฝึกอบรมและการเรียนรู้
แบบต่อเนื่อง

(๑) อบรมเชิงปฏิบัติการ

การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อสำคัญ เช่น การประเมินความเสี่ยงสุขภาพ การวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และการประเมินผลโครงการ จะช่วยเพิ่มทักษะในการ
ปฏิบัติงานจริง

(๒) การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

การจัดหลักสูตร e-learning หรือการเรียนรู้แบบออนไลน์ จะช่วยให้บุคลากรสามารถ
อัปเดตความรู้ใหม่ ๆ ได้สะดวกและยืดหยุ่นตามเวลาที่เหมาะสม

(๓) การพัฒนาประสบการณ์ผ่านโครงการวิจัย

การสนับสนุนให้บุคลากรทำงานวิจัยหรือโครงการพัฒนาชุมชน จะช่วยสร้างประสบการณ์
และทักษะเชิงปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรสนใจเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

๒) การพัฒนาสมรรถนะด้านทัศนคติและจิตวิญญาณของการทำงาน

นอกจากความรู้และทักษะแล้ว ทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน และความมุ่งมั่นในการพัฒนาชุมชนถือ
เป็นปัจจัยสำคัญ

(๑) ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต

การจัดกิจกรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดี เช่น การประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคลากร การตั้งกลุ่มเรียนรู้ และการมีพี่เลี้ยงหรือโค้ชในงานสาธารณสุข

(๒) สร้างแรงจูงใจและการยกย่องเชิดชู

การให้รางวัลหรือประกาศเกียรติคุณแก่บุคลากรที่ทำงานดีเด่นในด้านวิชาการหรือโครงการชุมชน จะช่วยสร้างแรงจูงใจและทำให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน

(๓) การสนับสนุนการโค้ชชิ่งและการให้คำปรึกษา

การมีผู้เชี่ยวชาญคอยแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนโครงการ หรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและพัฒนาทักษะการตัดสินใจในงานจริง

๓) การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ

นักวิชาการสาธารณสุขต้องสามารถวางแผนโครงการ จัดสรรทรัพยากร และติดตามประเมินผลโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๑) ฝึกอบรมการบริหารโครงการ

การอบรมด้านการบริหารโครงการ การวางแผนงาน การจัดสรรทรัพยากร และการประเมินผลโครงการ จะช่วยให้บุคลากรมีความสามารถในการจัดการงานอย่างเป็นระบบ

(๒) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงาน

การพัฒนาความสามารถในการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ การจัดทำรายงานอิเล็กทรอนิกส์ และเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล จะช่วยให้บุคลากรทำงานได้รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นระบบ

(๓) เสริมสร้างความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานภายนอก

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ อสม. โรงเรียน หน่วยงานท้องถิ่น หรือภาคเอกชน จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น

๔) การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงาน

การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานสาธารณสุข การถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพและการประสานงานกับชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ จำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน

(๑) ฝึกทักษะการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

การอบรมด้านการสื่อสาร การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และการเจรจาต่อรอง จะช่วยให้บุคลากรสามารถถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพให้ประชาชนและผู้บริหารเข้าใจ

(๒) การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคลากร

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้หรือประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะช่วยพัฒนาการประสานงานและการทำงานเป็นทีม

(๓) การจัดทำรายงานและนำเสนอข้อมูล

การฝึกทำรายงานและนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยให้บุคลากรสามารถอธิบายผลลัพธ์โครงการและแนวทางพัฒนาชุมชนต่อผู้บริหารและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕) การสร้างระบบสนับสนุนเพื่อการพัฒนาสมรรถนะอย่างยั่งยืน

การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต้องมี ระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

(๑) จัดทำคู่มือและแนวทางการพัฒนา

การจัดทำคู่มือหรือแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร จะช่วยให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีมาตรฐานการพัฒนาที่ชัดเจน

(๒) สนับสนุนงบประมาณและเวลา

การจัดสรรงบประมาณและเวลาสำหรับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ จะทำให้บุคลากรสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

(๓) ระบบติดตามและประเมินผลสมรรถนะ

การติดตามและประเมินผลสมรรถนะบุคลากรอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้สามารถปรับปรุงแผนการพัฒนาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรและชุมชน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องดำเนินการแบบ บูรณาการทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ การบริหารจัดการ การสื่อสาร และระบบสนับสนุน การดำเนินงานอย่างสอดคล้องและต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับความสามารถในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑) ด้านงบประมาณ การพัฒนาบุคลากรต้องใช้ทรัพยากรทางการเงิน เช่น ค่าอบรม ค่าวัสดุ อุปกรณ์ และค่าเดินทาง หากงบประมาณไม่เพียงพอ อาจทำให้โครงการพัฒนาสมรรถนะไม่ต่อเนื่องหรือไม่ครอบคลุมทุกบุคลากร

๒) ด้านเวลา บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีภาระงานประจำจำนวนมาก ทำให้เวลาในการเข้าร่วมอบรมหรือทำกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะมีจำกัด อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเรียนรู้

๓) ด้านบุคลากรและความเชี่ยวชาญบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจขาดผู้เชี่ยวชาญหรือวิทยากรที่มีความรู้ตรงตามหัวข้อการพัฒนาทำให้การอบรมหรือโค้ชซึ่งไม่ครอบคลุมทุกด้านที่ต้องการ

๔) ด้านทัศนคติและแรงจูงใจ บุคลากรบางคนอาจมีทัศนคติที่ไม่พร้อมต่อการพัฒนาตนเอง เช่น ไม่เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ต่อการทำงานจริง หรือขาดแรงจูงใจ

๕) ด้านเทคโนโลยีและอุปกรณ์ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือฐานข้อมูลสุขภาพต้องอาศัยคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และโปรแกรมซอฟต์แวร์ หากระบบเทคโนโลยีไม่พร้อมจะทำให้การเรียนรู้ออนไลน์หรือการเก็บข้อมูลเชิงวิเคราะห์ไม่สะดวก

๖) ด้านระบบสนับสนุนและนโยบาย การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต้องอาศัยการสนับสนุนจากผู้บริหารและนโยบายของหน่วยงาน หากไม่มีความต่อเนื่องหรือความเอื้ออำนาจจากองค์กร อาจทำให้โครงการพัฒนาไม่ยั่งยืน

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑) จัดทำแผนงบประมาณล่วงหน้า และใช้ทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๒) ประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้ต้นทุนต่ำ เช่น e-learning, การฝึกอบรมภายในองค์กร

๓) จัดตารางอบรมเป็นรอบสั้นๆ หรือช่วงเวลาที่ไม่ว่างงานประจำ

๔) ใช้วิธีการเรียนรู้แบบออนไลน์หรือ blended learning ที่บุคลากรสามารถเรียนรู้ได้ตามเวลาที่สะดวก

๕) จัดทำเครือข่ายวิทยากรจากระดับอำเภอ จังหวัด หรือมหาวิทยาลัย

๖) ใช้วิธีการโค้ชชิ่งหรือ mentoring จากผู้มีประสบการณ์ภายในหรือภายนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๗) สร้างแรงจูงใจด้วยการยกย่องและให้รางวัลผู้ที่พัฒนาตนเอง เช่น ประกาศเกียรติคุณ การเลื่อนตำแหน่ง

๘) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกรณีศึกษาที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน

๙) จัดสรรอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และโปรแกรมจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๑๐) ใช้สื่อการเรียนรู้ที่ไม่พึ่งเทคโนโลยีสูง เช่น หนังสือ คู่มือ หรือวิดีโอสั้น

๑๑) เสนอผู้บริหารให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

๑๒) จัดทำระบบติดตามและประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำเร็จ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข โดยที่นักวิชาการสามารถวางแผน จัดการ และประเมินโครงการสุขภาพได้อย่างมีระบบ รวมทั้งการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในชุมชนมีคุณภาพสูงขึ้น

๒) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง นักวิชาการมีความรู้ด้านสาธารณสุขทันสมัย และสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบมาตรการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

๓) ช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสุขภาพ การให้บริการมีคุณภาพสูง ตอบสนอง ความต้องการของชุมชนได้ตรงจุดและประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมากขึ้น

๔) ทำให้เพิ่มแรงจูงใจและความผูกพันของบุคลากร นักวิชาการมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาตนเองและ งานที่ทำ ลดอัตราการลาออกและเพิ่มความต่อเนื่องในการทำงานของบุคลากร

๕) เป็นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) มีระบบบริหารงานและเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง

๖) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับชุมชนและหน่วยงานอื่น

๗) เป็นการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุขของจังหวัด

๘) การพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโครงการสุขภาพ

๙. ช่วยสนับสนุนการลดอัตราป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) นักวิชาการที่ผ่านการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒) ประชาชนที่ได้รับบริการสุขภาพและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๓) มีการนำข้อเสนอแนะและนวัตกรรมใหม่มาใช้ในชุมชน มากกว่าร้อยละ ๘๐

๔) ความพึงพอใจของนักวิชาการต่อการพัฒนาสมรรถนะ มากกว่าร้อยละ ๘๕

๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑) ได้แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒) มีการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะควรประกอบด้วยการฝึกอบรมและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

๓) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอุบลราชธานี และขยายผลไปยังวิชาชีพอื่น

(ลงชื่อ)

(นางเกตุศิรินทร์ ฉิมพลี)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบใบสำคัญการเบิกจ่าย ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดำเนินการในเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนในบุคลากรด้านการเงินการคลังของ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และหน่วยย่อยในสังกัด มีแนวทาง และวิธีการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่าย ซึ่งจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับของกระทรวงการคลัง ในการเบิกจ่ายเงินของส่วนราชการให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้งานการเงินและบัญชีปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่ตั้งไว้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อให้เกิดกระบวนการกำกับ ดูแล ติดตาม ตรวจสอบการเบิกเงิน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารระบบการเบิกจ่ายเงิน

จากการดำเนินงานและรวบรวมข้อมูลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๓.๑ ศึกษา วิเคราะห์ ระเบียบ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินที่ใช้เป็นประจำรวมทั้งหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการในแต่ละประเภทของหน่วยงาน เพื่อความสะดวกในการนำไปใช้

๓.๒ รวบรวมประเด็นปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการปฏิบัติงานครั้งต่อไป

๓.๓ รวบรวมแบบฟอร์มและหลักฐานต่าง ๆ ในการเบิกจ่ายเงิน

๓.๔ จัดทำแนวทางปฏิบัติและการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน

๓.๕ จัดทำรายงานการปฏิบัติงาน “ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่าย” จากการตรวจสอบใบสำคัญเบิกจ่าย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ผู้ขอรับการประเมินจึงได้จัดทำรายงานการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายของหน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน สามารถเบิกจ่ายได้ถูกต้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การตรวจสอบและการเบิกจ่ายเงินได้รวดเร็ว ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยิ่งขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายปฏิรูปราชการ ตั้งแต่การบริหารงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง การเบิกจ่ายเงิน การบริหารสินทรัพย์และการจัดทำบัญชี เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดความรวดเร็ว โปร่งใสตรวจสอบได้ และเสริมสร้างประสิทธิภาพการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐและได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง โดยกรมบัญชีกลางจนมาถึงปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีหน่วยงานย่อยในสังกัดแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๔ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๒๓๗ แห่ง สสช.จำนวน ๕ แห่ง

ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีบุคลากรด้านการเงิน การบัญชีและพัสดุไม่เพียงพอ มีการโอนย้าย ลาออก จึงมีการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการสอนงาน ถ่ายทอดงานให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ครบถ้วน เนื่องจากการปฏิบัติงานมีขั้นตอนการปฏิบัติค่อนข้างซับซ้อน ประกอบกับกรมบัญชีกลางมีการปรับปรุง กฎหมาย ระเบียบและแนวทางการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และต้องติดตามศึกษาทำความเข้าใจหนังสือสั่งการใหม่ ๆ ให้เป็นปัจจุบัน จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาผู้ขอรับการประเมินพบว่า การตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน และการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายยังมีความคลาดเคลื่อน สาเหตุมาจากผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ทำให้การตรวจสอบหลักฐานการจ่ายเงินไม่ถูกต้อง ครบถ้วนเกิดความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงิน หรือดำเนินการบันทึกข้อมูลผิดพลาด ทำให้มีปัญหาต้องติดตามแก้ไขเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องส่งผลให้ข้อมูลทางการเงินไม่ถูกต้องครบถ้วน

การตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเบิกจ่ายซึ่งครอบคลุมขั้นตอนการตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกเงินให้ถูกต้องตามระเบียบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนของการปฏิบัติหรือวิธีการดำเนินงานตามระบบการเบิกจ่ายเงิน โดยมีความสอดคล้องกับข้อมูล ลดข้อผิดพลาดและสามารถวางแผนเบิกจ่ายได้โดยเร็ว เป็นการควบคุมภายในที่จำเป็น เหมาะสมต่อการเบิกจ่ายเงินและช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้รายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้ จึงได้ทำแนวทางการตรวจสอบหลักการเบิกจ่าย

ผู้ขอรับการประเมินหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การตรวจสอบหลักฐานในการเบิกจ่าย จะเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่การเงินที่ตรวจสอบใบสำคัญและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่าย ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และลดข้อผิดพลาดในการเบิกจ่ายต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการดำเนินงาน ปัญหา ข้อเสนอแนะ เป็นผลการดำเนินงานตรวจใบสำคัญเบิกจ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) จากการตรวจสอบใบสำคัญที่หน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และหน่วยงานย่อยซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๔ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๒๓๗ แห่ง สสข. จำนวน ๕ แห่งโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๔ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๒๓๗ แห่ง สสข. จำนวน ๕ แห่ง การตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่าย พบว่า จำนวนใบสำคัญที่ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทำการเบิกจ่ายในแต่ละปีงบประมาณ มีส่งคืนให้หน่วยงานแก้ไขข้อผิดพลาดบ่อยครั้งและในเรื่องอื่นๆ ซ้ำๆ โดยแยกใบสำคัญออกเป็น ๖ ประเภท คือ

(๑) ใบสำคัญที่ส่งมาเบิกเงิน

(๒) ใบสำคัญขอใช้เงินยืมราชการ

- (๓) ใบสำคัญเงินนอกงบประมาณ
- (๔) ใบสำคัญเบิกค่าสาธารณูปโภค
- (๕) ใบสำคัญเบิกค่าการศึกษาบุตร
- (๖) ใบสำคัญเบิกค่ารักษาพยาบาล

สำหรับการดำเนินงานยังมีข้อปัญหาที่หน่วยงานขอเบิกมีข้อผิดพลาดและขอคำปรึกษาโดยจะขอล่าวเฉพาะประเด็นที่สำคัญและที่มีปัญหาเกิดขึ้น แยกประเภทได้ดังนี้

๕.๑ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม สัมมนา ประชุมราชการ เช่น

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๑. โครงการฝึกอบรม มีหลักเกณฑ์อย่างไร จึงจะเบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ ได้	๑. การฝึกอบรมหมายความว่า การอบรม การประชุมทางวิชาการ หรือเชิงปฏิบัติการ การสัมมนาทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ การบรรยายพิเศษ การฝึกศึกษา การดูงาน การฝึกงาน หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ ๑.๑ มีโครงการหรือหลักสูตร ๑.๒ มีช่วงเวลาจัดที่แน่นอน ๑.๓ ต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ๑.๔ ไม่มีการรับปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ พ.ศ.๒๕๔๙)
๒. ค่าใช้จ่ายฝึกอบรม ต้องดำเนินการจัดทำตามระเบียบพัสดุหรือไม่	๒. ต้องดำเนินการจัดทำตามระเบียบพัสดุ ยกเว้น ๓ รายการ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าที่พัก ไม่ถือเป็นการจัดซื้อจัดจ้างตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ (หนังสือด่วนที่สุด กค กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว๓๙๕ ลว.๑๐ ต.ค.๖๐)
๓. ค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร ตามระเบียบฯ เป็นค่าอะไรบ้าง	๓. ค่าใช้จ่ายในกาติดต่อสื่อสารในโครงการฝึกอบรม เช่น ค่าโทรศัพท์ ค่าแฟกซ์ ค่าอินเทอร์เน็ต ค่าเชื่อมต่อสัญญาณฯ ซึ่งเป็นการใช้บริการของสถานที่จัดฝึกอบรมและใช้ใบเสร็จรับเงินเป็นหลักฐานการเบิกจ่าย
๔. การไปศึกษาดูงานนอกสถานที่ จะเบิกค่าวิทยากรให้เจ้าหน้าที่ที่มาบรรยายหรือพาเดินชมสถานที่ได้หรือไม่	๔. การศึกษาดูงานสามารถเบิกเป็นค่าของสมนาคุณได้เท่าที่จ่ายจริง แห่งละไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท (ระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ พ.ศ.๒๕๕๕ ข้อ ๘) การจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากรจ่ายได้เฉพาะชั่วโมงการฝึกอบรมที่มีลักษณะเป็นการบรรยาย/อภิปราย/แบ่งกลุ่มฝึกภาคปฏิบัติ (ระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ พ.ศ.๒๕๕๕ ข้อ ๑๔)

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๕. กรณีประธานพิธีเปิด-ปิด พาทรรยามาด้วยจะถือเป็นผู้ติดตามได้หรือไม่ และจะเบิกค่าใช้จ่ายจากโครงการได้หรือไม่	๕. บุคคลที่เบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบฯได้คือประธานฯ แยกผู้มีเกียรติและผู้ติดตาม ภรรยาของประธานจึงถือเป็นผู้ติดตามและเบิกค่าใช้จ่ายจากโครงการได้ โดยผู้จัดต้องขออนุมัติค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ติดตามไว้ในโครงการฯ (ระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ พ.ศ.๒๕๕๕ ข้อ๑๐(๑))

๕.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ เช่น

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๑. การเดินทางไปราชการ ถ้าสิ้นสุดภารกิจแล้วลาพักผ่อนต่อ จะขออนุญาตอย่างนี้จะเบิกค่าใช้จ่ายได้	๑. ต้องขออนุญาตเดินทางไปราชการดังนี้ ๑.๑ ขออนุมัติตั้งแต่วันที่เดินทางออกจากที่พักจนถึงวันที่กลับถึงที่พัก (ครอบคลุมวันลาพักผ่อนด้วย) เพื่อได้เบิกค่าพาหนะเที่ยวไปและเที่ยวกลับ ๑.๒ การคำนวณค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าที่พัก ให้นับตั้งแต่วันที่ออกเดินทางถึงวันที่สิ้นสุดการปฏิบัติราชการ (พ.ร.บ.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ.๒๕๒๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ม.๘)
๒. การเดินทางไปราชการ หากต้องจ่ายค่าที่พักสูงกว่าอัตราที่ระเบียบกำหนด จะสามารถเบิกจ่ายได้หรือไม่	๒. การเดินทางไปราชการ ในท้องที่ที่มีค่าครองชีพสูงหรือเป็นแหล่งท่องเที่ยว ให้หัวหน้าส่วนราชการเจ้าของงบประมาณพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายค่าเช่าที่พักสูงกว่าอัตราที่กำหนดเพิ่มขึ้นอีกไม่เกินร้อยละสิบห้า (ระเบียบค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ๘)
๓. กรณีเป็นระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ๘) เดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ราชการในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานระดับเชี่ยวชาญ (ระดับ๙) จะเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการอย่างไร	๓. เบิกค่าใช้จ่ายเดินทาง ดังนี้ ๓.๑ การเดินทางไปรับตำแหน่ง ให้เบิกค่าใช้จ่ายในระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ๘) ๓.๒ การเดินทางระหว่างที่รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานระดับเชี่ยวชาญ รวมทั้งการเดินทางกลับมาดำรงตำแหน่งเดิม ให้เบิกค่าใช้จ่ายในระดับเชี่ยวชาญ (ระดับ๙) (พ.ร.บ.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ.๒๕๒๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ม.๑๐)
๔. กรณีเดินทางไปราชการโดยรถยนต์ราชการ พร้อมพนักงานขับรถ ผู้เดินทางจะขอเบิกค่าที่พักแบบเบิกจ่ายจริงและพนักงานขับรถจะขอเบิกค่าที่พักแบบเหมาจ่ายได้หรือไม่	๔. ค่าเช่าที่พัก ให้เบิกตามอัตราที่ระเบียบฯกำหนดโดยจะเบิกค่าเช่าที่พักในลักษณะจ่ายจริงหรือในลักษณะเหมาจ่ายก็ได้ แต่ถ้าวินิจฉัยการเดินทางไปราชการเป็นหมู่คณะต้องเลิกเบิกค่าเช่าที่พักในลักษณะเดียวกันทั้งคณะ

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๕. ถ้าหัวหน้าหน่วยงานอนุมัติให้บุคคลภายนอกไปราชการเพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน จะเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้หรือไม่	๕. ผู้เดินทางที่มีได้เป็นข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ได้ตามหลักเกณฑ์การเทียบตำแหน่งบุคคลภายนอก (หนังสือที่ กค๐๔๐๖.๖/ว๑๐๔ ลงวันที่ ๒๒ ก.ย.๒๕๕๔ ข้อ๕)
๖. รถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ถือเป็นยานพาหนะประจำทางหรือไม่	๖. ยานพาหนะประจำทาง หมายถึง รถไฟ รถโดยสารประจำทาง เครื่องบิน และยานพาหนะอื่นที่ให้บริการขนส่งแก่บุคคลทั่วไปเป็นประจำ มีเส้นทาง ค่าโดยสารและค่าระวางที่แน่นอน
๗. ใบเสร็จรับเงินค่าน้ำมันเชื้อเพลิงที่พิมพ์ออกจากรถยนต์อัตโนมัติของปั้มน้ำมันต่าง ๆ ที่ให้บริการจะใช้เป็นหลักฐานทางราชการได้หรือไม่	๗. ใช้เป็นหลักฐานทางราชการได้ ถ้าตรวจสอบแล้วว่าใบเสร็จรับเงินนั้นมีสาระสำคัญครบทั้ง ๕ รายการ ได้แก่ ๑. ชื่อ สถานที่ที่อยู่ผู้รับเงิน ๒. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน ๓. รายการแสดงการรับเงิน ระบุว่าค่าอะไร ๔. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร ๕. ลายมือชื่อผู้รับเงิน (ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและนำส่งคลัง พ.ศ.๒๕๕๑ ข้อ๔๑)

๕.๓ คำตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เช่น

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๑. ผู้ควบคุมการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต้องเป็นระดับใดต้องเป็นพนักงานหรือไม่	๑. ผู้ควบคุมการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการไม่ได้กำหนดว่า จะต้องเป็นระดับหัวหน้างาน และให้ปฏิบัติตาม กรณีมี ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการร่วมกันหลายคนให้ผู้ปฏิบัติงาน คนใดคนหนึ่งเป็นผู้รับรองการปฏิบัติงาน หากเป็นการ ปฏิบัติงานเพียงลำพังคนเดียวให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นเป็นผู้ รับรอง (ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินตอบแทน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ.๒๕๕๐ข้อ๙)
๒. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมงานพระราช พิธี งานรัฐพิธี และงานต่าง ๆ ตามมติคณะรัฐมนตรี บางครั้งผู้ร่วมพิธีต้องอยู่ร่วมงานต่อเนื่อง จนล่วงเลย เวลาราชการ หรือไปร่วมงานในวันหยุดราชการ จะเบิก เงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ หรือไม่	๒. สามารถเบิกได้ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยอนุโลม และ ให้งดเบิกค่าตอบแทนอื่นใดในลักษณะเดียวกันจากทาง ราชการอีก (หนังสือที่ กค ๐๔๐๖.๖/ว๒๑๘ ลงวันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๕๓)
๓. การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจะปฏิบัติงานก่อนผู้ มีอำนาจอนุมัติ ได้หรือไม่	๓. กรณีที่มีราชการจำเป็นเร่งด่วนให้ปฏิบัติงานไปก่อน และ ดำเนินการขออนุมัติจากผู้มีอำนาจโดยไม่ชักช้า และให้แจ้ง เหตุผลความจำเป็นที่ไม่อาจขออนุมัติก่อนได้ (ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินตอบแทน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ.๒๕๕๐ข้อ๕)
๔. ในวันทำการปกติปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในช่วง เข้าเวลา ๐๗.๐๐ – ๐๘.๐๐ น. และในช่วงเย็น เวลา ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ รวม ๕ ชั่วโมง จะเบิกค่าล่วงเวลาได้กี่ ชั่วโมง	๔. การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันทำการให้มีสิทธิ เบิกเงินตอบแทนได้ไม่เกิน ๔ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐ บาท (ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงิน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ๗)
๕. กรณีถูกจ้างชั่วคราวในลักษณะการจ้างเหมาเอกชน ดำเนินงานของส่วนราชการจะสามารถเบิกจ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้หรือไม่	๕. ต้องมีการกำหนดเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการไว้ในสัญญาจ้างหรือใบสั่งจ้าง จึงจะสามารถเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการตามระเบียบได้

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๖. กรณีได้รับคำสั่งเดินทางไปราชการและกลับมาถึงสำนักงานในเวลาราชการสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันนั้นได้หรือไม่	๖. กรณีมีคำสั่งให้เดินทางไปราชการ ไม่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนฯ เว้นแต่ได้รับการอนุมัติให้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการก่อนการเดินทาง เมื่อการเดินทางไปราชการนั้นเสร็จสิ้นและกลับถึงที่ตั้งสำนักงาน หากมีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานนอกเวลาในวันนั้น ให้เบิกเงินค่าตอบแทนได้ (ระเบียบว่าด้วยการเบิกเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ๖)

๕.๔ ค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของส่วนราชการ เช่น

คำปรึกษา (คำถาม)	คำตอบ (ข้อแนะนำ/แนวทางแก้ไขเบื้องต้น)
๑. การประชุมราชการ และการประชุมฝักอบรมต่างกันอย่างไร	๑. การประชุมราชการ หมายถึง การประชุมในเนื่องงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของส่วนราชการมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการประชุมไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของส่วนราชการ การประชุมฝักอบรม หมายถึงการอบรม การประชุมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ ฯลฯ โดยมีโครงการและช่วงเวลาจัดที่แน่นอนมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคคลแต่ไม่มีการรับปริญญาและประกาศนียบัตร
๒. ส่วนราชการจ่ายเงินซื้อดอกไม้สดเพื่อตกแต่งในงานวันสำคัญ เช่น วันแม่ วันเข้าพรรษา ฯลฯ ส่วนราชการสามารถเบิกจ่ายได้หรือไม่ และดำเนินการอย่างไร	๒. ส่วนราชการสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารงานของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๓ ทั้งนี้ในการดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุที่ (กค ๐๔๐๖.๔/ว ๙๖ ลว.๑๖ ก.ย.๕๓ รายการค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ ของระเบียบค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๓)
๓. การจัดทำโล่ให้กับข้าราชการหรือลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุ ถือเป็นค่าใช้จ่ายและเบิกจ่ายได้หรือไม่	๓. ส่วนราชการสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารงานของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๓ (กค ๐๔๐๖.๔/ว ๙๖ ลว.๑๖ ก.ย.๕๓ รายการค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๒ ของระเบียบค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๓)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

จากข้อมูลผลการดำเนินงานตรวจใบสำคัญเบิกจ่ายปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จากการตรวจใบสำคัญที่กลุ่มงานต่างๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งหน่วยงานย่อยในสังกัด การตรวจสอบหลักข้อปัญหาที่หน่วยงานขอเบิกมีข้อผิดพลาดและขอคำปรึกษา ในแต่ละเรื่องดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าผลการตรวจสอบใบสำคัญเบิกจ่ายและการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายทำให้เห็นภาพรวมของงานตรวจใบสำคัญเบิกจ่ายที่สะท้อนถึงกระบวนการดำเนินงานซึ่งจะทำให้เห็นผลการดำเนินงานเบิกจ่ายของหน่วยงานที่รับผิดชอบส่งมาเบิกจ่ายเงิน ว่าบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล และประหยัดค้ำค่าต่อกิจกรรมดำเนินงานหรือไม่เพียงใด การตรวจสอบหลักฐานในการเบิกจ่าย เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยกำกับสอบทานการเบิกจ่ายเงินของโครงการ/กิจกรรม ให้เกิดความโปร่งใส ปฏิบัติได้ถูกต้องตามระเบียบ ข้อบังคับ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเบิกจ่ายตามระเบียบฯ ได้รับการแก้ไขให้บรรลุวัตถุประสงค์ตอบสนองต่อการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมได้ ถ้าห่วยประสิทธิภาพหรือขาดการกำกับตรวจสอบหลักฐานในการเบิกจ่ายเมื่อใด โครงการ/กิจกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะขาดความโปร่งใส เชื่อถือได้และการยอมรับต่อภาพรวมของรายงานทางการเงินที่ส่งให้หน่วยงานภายนอกตามข้อกำหนด ดังนั้นผลการดำเนินงานตรวจสอบใบสำคัญและข้อปัญหาอุปสรรคที่ส่งใบสำคัญคืนให้หน่วยงานแก้ไขที่ตรวจพบนี้ เป็นกรณีศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในการเบิกจ่าย ซึ่งจะส่งผลต่อการตรวจสอบระบบเบิกจ่ายที่เข้มแข็งและสนับสนุนให้ส่วนราชการมีกระบวนการบริหารการเงินการคลังที่ดี เป็นที่เชื่อถือแก่องค์กรและสาธารณชน ฉะนั้นการตรวจสอบหลักฐานในการเบิกจ่ายจะส่งผลถึงประโยชน์ดังนี้

- ๖.๑ เกิดกระบวนการกำกับดูแล ติดตาม การตรวจสอบหลักฐานการเบิกเงินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- ๖.๒ ช่วยเสริมสร้างระบบควบคุมภายในเกี่ยวกับระบบเบิก จ่าย ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความเข้มแข็งและรัดกุมยิ่งขึ้น
- ๖.๓ เกิดแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานด้วยความโปร่งใส บรรลุความสำเร็จสูงสุดทั้งในด้านการปฏิบัติงานและความถูกต้อง ครบถ้วนของการใช้จ่ายงบประมาณ
- ๖.๔ ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินสามารถตรวจสอบหลักฐาน เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงานของหน่วยที่ส่งมาเบิกจ่ายได้อย่างถูกต้อง รัดกุม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ
- ๖.๕ ทำให้ระบบเบิกจ่ายเงินมีศักยภาพสูงขึ้น โดยตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าของโครงการด้วย
- ๖.๖ ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถเบิกจ่ายเงินได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- ๖.๗ ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบหลักเกณฑ์ และขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน
- ๖.๘ ลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และลดข้อทักท้วงจากหน่วยงานที่กำกับ

๖.๙ การบริหารงานด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินมีประสิทธิผล และเกิดประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายการเบิกจ่ายเงินของส่วนราชการ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ศึกษากฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี และหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้องมีเป็นจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจ เนื่องจากกฎหมายและระเบียบบางรายการไม่ได้ระบุเจตนารมณ์ในการกำหนดที่ชัดเจน บางส่วนต้องใช้ดุลยพินิจในการวินิจฉัย และกฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ มักมีความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกัน ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องศึกษา ทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เจตนารมณ์ของกฎหมาย ระเบียบแต่ละฉบับ และนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

๗.๒ กฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี และหนังสือสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาปรับปรุง แก้ไขตลอดเวลา ทำให้ต้องติดตาม ค้นคว้าให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นไปอย่างถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๗.๓ ความยากในการพิจารณาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงในระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุม พระราชกฤษฎีกาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของส่วนราชการ ฯลฯ และหนังสือสั่งการต่าง ๆ เป็นต้น

๗.๔ ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี และหนังสือสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีวิธีการ หลักเกณฑ์ ขั้นตอนค่อนข้างมาก และซับซ้อน มีอัตราค่าใช้จ่ายหลายประเภทและหลายอัตรา จำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจให้ชัดเจนและถ่องแท้

๗.๕ ปัจจุบันระเบียบเปิดกว้างให้อำนาจเจ้าหน้าที่ส่วนราชการในการใช้ดุลยพินิจในการพิจารณา และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเอง ซึ่งต้องไม่ขัดแย้งกับกฎหมาย ระเบียบ ฯลฯ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องต้องศึกษาวิเคราะห์ ตีความ ทำความเข้าใจและสั่งการให้ถูกต้อง บางครั้งเป็นเรื่องยากและอาจต้องทำเรื่องหารือหรือทำความตกลงกับกระทรวงการคลังก่อนดำเนินการ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ด้านเอกสารและข้อมูล

- เอกสารไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้อย่างสมบูรณ์ เช่น ไม่มีใบขออนุมัติดำเนินการ, หลักฐานการจ่ายเงิน, สัญญา ฯลฯ

- เอกสารมีความคลาดเคลื่อนหรือไม่สอดคล้องกัน เช่น ในบันทึกการขอเบิกไม่ตรงกับเอกสารดำเนินการ

- เอกสารจัดทำล่าช้าหรือไม่ดำเนินการทันกรอบเวลาที่กำหนด

๘.๒ ด้านบุคลากร

- ขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบราชการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอาจยังไม่เข้าใจระเบียบของกระทรวงการคลัง ทำให้จัดทำเอกสารผิดพลาด

- กำลังคนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในหน่วยงานขนาดเล็ก ส่งผลให้ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินหรือการตรวจสอบโดยตรง

- บุคลากรเปลี่ยนบ่อย ทำให้การถ่ายทอดองค์ความรู้ขาดตอน เกิดข้อผิดพลาดซ้ำเดิม

๘.๓ ด้านกฎหมายและระเบียบ

- ระเบียบราชการซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ยากต่อการติดตามและนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง

- การตีความระเบียบไม่ตรงกัน เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานต่าง ๆ อาจมีการตีความที่ไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดความสับสน

๙. ข้อเสนอแนะ

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานเบิกจ่าย เป็นแนวทางการดำเนินงานในการสอบทาน ตรวจสอบหลักฐานเอกสารประกอบการเบิกจ่ายใบสำคัญ ประกอบกันในทางปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินที่ตรวจใบสำคัญ/ผู้รับผิดชอบงานใบสำคัญ ควรศึกษาทำความเข้าใจขั้นตอนวิธีการเบิกจ่ายและศึกษากฎระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงิน ที่เกี่ยวข้องและวิธีขั้นตอนการตรวจสอบ สอบทานการเบิกจ่าย ก่อนดำเนินการ และสอบถามหรือปรึกษาหารือเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายที่ต้องกับผู้เชี่ยวชาญทั้งในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินป้องกันการเบิกจ่ายเงินที่ผิดพลาด

จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายใบสำคัญในระบบเบิกจ่ายจะก่อเกิดกระบวนการส่งเสริมการตรวจสอบให้เกิดความเข้มแข็งและมีมาตรการควบคุมภายในที่รัดกุม แต่ในบางครั้งการตรวจสอบการเบิกจ่ายใบสำคัญเบิกจ่ายตามกรณีศึกษาที่ยกเป็นตัวอย่าง ก็ยังมีปัญหาและข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถทำให้การตรวจสอบหลักฐานเบิกจ่ายเข้มแข็ง บรรลุผลการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนี้

๙.๑ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อปัจจัยความสำเร็จในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ เงินอุดหนุน เงินอื่น ๆ (ปริมาณงาน/บุคลากร/ระยะเวลาที่กำหนด) เนื่องจากหากขาดความสมดุลของปัจจัยดังกล่าวตัวหนึ่งตัวใดไปจะก่อให้เกิดปัญหาการเบิกจ่ายล่าช้า การเบิกจ่ายเงินงบประมาณไม่เป็นไปตามแผน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน ขาดกำลังใจในการปฏิบัติงาน

๙.๒ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ เงินอุดหนุน เงินอื่น ๆ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของหน่วยงาน โดยกำกับดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ เงินอุดหนุน เงินอื่น ๆ เป็นไปอย่างถูกต้อง คุ่มค่าและเพื่อป้องกันการทุจริตที่อาจเกิดขึ้นหน่วยงาน

๙.๓ ควรมีการจัดฝึกอบรม สัมมนา เพื่อเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มทักษะ ให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบ หลักฐานการเบิกจ่ายเงินให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย และระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๙.๔ การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความสามัคคีและลดปัญหา ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นการจัดทีมการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM TEAM) ด้านการเบิกจ่าย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้และประสบการณ์ ระหว่างกัน

๙.๕ ควรมีการ รวบรวม สรุปข้อมูล กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี แนวทางปฏิบัติและ ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการปฏิบัติงานเป็นประจำ ไว้เป็นคู่มือให้ผู้ปฏิบัติถือไว้ศึกษา เปิดค้นหาเมื่อการ ดำเนินงานติดขัด หรือสามารถตอบคำถามแก่ผู้เกี่ยวข้องได้ทันที ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจไม่มีความเชื่อถือ และพึงพอใจในการทำงาน

๙.๖ สรุปเนื้อหา ระเบียบ หนังสือสั่งการที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง นำเสนอผู้บริหารและแจ้งเวียนให้ ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อการถือปฏิบัติที่ถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๙.๗ รวบรวมข้อปัญหา ข้อผิดพลาดในการเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และบ่อยครั้ง เพื่อจัด ประชุมชี้แจงแก่ผู้เบิกจ่ายอย่างต่อเนื่อง

๙.๘ มีคู่มือเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินแต่ละประเภทของ จำใช้จ่าย เพื่อให้ผู้เบิกได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดข้อผิดพลาด ในการเบิกให้น้อยที่สุด

๙.๙ สร้างแรงจูงใจในการเบิกค่าใช้จ่ายเกิดความถูกต้อง รวดเร็ว และเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการ ปฏิบัติงานแก่ผู้เบิก/หน่วยงานที่มีประวัติการเบิกจ่ายผิดพลาดน้อยที่สุด โดยการมอบประกาศนียบัตร ฯลฯ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน (ระบุร้อยละ) ๘๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ๒๐%

๑. นางณัฐชยา จำปาแพง สัดส่วนของผลงาน ๘๐% (ระบุร้อยละ)

๒. นางสาวจิรัชญา ศรีคราม สัดส่วนของผลงาน ๑๐% (ระบุร้อยละ)

๓. นางสาวกนกพร ดอกอินทร์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐% (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

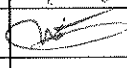
(นางณัฐชา จำปาแพง)

ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

วันที่.....๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางณัฐชา จำปาแพง	
๒.นางสาวจิรัชญา ศรีคราม	
๓.นางสาวกนกพร ดอกอินทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางลักษณะวดี สุพรหม)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงินและบัญชี

วันที่.....๒๕ ส.ค. ๒๕๖๕.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่อง ๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ข้อเสนอแนวคิด การพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ระดับชำนาญการพิเศษ

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบใบสำคัญการเบิกจ่าย

๒. หลักการและเหตุผล

ในการกระจายอำนาจการจัดการด้านเงินและการบริหารงบประมาณให้แก่ส่วนราชการตามแผนการปฏิรูประบบการบริหารงานงบประมาณให้แก่ภาครัฐ รวมทั้งการปฏิรูประบบราชการสู่ระบบบริหารภาครัฐแนวใหม่ที่มีงเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ส่วนราชการต้องมีการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้รวมทั้งเพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ ที่กระทรวงการคลังกำหนด มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

เนื่องจากแผนพัฒนาระบบราชการกำหนดให้ส่วนราชการมีหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถรองรับการปฏิรูประบบราชการที่มีงเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป ในฐานะที่เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานทุกภารกิจเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณ การเงิน การบัญชี การตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินและการพัสดุ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของทางราชการ ซึ่งทุกงานที่ปฏิบัติก็เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของงาน โดยปัจจัยที่สำคัญคือบุคลากรต้องมีศักยภาพ ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาและปรับปรุงวิธีการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงิน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามขั้นตอนของกฎหมายและระเบียบที่กำหนด สามารถเบิกจ่ายเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และหนังสือสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

๓.๑ บทวิเคราะห์ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจุบันระบบราชการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ต่าง ๆ ของประเทศที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเรื่องการกระจายอำนาจ ทำให้เกิดผลกระทบต่อกำลังคนในระบบราชการ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะเป็นหน่วยงานผู้เบิก มีหน้าที่รับผิดชอบควบคุมดูแลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ เงินตรงราชการ และเงินอื่นใดที่ได้รับ การสนับสนุนได้รับผลกระทบ ซึ่งบุคลากรส่วนหนึ่งได้ถูกถ่ายโอนหรือสมัครใจออกจากระบบราชการเพื่อไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นที่มีความมั่นคงในอาชีพมากกว่า และเมื่อบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ หรือมีความเชี่ยวชาญพิเศษในการทำงานได้ลาออกหรือมีเหตุผลไม่สามารถทำงานได้ ทำให้มีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนเข้าออก อยู่เสมอ เมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่ ๆ เข้ามาปฏิบัติงานจึงทำให้มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ในการปฏิบัติงาน การเบิกจ่ายเงินต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่กำหนด ซึ่งมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องมาตลอด ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานดังกล่าว จะต้องได้รับการพัฒนาและฝึกฝนพัฒนาตนเองควบคู่ไปด้วย ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการดำเนินงานของ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

๓.๒ แนวความคิด

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การดำเนินงานด้านการบริหารการคลังประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร คือการมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีองค์ความรู้ (Knowledge) ทักษะต่าง (Skills) ความเชี่ยวชาญ อุปนิสัย (Traits) ซึ่งเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานด้านการบริหารการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ดังนั้นความรู้ความสามารถและความเข้าใจในการกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของทางราชการ ตลอดจนความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และการรับรู้ในเป้าหมายตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จะนำไปสู่เป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนด ผู้เสนอผลงานได้นำแนวคิดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มาเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑. องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นแนวคิดในการพัฒนาองค์กรโดยเน้น การพัฒนาการเรียนรู้สภาวะของการเป็นผู้นำในองค์กร (Leadership) และการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์และทักษะร่วมกันและพัฒนา องค์กรอย่างต่อเนื่องทันต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันในยุคปัจจุบัน การเป็นองค์กรที่มีประสิทธิผล โดยมีการเชื่อมโยงรูปแบบของการทำงานเป็นทีม (Team Working) สร้างกระบวนการในการเรียนรู้และสร้าง ความเข้าใจเตรียมรับกับความเปลี่ยนแปลง เปิดโอกาสให้ทีมงานและมีการให้อำนาจในการตัดสินใจ (Empowerment) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการคิดริเริ่ม (Initiative) และการสร้างนวัตกรรม (Innovation) ซึ่งจะทำให้เกิดองค์กรที่เข้มแข็งพร้อมเผชิญกับสภาวะการแข่งขัน

๒. การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization : LO) การจัดการความรู้ในองค์กร หมายถึงการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในทุกส่วนใน องค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึง ความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถ ในเชิงแข่งขันขั้นสูงสุด โดยที่ความรู้มี ๒ ประเภท คือ

๒.๑ ความรู้เฉพาะตัวหรือความรู้ที่ฝังอยู่ในตน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวมได้จากประสบการณ์พรสวรรค์ หรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่นทักษะในการทำงาน งานฝีมือ ประสบการณ์ หรือแนวความคิด บางครั้งจึงเรียกว่า ความรู้แบบนามธรรม

๒.๒ ความรู้ทั่วไปหรือความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถ รวบรวมได้ โดยผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คือมือต่าง ๆ เอกสาร กฎระเบียบ วิธีการปฏิบัติงาน สื่อต่าง ๆ เช่น VCD DVD Internet เป็นต้น และบางครั้งเรียกว่า ความรู้แบบรูปธรรม

ปัจจัยสำคัญของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เน้นที่คนหรือบุคลากรเป็นหลัก ส่วนเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเทคนิคต่าง ๆ ตลอดจนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นเพียงอรรถประโยชน์ที่จะช่วยเอื้ออำนวยให้ วิธีการที่จะนำองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีระบบแบบแผน และเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อองค์กรได้

องค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นเรื่องที่มีแนวทางหลากหลาย ขณะเดียวกันไม่ได้หมายความว่าเมื่อ องค์กรนำรูปแบบที่ประสบความสำเร็จไปใช้แล้วจะประสบความสำเร็จตามไปด้วย ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยแวดล้อมที่ จับต้องไม่ได้หลายประการที่แตกต่างกัน ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ประเด็นสำคัญคือต้องทำให้เกิดการ

แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดระหว่างบุคลากรจนมีการต่อยอดและสร้างสรรค์นำไปสู่แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพสูงสุด (Best Practices) ขององค์กร ความรู้นั้นเป็นทุนทางปัญญาเป็นสินทรัพย์ที่แตกต่างจาก สินทรัพย์อื่น ๆ คือใช้แล้วไม่หมดไปยิ่งใช้มากยิ่งเพิ่มค่ายิ่งให้มากต้นทุนยิ่งถูกลง สิ่งเหล่านี้อาจไม่ได้ผลตอบแทน กลับมาโดยตรงในระยะเวลาอันสั้น แต่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นในระยะยาวทั้งในแง่ตัวบุคคลและองค์กร

๓.๓ ข้อเสนอ

การที่จะให้ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ก้าวไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถ บนพื้นฐานของการเรียนรู้ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายเงิน ลด ข้อผิดพลาดในการเบิกจ่ายเงิน และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและ คุ่มค่า ผู้เสนอผลงานได้อาศัยกรอบการวิเคราะห์และแนวคิดการจัดการความรู้เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มาใช้ เป็นแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

๑. สำรวจปัญหาหรือสาเหตุที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานของผู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงานต่าง ๆ ใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. วางแผนพัฒนาองค์ความรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

๒.๑ รวบรวมองค์ความรู้ด้านการเบิกจ่ายเงินที่มีอยู่ภายในหน่วยงานที่กระจัดกระจายอยู่ในตัว บุคคล และความรู้ที่ได้จากหน่วยงานภายนอกหน่วยงาน เช่น กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องมารวบรวมให้เป็น ระบบในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จัดทำเป็นแผนผังข้อมูลและความรู้ หรือจัดทำเป็น เว็บไซต์ องค์ความรู้ด้าน การบริหารงานคลัง เพื่อเป็นคลังความรู้ของ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ จัดให้มีการประชุมกลุ่มย่อย CoP (Community of Practice) ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงานต่าง ๆ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เรียกว่า ชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อระดมความคิด ความรู้ ประสบการณ์ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ของแต่ละบุคคลโดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนหน่วยงานเป็นเจ้าภาพ และหมุนเวียนหัวข้อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒.๓ ส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเงิน ได้เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

๒.๔ ให้มีการเรียนรู้จากบทเรียนในอดีต โดยบันทึกข้อมูลเป็นกรณีศึกษา (Case study) เพื่อให้ทราบถึงความสำเร็จและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

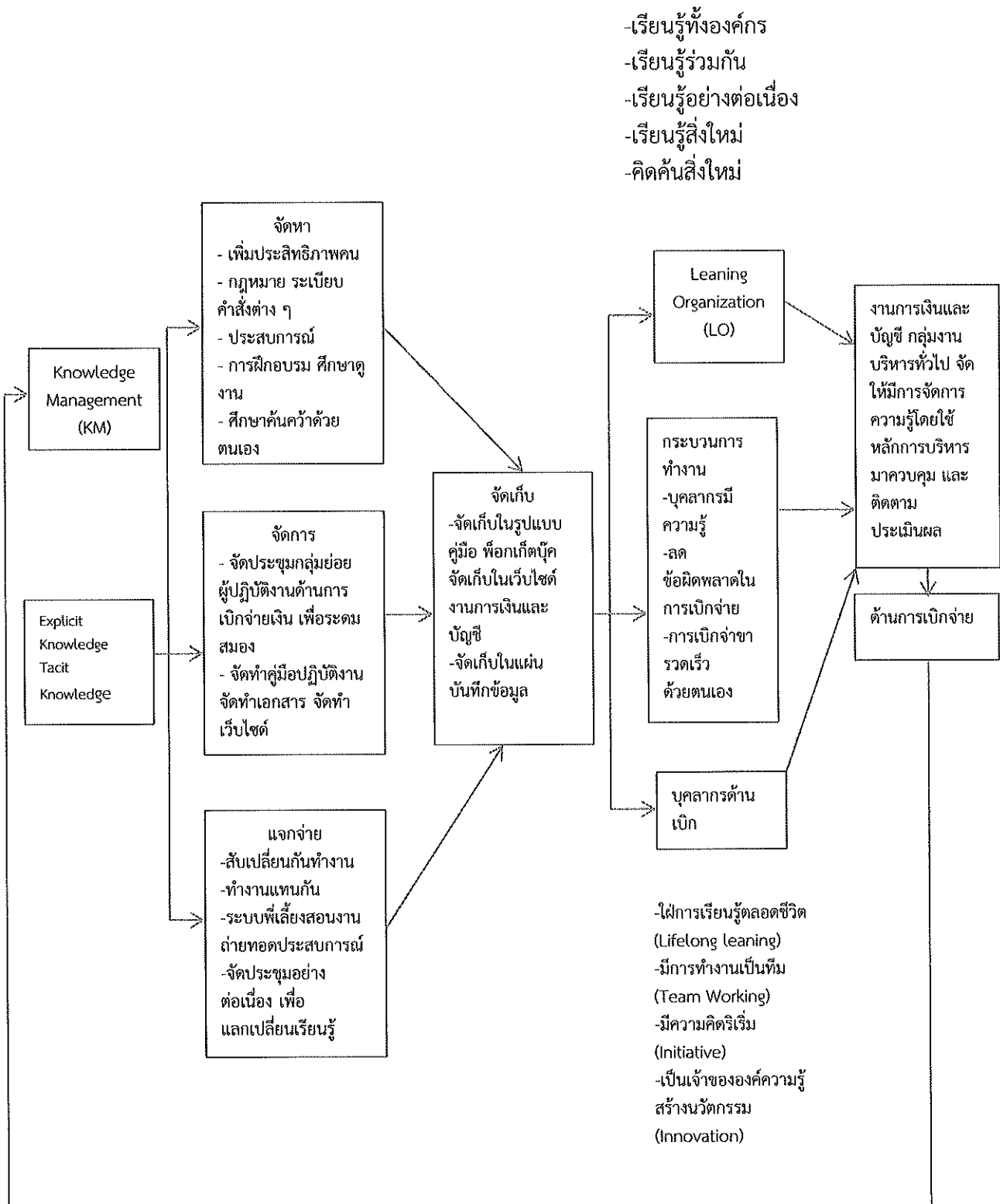
๒.๕ ให้มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันในการปฏิบัติงานหรือปฏิบัติงานแทนกันในฝ่ายเพื่อให้ สามารถทำงานแทนกันได้เมื่อคนหนึ่งคนใดไม่อยู่หรือไม่มาปฏิบัติงาน

๒.๖ การจัดทำระบบพี่เลี้ยงสอนงาน (Coaching) และระบบติดตามประเมินผล ดำเนินงาน เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์เมื่อมีข้าราชการซึ่งปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินมาดำรงตำแหน่งหรือรับการบรรจุใหม่ ให้เจ้าหน้าที่การเงินซึ่งมีความรู้ มีประสบการณ์เป็นผู้สอนงานหรือให้คำปรึกษาและติดตามผลการดำเนินงาน

๓. รวบรวมปัญหาที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความรู้จากกฎหมาย ระเบียบ แนวทาง ปฏิบัติมาจัดเป็นองค์ความรู้หรือคู่มือปฏิบัติงาน พ็อกเก็ตบุ๊ก ในรูปแบบ Power Point หรือผ่านสไลด์ออนไลน์

(Social network) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการหรือหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบเครือข่ายผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงิน

กระบวนการบริหารจัดการความรู้ (Knowledge Management Chart)



กรอบแนวคิด กระบวนการบริหารจัดการความรู้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินมีความรอบรู้ในระเบียบปฏิบัติ (Personal Mastery)
๒. สร้างทัศนคติร่วมของคนในองค์กร (Shared Vision) ให้สามารถมองเห็นภาพและมีความต้องการที่จะมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน
๓. มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team Learning) โดยให้มีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์กันอย่างสม่ำเสมอ
๔. สามารถสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการงานด้านการเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้บริหาร
๕. งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นองค์กรที่มีการสร้างช่องทางให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายของหน่วยงานในสังกัด ควบคู่ไปกับการรับความรู้จากภายนอก จนสามารถหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเป็นฐานความรู้ที่เข้มแข็ง (Core Competence) ขององค์กร

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงิน งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และหน่วยย่อยในสังกัด ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้งต่อไป
๒. จำนวนเรื่องที่เสนอขออนุมัติดำเนินการและจำนวนใบสำคัญที่เบิกจ่ายได้รับการทักท้วงไม่เกิน ร้อยละ ๒๐ ของจำนวนเรื่องและจำนวนใบสำคัญที่ส่งเบิก
๓. งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทางปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินภายในปี ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)



(นางณัฐชยา จำปาแพง)

ผู้เสนอแนวคิด

วันที่

เดือน ๕ ส.ค. ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๘ รวม ๘ เดือน ศึกษาในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี (อำเภอชายแดน) และแขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด ๔๕๖ คน จำแนกเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่ (๑) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขชายแดน และ แรงงานต่างด้าว ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน ๗๐ คน (๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่กู้ชีพจาก แขวงจำปาสัก เจ้าหน้าที่ด่านวังเต่า จำนวน ๓๐ คน (๓) คณะทำงานพัฒนาช่องทางเข้าออกอำเภอชายแดน และเครือข่ายเมืองคูมิตร อำเภอชายแดนละ จำนวน ๑๐ คน รวม ๑๐๐ คน (๔) บุคลากรสาธารณสุขไทย จำนวน ๖๕ คน สปป.ลาว จำนวน ๓๕ คน (๕) ผู้ให้บริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว จำนวน ๑๕๖ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์ เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ๔ ประเทศโดยมีความยาวประมาณ ๕,๘๒๐ กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก ๓,๒๐๕ กิโลเมตร พรมแดนทางน้ำและชายฝั่งทะเล ๒,๖๑๕ กิโลเมตร โดยมี พรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม ๓๑ จังหวัด ทั้งนี้ในแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกันทางด้าน สภาพภูมิศาสตร์ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรมด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและภาษา ก่อปรกับบริเวณแนว ชายแดนไทย ประกอบด้วยหลายกลุ่มทั้งคนไทยกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ผู้หนีภัยจากการสู้รบ แรงงานข้ามชาติที่ขึ้น ทะเบียนตามกฎหมาย แรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตาม ประกอบกับนโยบาย การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดนที่แตกต่างกันเช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานีเป็น จังหวัดที่มีที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ๒ ประเทศ คือ มีระยะทาง ๔๒๘ กิโลเมตร มีจุดผ่านแดนถาวร จำนวน ๒ แห่ง คือด่านช่องเม็ก อำเภอสิรินธร และจุดผ่านแดนถาวรปาก แสง อำเภอนาตาล มีด่านผ่อนปรนการค้าชั่วคราว ๕ แห่ง ในอำเภอเขมราฐ อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอโขงเจียม และอำเภอบุญศรี มีชายแดนติดลำน้ำโขง ระยะระยะทาง ๓๖๑ กิโลเมตร ซึ่งแต่ละชายแดน จะมีความแตกต่าง ทางด้านภูมิศาสตร์ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและภาษา ประกอบกับมีการเคลื่อนย้าย ของประชากรเข้าเมืองทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมายรวมทั้งผู้ติดตาม รวมทั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยจาก ต่างประเทศเข้ามารับการรักษาในราชอาณาจักรไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตระหนักถึง ความสำคัญของการพัฒนาระบบการให้บริการ และสถานบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน ไทย-ลาว จึงได้ จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดน ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งนี้เพื่อ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุขชายแดนร่วมกับภาคีเครือข่ายตามแนวชายแดนกับ ประเทศเพื่อนบ้านเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, ๒๕๖๕)

สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนที่สำคัญ ได้แก่(๑) ความสัมพันธ์ของประเทศไทย กับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดน ติดต่อกัน ย่อมมีผลกระทบต่อนานาชาติทุกด้าน (๒) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและ ละเอียดย่อมเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพัน /เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมี

ความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อวัฒนธรรม และชนบทธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ชนบทธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาต่าง ๆ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จากความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศเพื่อนบ้านและความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี(๓) ปัญหาสาธารณสุขชายแดน สภาพปัญหาสาธารณสุขแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกัน เช่น ปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ปัญหาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจากประเทศเพื่อนบ้าน เข้ามาแสวงหาบริการตรวจรักษาโรค การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติมีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน และเขตอุตสาหกรรม) การค้ารักษาพยาบาล และ การสื่อสารที่มีปัญหาและปัญหากระบวนการรายงานและบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับโรค ปัญหาการติดตามการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โรคบางชนิด จำเป็นต้องรักษาหรือ ติดตามการรักษาเป็นระยะเวลานาน จึงจะบอกว่าหายขาด เช่น วัณโรค หรือมาลาเรีย (วรรณรา ชื่นวัฒนาและคณะ, ๒๕๕๗)

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบและการจัดการทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิตและสังคม เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของร่วมกัน อาจหมายถึงสุขภาพทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางปัญญา (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) การจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพของไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดบริการสาธารณสุข แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) มี ๕ ระดับเช่นเดียวกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Standard) เป็นเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของสถานพยาบาล ในการจัดการคุณภาพรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านบริหารจัดการและบริการ ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม ด้านเครื่องมือแพทย์ด้านวิศวกรรมและข้อมูลในสถานพยาบาล และด้านการดำเนินงานสุขภาพที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ประชาชนและส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจของประชาชนและสังคมเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพเอื้อให้เกิดความปลอดภัย สวัสดิภาพของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการผู้มาเยือน ชุมชนและสิ่งแวดล้อม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ๒๕๖๔) ส่วนการสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพชายแดนต้องพิจารณาหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการติดตามประเมินผล (World Health Organization, ๒๐๐๐; Frenk, Gómez-Dantés, ๒๐๑๔ ; Kutzin, Sparkes, ๒๐๑๖)

จากสถิติผู้รับบริการผ่านระบบสุขภาพชายแดนในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวนประชาชนจากประเทศลาว เข้ามารับบริการสาธารณสุขจำนวน ๘,๕๐๐ คน โดยบริการส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพทั่วไป การฉีดวัคซีน และการรักษาโรคติดต่อและปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๙,๒๐๐ คน สาเหตุหลักที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการปรับปรุงคุณภาพและการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ประชาชนจากประเทศกัมพูชาเข้ามารับบริการสาธารณสุข จำนวน ๗,๓๐๐ คน ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับบริการรักษาโรคทั่วไปและการป้องกันโรคติดต่อ และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เพิ่มขึ้นเป็น ๘,๑๐๐ คน เนื่องจากการเพิ่มการเข้าถึงบริการและการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น(Ministry of Public Health, ๒๐๒๒; National Health Security Office, ๒๐๒๒; World Health Organization, ๒๐๒๓)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว และกัมพูชา ที่สำคัญได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม เนื่องจากระยะทางที่ไกล และขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ (Chee, ๒๐๐๓; Smith et al., ๒๐๐๓) ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขของไทย ลาว และกัมพูชา ทำให้การจัดการปัญหาสุขภาพที่ข้ามพรมแดนเป็นไปได้ยาก (Jones et al., ๒๐๑๕; World Health Organization, ๒๐๑๔) ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้การให้บริการสุขภาพมีคุณภาพต่ำและไม่ทั่วถึง (World Health Organization, ๒๐๐๖; Tangcharoensathien et al., ๒๐๑๓) การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเช่น วัณโรคและมาลาเรีย มักพบในพื้นที่ชายแดน และการควบคุมโรคทำได้ยากเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของประชากร (Pungrassami et al., ๒๐๐๘; Yeung et al., ๒๐๑๓) และขาดข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอทั้งนี้ พบว่าการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างประเทศยังไม่เป็นระบบ ทำให้ยากต่อการวางแผนและประเมินผลการให้บริการ (United Nations, ๒๐๑๕; World Bank, ๒๐๑๘)

จากเหตุดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้านขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยการตรวจคัดกรองและป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อระหว่างประเทศช่วยลดการเกิดโรคระบาดข้ามพรมแดน ด้วยการตรวจจับและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ การมีบริการสุขภาพที่ดีช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน ลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในระยะยาว ช่วยสร้างฐานข้อมูลสุขภาพที่เป็นระบบและทันสมัย ใช้ในการวางแผนและพัฒนาบริการสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพชายแดนประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาบริบทการบริการสุขภาพชายแดนประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพชายแดนประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริการสุขภาพชายแดนประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๘ รวม ๘ เดือน

พื้นที่ศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี(อำเภอชายแดน) และแขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

กลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด ๔๕๖ คน จำแนกเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่

- (๑) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขชายแดน และแรงงานต่างด้าว ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน ๓๐ คน
- (๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่กู้ชีพจากแขวงจำปาสัก เจ้าหน้าที่ด่านวังเต่า จำนวน ๓๐ คน
- (๓) คณะทำงานพัฒนาช่องทางเข้าออกอำเภอชายแดน และเครือข่ายเมืองคูมิตร อำเภอชายแดนละ จำนวน ๑๐ คน รวม ๑๐๐ คน
- (๔) บุคลากรสาธารณสุข ไทย จำนวน ๖๕ คน สปป.ลาว จำนวน ๓๕ คน
- (๕) ผู้รับบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว จำนวน ๑๕๖ คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เป็นการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ และความจำเป็น โดย

๑) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี

๒) สทนากลุ่ม(Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขชายแดน และแรงงานต่างด้าว ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ และคณะทำงานพัฒนาช่องทางเข้าออกอำเภอชายแดน จำนวน ๑๒ คน เกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ และสมรรถนะที่จำเป็นในระบบบริการสุขภาพชายแดน และเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีสำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย การสร้างระบบบริการสุขภาพชายแดน การตรวจ สอบคุณภาพระบบบริการสุขภาพชายแดน และการศึกษานำร่องการใช้ระบบบริการสุขภาพชายแดน โดยการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ ๑ มากำหนดเป็นองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพชายแดนจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ คน พิจารณาความเหมาะสมของระบบ สอน และคู่มือการใช้ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองนำร่องกับงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลา ๑ เดือน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ผลและการดำเนินการปรับปรุง แก้ไขและจัดพิมพ์เป็นระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีเป็นรูปเล่ม สมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้จริงภาคสนามกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ขั้นตอนที่ ๓ ประเมินผล เป็นการนำการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพชายแดน และเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ โดยนำร่างระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว จำนวน ๑๕๖ คน หลังจากนั้นนำระบบบริการสุขภาพชายแดนไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขโดยใช้การสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ประกอบด้วยดังนี้

๑. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการและสมรรถนะที่จำเป็นในการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล ๓ ข้อ

๒. แบบประเมินการรับรู้ระบบบริการสุขภาพชายแดน และเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี ลักษณะเป็นแบบประเมินที่แยกออกเป็น ๔ ด้าน ตอนที่ ๑ ลักษณะทางประชากร ตอนที่ ๒ การรับรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดน และเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี จำนวน ๘๓ ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ (๕ = มากที่สุด ๑ = น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑-๕.๐๐ =มากที่สุด ๓.๕๑-๔.๕๐ =มาก ๒.๕๑-๓.๕๐ =ปานกลาง ๑.๕๑-๒.๕๐ = น้อย และ ๑.๐๐-๑.๕๐ = น้อยที่สุด

๓. แบบประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๕ ด้าน ๑๗ ข้อ ข้อถามเกี่ยวกับด้านการเข้าถึงบริการความพึงพอใจระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการการบริการอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสานและการบริการแบบองค์รวมลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ (๔ = มีคุณภาพในระดับดีมาก ๑ = มีคุณภาพในระดับต้องปรับปรุง) เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑-๔.๐๐ =มีคุณภาพในระดับดีมาก ๒.๕๑-๓.๕๐ = มีคุณภาพในระดับดี ๑.๕๑-๒.๕๐ =มีคุณภาพในระดับพอใช้ และ ๑.๐๐-๑.๕๐ = มีคุณภาพในระดับต้องปรับปรุง

จริยธรรมการวิจัยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗ - ๑๒.๐๓๑ วันที่รับรอง ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ วันหมดอายุ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ โดยระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีที่พัฒนาขึ้นนี้ได้นำไปใช้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนตามแนวชายแดน โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัย

๑.กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๓๐๐ คนพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนและ

เสริมสร้างสุขภาวะที่ดีระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยรวมอยู่ในปานกลาง (Mean = ๔.๓๓, SD = ๐.๐๓) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ ๕ การจัดการด้านความปลอดภัย (Mean = ๔.๓๙, SD = ๐.๕๘) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านที่ ๑ บริหารจัดการ (mean = ๔.๓๘, SD = ๐.๖๑) แต่เป็นที่น่าสนใจกว่าด้านที่ ๙ การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Mean = ๔.๓๐, SD = ๐.๖๕) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ระบบบริการสุขภาพชายแดน (n = ๔๕๖)

ระบบบริการสุขภาพ	Mean(SD.)	ระดับการรับรู้
ด้านที่ ๑ ด้านบริหารจัดการ	๔.๓๘ (๐.๖๑)	มาก
ด้านที่ ๒ ด้านการบริการสุขภาพ	๔.๓๒ (๐.๕๙)	มาก
ด้านที่ ๓ ด้านมาตรการประเมินด้านอาชญากรรมและสิ่งอำนวยความสะดวก	๔.๓๓ (๐.๕๕)	มาก
ด้านที่ ๔ ด้านสิ่งแวดล้อม	๔.๓๑ (๐.๖๗)	มาก
ด้านที่ ๕ ด้านการจัดการด้านความปลอดภัย	๔.๓๙ (๐.๕๘)	มาก
ด้านที่ ๖ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และสาธารณสุข	๔.๓๓ (๐.๖๒)	มาก
ด้านที่ ๗ ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ	๔.๓๑ (๐.๖๖)	มาก
ด้านที่ ๘ สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ	๔.๓๒ (๐.๖๕)	มาก
ด้านที่ ๙ ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	๔.๓๐ (๐.๖๕)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	๔.๓๓(๐.๐๓)	มาก

๒. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๕๖ คน พบว่า ร้อยละ ๖๔.๗ เพศหญิง ร้อยละ ๓๕.๓ เพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๕๐.๙ ปี (SD=๑๒๒) อายุน้อยสุด ๒๐ ปี อายุมากที่สุด ๘๒ ปี ร้อยละ ๖๗.๓ สถานภาพคู่ ร้อยละ ๙๙.๔ สัญชาติไทย ร้อยละ ๕๕.๑ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๕.๑ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๓๕.๓ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๖๗.๓ มีรายได้ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๖.๙ มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๐.๔ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ ๗๘.๘ เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๒๓.๗ มีโรคประจำตัว ๑ โรค โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวร้อยละ ๑๓.๕ เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ ๕๗.๑ เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ ๓๔.๖ เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ร้อยละ ๘๙.๗ ให้เหตุผลว่าสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ ๑๗.๙ ให้เหตุผลว่าบริการดีและรวดเร็ว ร้อยละ ๑๑.๕ ให้เหตุผลว่ามีประวัติการรักษาโรคเรื้อรังหลังจากพัฒนาระบบบริการแล้ว ผู้รับบริการตามแนวชายแดนไทย-ลาวมีความพึงพอใจต่อระบบบริการโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๓๘ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการบริการแบบผสมผสานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๐ รองลงมา คือด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๘ แต่เป็นที่น่าสนใจว่าการเข้าถึงบริการคิดเป็นร้อยละ ๔๓.๖ ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพชายแดน (n=๑๕๖)

ข้อคำถาม	คุณภาพบริการ	
	จำนวน(ร้อยละ)	ระดับ
๑. ด้านการเข้าถึงบริการ	๖๘(๔๓.๖)	ปานกลาง
๒. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ	๘๓(๕๕.๘)	ปานกลาง
๓. การบริการอย่างต่อเนื่อง	๗๗(๔๙.๔)	ปานกลาง
๔. การบริการแบบผสมผสาน	๘๙(๕๗.๐)	สูง
๕. การบริการแบบองค์รวม	๗๕(๔๘.๑)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	๗๘(๕๐.๓)	ปานกลาง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑) การนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาทำให้ทราบสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาวะที่ีระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้านโดยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

๑. นำข้อมูลจากการพัฒนามาจัดระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขร่วมกับปัญหาทางสาธารณสุขชายแดนในปัจจุบัน ประกอบด้วย ๑) จำนวนประชากรแฝง ๒) ภาระงานและภาระค่าใช้จ่าย ๓) โรคติดต่อตามแนวชายแดน ๔) อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรต่างด้าว ๕) การจัดการงานสาธารณสุขชายแดน

๒. บริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณขององค์กร เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ลดความสูญเสียบุคลากร และการจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การประสานงานผู้เกี่ยวข้อง/เครือข่ายในพื้นที่เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลประชากร และการจัดการระบบส่งต่อ๔) ระบบการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่นการย้ายถิ่นแรงงาน และนักท่องเที่ยว ฯลฯ

๔. เป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารระดับจังหวัด/ระดับเขต และผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้กำหนดมาตรการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดน

๒) ผลกระทบ

ผลจากการศึกษาทำให้ทราบถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพชายแดน ดังนี้

๑. ภาระการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของประชากรข้ามชาติทั้งที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้แรงงานในไทย และประชากรข้ามชาติที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลชายแดน ทำให้เพิ่มภาระการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีภาระมากขึ้นแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น ปัจจัยด้านความลำบากในการเดินทางข้ามด่านเพื่อมาทำงาน ปัจจัยด้านศักยภาพ และคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพในฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน ปัจจัยด้านที่ตั้งของพื้นที่ชายแดน และปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงเครือญาติระหว่างประชาชนทั้ง ๒ ประเทศ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันยาวนาน

๒. การแบ่งทรัพยากรสาธารณสุขไทยไปดูแลประชากรข้ามชาติ กล่าวคือ จากปัญหาสาธารณสุขของประชากรข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติ มีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยข้ามชาติเข้ามาแย่งใช้ทรัพยากรที่จัดไว้ให้กับคนไทย ส่งผลกระทบต่อดูแลรักษาสุขภาพคนไทยทั้งด้านการเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีและการควบคุมป้องกันโรค และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อย่างกรณีที่มีการระบาดของโรคโควิดในฝั่ง สปป.ลาว ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากรไทย และจำเป็นต้องมีงบประมาณเข้ามาในระบบเพื่อการดูแลสุขภาพประชากรข้ามชาติโดยเฉพาะ

๓. การแพร่กระจายของโรคติดต่อจากแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอยู่ในไทยที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องมีจำนวนน้อยกว่าที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทำให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาอยู่อาศัยอย่างแออัด สิ่งแวดล้อมเน่าเสีย มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

๔. ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของประชากรข้ามชาติเหล่านี้ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญไม่น้อยที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญเพื่อไม่ให้กระทบต่อสุขภาพของประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนไทย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-ลาว และกัมพูชาที่สำคัญได้แก่ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม เนื่องจากระยะทางที่ไกล และขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ (Chee, ๒๐๐๓; Smith et al., ๒๐๐๗) ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขของไทย ลาว และกัมพูชา ทำให้การจัดการปัญหาสุขภาพที่ข้ามพรมแดนเป็นไปได้ยาก (Jones et al., ๒๐๑๕; World Health Organization, ๒๐๑๔) ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้การให้บริการสุขภาพมีคุณภาพต่ำและไม่ทั่วถึง(World Health Organization, ๒๐๐๖; Tangcharoensathien et al., ๒๐๑๓) การแพร่

ระบาดของโรคติดต่อเช่น วัณโรคและมาลาเรีย มักพบในพื้นที่ชายแดน และการควบคุมโรคทำได้ยากเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของประชากร (Pungrassami et al., ๒๐๐๘; Yeung et al., ๒๐๑๓) และขาดข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอทั้งนี้ พบว่าการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างประเทศยังไม่เป็นระบบ ทำให้ยากต่อการวางแผนและประเมินผลการให้บริการ (United Nations, ๒๐๑๕; World Bank, ๒๐๑๘)

จากเหตุดังกล่าว ผู้วิจัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนและเสริมสร้างสุขภาพที่ดีระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้านขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยการตรวจคัดกรองและป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อระหว่างประเทศช่วยลดการเกิดโรคระบาดข้ามพรมแดนด้วยการตรวจจับและควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ การมีบริการสุขภาพที่ดีช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน ลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชายแดนเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในระยะยาวช่วยสร้างฐานข้อมูลสุขภาพที่เป็นระบบและทันสมัย ใช้ในการวางแผนและพัฒนาบริการสุขภาพในอนาคต

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การเข้ารับบริการสุขภาพนั้น สถานพยาบาลจะมีล่ามหรือผู้ประสานงานด้วยภาษา เพื่อรองรับการให้บริการไว้ในสถานพยาบาล คอยให้ความช่วยเหลือในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและแรงงานต่างด้าวและในบางครั้งแรงงานต่างด้าวก็น่าจะพาเพื่อน หรือญาติที่สามารถใช้ภาษาไทยได้ไปสถานพยาบาลพร้อมกับตนเองด้วย

๘.๒ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่มีบางส่วนที่แรงงานต่างด้าวต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง แนะนำให้ชื้อกองทุนประกันสุขภาพ

๘.๓ การเดินทางบางสถานประกอบประกอบจะมีการจัดเตรียมรถยนต์ไว้ให้บริการรับส่ง

๘.๔ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์สร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ให้บริการ บริการด้วยจิตบริการอย่างประทับใจ

๘.๕ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้ง ๕ ด้าน ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาล ระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ระบบการเข้าถึงบริการ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ และระบบการบริการแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทยควรมีมาตรการเพิ่มเติมและมีการบูรณาการหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะในการควบคุมป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพของคนชายแดนไทย-ลาวเพิ่มเติมจากเดิมที่เป็นเพียงด่านควบคุมโรคเท่านั้น

๒. ควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นอันดับแรก

๓. ควรให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร อธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือบริการสุขภาพต่างๆ อย่างชัดเจน

๔. ควรประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทุกครั้งและมีระบบการให้บริการที่ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่าย

๕. ควรส่งเสริมการสร้างและใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือประชาชน

๖. รูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานีต้องให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตามและประเมินผลด้วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%

๑) นายเกรียงไกร พันทอง สัดส่วนของผลงาน ๘๐ % (ระบุร้อยละ)

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวนิมิต กุมุขชาติ สัดส่วนของผลงาน ๒๐% (ระบุร้อยละ)

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

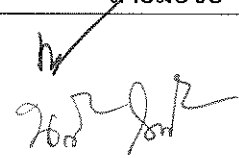
(นายเกรียงไกร พันทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเกรียงไกร พันทอง นางสาวนิมิต กุมุขชาติ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายประพนธ์ บุญไชย)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

(วันที่) ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) / ๑๕ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อชายแดนภายใต้ภูมามัยระหว่างประเทศ
พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาโรคติดต่อ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดต่อหลายชนิด เนื่องจากเชื้อโรคจะมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานขึ้น เจริญเติบโตได้รวดเร็ว สามารถแพร่ระบาดได้ง่ายและเร็ว เช่น โรคติดต่อทางระบบหายใจ(ไข้หวัดใหญ่) โรคติดต่อที่มีเยื่อเป็นพาหะ(ไข้เลือดออก) โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ(อุจจาระร่วง) และโรคติดต่ออื่นๆ (มือ เท้า ปาก, ฝีดาษ) โดยประชาชนจะต้องทราบถึงสาเหตุ และแนวทางป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ระมัดระวังและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรค โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยโรคเรื้อรังการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จะต้องรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ จึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อสุขภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน วางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยการดำเนินงานในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบ” ในทุกระดับ เพื่อช่วยกันค้นหาปัญหา จึงจะสามารถแก้ไขต้นตอของปัญหาการเกิดโรค ประชาชนจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาก็สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ภายใต้ศักยภาพพื้นที่ของตนเอง หน่วยงานเกี่ยวข้องทุกระดับให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของพื้นที่เป็นหลัก สามารถเชื่อมโยงผสมผสานแนวคิด องค์ความรู้ เข้ากับบริบทของพื้นที่ จึงจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

การเฝ้าระวังเป็นกิจกรรมสืบเนื่องจากการพัฒนาด้านควบคุมป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยของคนในอดีต โดยระยะแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมากจากโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งขณะนั้นยังไม่ทราบสาเหตุ ได้มีการใช้มาตรการกักกัน (quarantine) ตัวผู้ป่วยไว้อีกสังคมต่างหากจนกว่าโรคจะสงบครั้งต่อมาโรคติดต่อเหล่านี้ลดความรุนแรง และสาเหตุของโรคเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น จนเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยจากสังคมคนปกติ จึงเปลี่ยนมาใช้มาตรการแยกกักผู้ป่วย (isolation) เมื่อระบบสาธารณสุขได้พัฒนางานเวชศาสตร์ป้องกันจนเป็นที่ยอมรับว่า ควรมีมาตรการป้องกันก่อนเกิดปัญหา จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เหตุการณ์ยังปกติ การดำเนินการดังกล่าวเรียกว่าการเฝ้าระวัง (surveillance) ซึ่งมี ๓ ลักษณะ คือ ๑. การเฝ้าระวังเฉพาะบุคคล (individual surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค เพื่อรับทราบได้ทันทั่วถึงและให้คำแนะนำช่วยเหลือ เมื่อมีอาการแสดงจากโรคที่สัมผัส โดยไม่ต้องจำกัดการประกอบกิจกรรมหรือที่พักอาศัย ถือเป็นมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างหนึ่ง ๒. การเฝ้าระวังโรค (disease surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังการเกิดและกระจายของโรค หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการถ่ายทอดโรคในพื้นที่ที่กำหนด ๓. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (epidemiological surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังบุคคล สถานที่ เวลาและองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรือภัยสุขภาพของประชาชนซึ่งข้อเสนอแนะจะครอบคลุมกลุ่มโรคติดต่อ ๓ กลุ่ม คือ ๑. กลุ่มโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาในหลายพื้นที่ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคมาลาเรีย กลุ่มโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคมือ-เท้า-ปาก ๒. กลุ่มโรคติดต่อร้ายแรง หรือ โรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ การตายผิดปกติที่ไม่ทราบสาเหตุ ๓. กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ โรคหัด

ระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยถูกวางรากฐานกว่า ๔๐ ปีเริ่มต้นจากโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศ และเครือข่ายเฝ้าระวังครอบคลุมระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะภาครัฐ มีการรายงานข้อมูลโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจาก

สถานบริการทางสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทุกแห่ง ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัด จนถึงสำนักโรคติดต่อวิทยาในส่วนกลางจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมและโครงสร้างระบบราชการ รูปแบบการรายงานต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการ การพัฒนาระบบโทรคมนาคมและการสื่อสารเกิดควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของปัญหาโรคติดต่อและโรคติดต่ออุบัติใหม่ ขณะที่โรคติดต่อที่มีอยู่เดิม ยังคงระบาดเป็นช่วงๆ ในหลายพื้นที่เหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องขยายขอบเขตการเฝ้าระวังนอกสถานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพการเฝ้าระวังในชุมชนจะเกิดได้ประชาชนต้องเข้าใจก่อนว่าเฝ้าระวังไปทำไม เฝ้าแล้วได้ประโยชน์อย่างไร เฝ้าแล้วทำอะไรต่อ

ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จังหวัดอุบลราชธานี มีสถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังที่มีความสำคัญสูงประกอบด้วย

โรคติดต่อ	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	จำนวน (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	อัตราป่วยตาย CFR (%)	จำนวน (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	อัตราป่วยตาย CFR (%)	จำนวน (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	อัตราป่วยตาย CFR (%)
๑. โรค COVID-๑๙	๒๓,๐๙๓	๑๙๑	๐.๘๓	๒๙๘,๖๙๘	๓๐๙	๐.๑๐	๔,๘๗๕	๓	๐.๐๖
๒. โรคไข้เลือดออก (DF,DHF,DSS)	๑๕๙	-	-	๑,๑๑๔	-	-	๔,๖๓๔	๑	๐.๐๒
๓. โรคไข้มาลาเลีย	๑	-	-	๕	-	-	๑๑	-	-
๔. โรคเมลิออยด์	๑๐	-	-	๖๔๘	๑๐๐	๑๕.๔๓	๔๖๒	๒	๐.๔๓
๕. โรคฉี่หนู	๑๕	-	-	๒๙๙	๑	๐.๓๓	๒๔๘	๒	๐.๘๑
๖. โรคไข้หวัดใหญ่	๓๒๔	-	-	๒,๘๕๙	-	-	๒๐๑๙๕	๑	๐.๐๐๕
๗. โรคปอดอักเสบ	๒,๒๒๔	-	-	๒๒,๑๐๑	-	-	๑๕,๐๖๖	๒๘	๐.๑๙
๘. โรคมือเท้าปาก	๑,๕๓๒	-	-	๔,๕๐๒	-	-	๒,๗๕๘	-	-
๙. โรคใช้รากสาดใหญ่	๑๖	-	-	๒๒๖	-	-	๕๗๔	-	-
๑๐. อูจจาระร่วง	๒๓๔	-	-	๓๒,๕๑๓	-	-	๕,๓๔๘	-	-

ที่มา : รง.DDS (D๕๐๖) งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราป่วยตายด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังสูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ และ ใกล้เคียงกับระดับประเทศ

เมื่อมีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนภารกิจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ให้อยู่ภายใต้การกำกับของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖จำนวนกว่า ๓,๐๐๐ แห่งทั่วประเทศได้ถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่าง อบจ.หลังจากที่เคยถ่ายโอนให้กับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ไปส่วนหนึ่งแล้ว อย่างไรก็ตามหากความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือการทำให้หน่วยงานในท้องถิ่นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ตรงจุดภายใต้ธรรมาภิบาลการถ่ายโอน รพ.สต. ให้อยู่ภายใต้ภารกิจของ อบจ. ก็ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายโดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ยังคงมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการแพทย์ฉุกเฉินและการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น

สถานการณ์การถ่ายโอนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยงานท้องถิ่น มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบการถ่ายโอนสถานีอนามัยและ รพ.สต. ไป อบจ. ตามที่สำนักงานงบประมาณเสนอโดยมีรพ.สต. จำนวน ๓,๒๖๔ แห่ง บุคลากรรวมจำนวน ๒๓,๑๑๗ ราย ซึ่งบุคลากรดังกล่าวมีทั้งจ้างด้วยเงิน

งบประมาณ และเงินนอกงบประมาณ โดยผู้ที่ถูกจ้างด้วยเงินนอกงบประมาณ มีกว่าร้อยละ ๕๐ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในการจ้างงาน รวมถึงการจ้างงานด้วยเงินนอกงบประมาณ ยังไม่มีหลักเกณฑ์การจ้างงานของ อบจ. ที่ชัดเจน ส่วนกรณีผู้ไม่ประสงค์ที่จะถ่ายโอนให้ อบจ. ขออภัยเพื่อช่วยราชการเป็นระยะเวลาไม่เกิน ๒ ปี และหากประสงค์ขอโอนกลับหลังการถ่ายโอน สามารถยื่นความประสงค์ขอโอนกลับมายังส่วนราชการเดิมได้ โดยส่วนราชการเดิมต้องมีตำแหน่งว่างรองรับ นอกจากนี้ตัวชี้วัดความพร้อมของการถ่ายโอน รพ.สต. แบ่งเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านโครงสร้างองค์กร อบจ. ต้องมีหน่วยงานระดับกองหรือสำนัก รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ๒) ด้านบุคลากร อบจ. ต้องมีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุขตามโครงสร้างอัตรากำลังของ อบจ. ๓) ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร อบจ. ต้องบันทึกข้อมูลการเงิน การคลัง งบประมาณ และมีการวิเคราะห์เสถียรภาพทางการเงิน การคลังและงบประมาณ ๔) ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต อบจ. ต้องมีแผนหรือโครงสร้างด้านสาธารณสุขหรือด้านคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาท้องถิ่น ๕ ปี ที่ครอบคลุมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล ตลอดจนงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (นายสรเสรีณ นามพรหม,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๖๕)

ในปีที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานี มีการส่งมอบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ จำนวน ๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๓๒๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๖.๗๗ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) ผลการดำเนินงานภายใต้การควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในระดับของพื้นที่ จากการนิเทศงานผสมผสานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ยังไม่ดีพอ ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเป็นระบบเชิงรับ ดำเนินการโดยหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนหน่วยงานภายใต้กำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ใช้วิธีรับและรวบรวมรายงานผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคแน่นอนจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิธีนี้เชื่อถือได้มากแต่ค่อนข้างล่าช้าและไม่ครบถ้วน เพราะไม่ได้รวมข้อมูลผู้ป่วยที่รักษาเองหรือไปคลินิกจากการติดตามประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในภาพรวมจังหวัด พบประเด็นควรแก้ไข ดังนี้ความครบถ้วนถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากสถานบริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงสำนักระบาดวิทยาในส่วนกลาง ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออก ปี๒๕๖๔ ในโรงพยาบาลหลายแห่ง พบความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ ๖๖.๙๐ ขาดการวิเคราะห์และนำมาใช้ทันเวลา ทั้งๆ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมากมาย เฉพาะอย่างยิ่งการรายงานโรคติดต่อต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการแปลผลและให้ข้อเสนอสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหา หรือกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของจังหวัด นอกจากนั้นการกระจายผลเฝ้าระวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องค่อนข้างล่าช้าและไม่ชัดเจน เฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารที่ลงถึงระดับชุมชนการเฝ้าระวังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมมากนัก ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการป้องกันควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขหากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็งจนชุมชนตรวจจับการเกิดโรค/ภัยได้เร็ว หาสาเหตุและกำจัดจุดเริ่มต้นได้ประชาชนในชุมชนจะปลอดภัยจากโรค/ภัยทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลทีกล่าวถึงข้างต้น ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ วัตถุประสงค์

๑) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒) เพื่อประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากนโยบายการปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีการสื่อสารและการเปลี่ยนผ่านทางระบบการแพทย์รวมทั้งการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งโรคติดต่อที่มีอยู่เดิมและโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นอีกทั้งในส่วนของการสร้างประชากรที่สังคมไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบความเป็นเมืองกระแสโลกาภิวัตน์รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปนำเสนอแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นของปัญหาจากโรคไม่ติดต่อโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมการบาดเจ็บทางถนนเป็นต้นสถานการณ์ปัญหาเหล่านี้ถือว่าเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์หลากหลายสาขาและการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและไม่ปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ในขณะเดียวกันภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เป็นก้าวสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และเป็นจุดร่วมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นคือ การปฏิรูปภาครัฐและการเปลี่ยน Mindset ของการพัฒนาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ เช่น การสร้างระบบและการเชื่อมข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ. โดยพยายามลดภาระการบันทึกข้อมูล การพัฒนาระบบการรักษาทางไกล (Telemedicine Technology) การสร้าง Data dashboard เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร การเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลด้วยระบบออนไลน์ เพื่อการบริหารงานแบบโปร่งใส ฯลฯ ส่วนด้านงานวิจัย มีประเด็นที่กำลังดำเนินการอยู่ อาทิ การศึกษาแนวทางการพัฒนาต่อยอดระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนารูปแบบและโครงสร้างการบริหาร รพ.สต. ในระดับพื้นที่ต่ำกว่าระดับจังหวัด การวางแผนโครงสร้างอัตราค่าจ้าง รพ.สต. ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของตลาดแรงงาน ฯลฯ (รศ.ดร.ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/๑๓๔๔๑>) ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จากงานวิจัยเบื้องต้นมีข้อสังเกต ๔ ด้าน (๑๖ กันยายน ๒๕๖๕) ได้แก่ (๑) ด้านการอภิบาลระบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอน จากเดิมอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเดียวกันไปเป็น อบจ. ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการรับคำสั่งจากต้นสังกัด รวมถึงระยะทางทางภูมิศาสตร์ที่ อบจ. อาจอยู่ในพื้นที่ที่ไกลออกไปกว่า สสอ. ต้นสังกัดเดิม ดังนั้นจำเป็นต้องเตรียมพร้อมและทำความเข้าใจในขั้นตอนการบังคับบัญชา การมอบอำนาจ การวางระบบและกระบวนการทำงาน การมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ การอยู่เวร การขออนุญาตออกนอกพื้นที่ การลางาน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความราบรื่นและมีอุปสรรคน้อยที่สุด (๒) ด้านบุคลากร การถ่ายโอนบุคลากรในตำแหน่งข้าราชการและลูกจ้างมีกฎระเบียบของ อบจ. รองรับชัดเจน แต่พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ยังขาดแนวทางของ อบจ. ในการจัดจ้างเพื่อให้ได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ไม่แตกต่างจากเดิมก่อนการถ่ายโอน ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือแนบท้ายหลักเกณฑ์การถ่ายโอน รพ.สต. ปี ๒๕๖๔ (๓) ด้านงบประมาณ การเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการเงินบำรุงของ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอน เนื่องจากเงินบำรุง รพ.สต. มีแหล่งรายรับที่มาจากเงินอุดหนุนการถ่ายโอนตามขนาดของ รพ.สต. (ขนาด S = ๔๐๐,๐๐๐ บาท ขนาด M = ๖๕๐,๐๐๐ บาท และ ขนาด L = ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท) และงบประมาณจาก อบจ. ซึ่งเมื่อมีการถ่ายโอนเกิดขึ้น อบจ. จะมีอำนาจบริหารงบประมาณการเงิน และบัญชีของ รพ.สต. ที่ถูกถ่ายโอน ดังนั้นจำเป็นต้องมีแนวการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้เงินบำรุงที่ชัดเจน (๔) ด้านระบบบริการ การให้บริการปฐมภูมิเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. ที่จะถ่ายโอน กับ รพ.

แม่ข่าย จำเป็นต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบข้อมูลสุขภาพ หน่วยบริการและหน่วยงานกำกับดูแลในระดับพื้นที่ ทั้ง อบจ. สสอ. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันว่า บริการที่ประชาชนจะได้รับ ไม่ด้อยไปกว่าเดิม และดีขึ้นกว่าเดิมหรือดียิ่งขึ้น

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจ หมายถึง การคืนอำนาจและการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารบางส่วนจากรัฐบาลให้องค์กรอื่นที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของราชการส่วนกลางได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้จัดทำบริการสาธารณะซึ่งมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติตามนโยบาย ไม่อยู่ในการบังคับบัญชา แต่อยู่ในการควบคุมของราชการส่วนกลางกรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยหลักการต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสะท้อนปัญหาความต้องการของประชาชนมาเป็นกรอบในการกำหนดนโยบาย โดยยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้าน คือ (ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ๒๕๕๑) ๑. ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง โดยยังคงรักษาความเป็นรัฐเดี่ยว มีเอกภาพของประเทศ มีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบอบประชาธิปไตย ๒. ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นรัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยรัฐต้องจัดระบบการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีขอบเขต อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบที่ชัดเจนเหมาะสมแก่การพัฒนาประเทศ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะโดยปรับลดบทบาทภารกิจและลดการกำกับดูแลของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้ส่วนท้องถิ่นเขาดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาครับผิดชอบในการกึ่งมหภาค โดยพิจารณาในยุทธศาสตร์เชิงรุกมากกว่าเชิงรับในระดับชาติได้มากขึ้นและภารกิจที่เกินขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ และให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ กำหนดมาตรฐานและตรวจสอบติดตามประเมินผล ๓. ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีอิสระมากขึ้น ลดการกำกับดูแล การดำเนินการมีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ รวมทั้งรวมตรวจสอบติดตามประเมินผล และสุดท้ายประชาชนต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทั่วถึงมากขึ้น

การกระจายอำนาจสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ (Pranab Bardhan and Dilip Mookherjee, ๒๐๐๖)

๑. ประเภทแรก เป็นการกระจายอำนาจที่ครอบคลุมความรับผิดชอบทั้งด้านการเมือง และด้านเศรษฐกิจ ๒. ประเภทที่สอง เป็นการกระจายอำนาจที่ครอบคลุมความรับผิดชอบด้านการเมือง และความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจบางส่วน ๓. ประเภทที่สาม เป็นการกระจายอำนาจที่จำกัดความรับผิดชอบด้านการเมือง ด้วยการให้ความสำคัญกับการบริหารและความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจสำหรับรูปแบบการกระจายอำนาจ แบ่งได้เป็น ๔ รูปแบบ คือ ๑. การมอบอำนาจต่อองค์กรได้บังคับบัญชา (Deconcentration) เป็นการโอนถ่ายอำนาจบางส่วนให้หน่วยงานภายในกระทรวงมีลักษณะส่วนกลางโอนถ่ายอำนาจให้กับเจ้าหน้าที่ หรือสำนักงานที่เป็นสาขาของกระทรวง โดยเป็นเพียงการโอนถ่ายหน้าที่ด้านการบริหารจัดการเท่านั้น ทั้งนี้ยังอยู่ภายในหลักเกณฑ์ ที่กำหนดโดยกระทรวง หรือสำนักงานใหญ่ การกระจายอำนาจแบบนี้พบอย่างกว้างขวางในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งการมอบอำนาจต่อองค์กรได้บังคับบัญชา จะได้รับการสนับสนุนทาง

การเงินผ่านเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ไปสู่จังหวัด อำเภอ หรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ (Delegation) เป็นการถ่ายโอนความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ สำหรับหน้าที่บางอย่างให้กับองค์กรที่อยู่นอกโครงสร้างของระบบราชการปกติ ซึ่งถูกควบคุมทางอ้อมโดยรัฐบาลกลาง การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับถูกใช้มานานในการบริหารกฎหมาย เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้มีอำนาจสร้างหรือถ่ายโอนความรับผิดชอบไปยังตัวแทน โดยตัวแทนมีดุลพินิจในวงกว้างที่จะดำเนินการ อย่างไรก็ตามความรับผิดชอบที่ดีที่สุดยังคงอยู่กับผู้มีอำนาจ ๓. การถ่ายโอน (Devolution) การถ่ายโอนเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางการคลัง หรือความถูกต้องตามกฎหมายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบริหารนอกการควบคุมจากรัฐบาลส่วนกลาง ภายใต้การถ่ายโอนทำให้ท้องถิ่นมีความเป็นอิสระ และมีสถานะทางกฎหมาย แยกหรือแตกต่างจากรัฐบาลกลาง เพียงถูกกำกับดูแลเท่านั้น ๔. การแปรรูปองค์กรของรัฐ (Privatization) เป็นเรื่องที่รัฐโอนความรับผิดชอบให้กับองค์กรที่สมัครใจ หรือเป็นการอนุญาตให้ดำเนินการโดยองค์กรเอกชน ในบางกรณี รัฐมีการโอนความรับผิดชอบให้กับองค์กรที่มีความเท่าเทียมกัน เช่น องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไร กลุ่มวิชาชีพ องค์กรทางศาสนา พรรคการเมือง หรือสหกรณ์ ซึ่งองค์กรเหล่านี้ได้รับการโอนความรับผิดชอบจากรัฐในเรื่องการออกใบอนุญาต ควบคุมหรือกำกับดูแล ในบางกรณีรัฐอาจจะกระจายอำนาจ โดยการโอนความรับผิดชอบในส่วนการผลิตสินค้า และการจัดหาบริการให้กับบริษัทร่วมเอกชน (Dennis A. Rondinelli, John R. Nellis and G. Shabbir Cheema, ๑๙๘๓)

แนวคิดการเฝ้าระวังโรคในชุมชน (community-based surveillance)

การเฝ้าระวังโรคในชุมชนเน้นการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกจากสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วครบถ้วนยิ่งขึ้นส่งผลให้ข้อมูลทางวิชาการดีขึ้นตรวจจับการระบาดของโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอันจะนำไปสู่การสอบสวนหาสาเหตุและกำจัดต้นตอของโรคได้รวดเร็วทันเหตุการณ์หยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างเพื่อความปลอดภัยของประชาชนแนวคิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในชุมชนเป็นแนวคิดเพื่อชุมชนโดยความร่วมมือระหว่างชุมชนท้องถิ่นและภาครัฐประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสำคัญ ๓ ภาคส่วนได้แก่ ชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

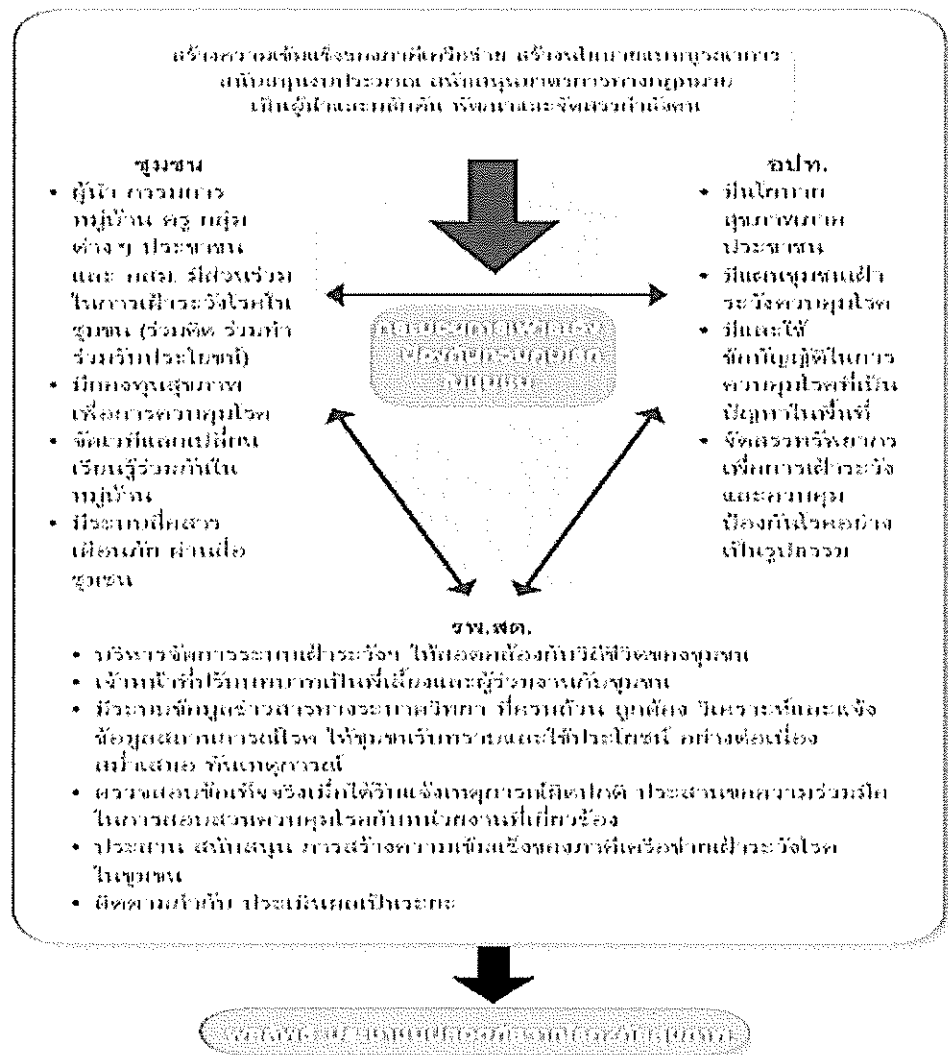
ชุมชนคนเป็นองค์ประกอบหลักแต่ละชุมชนประกอบด้วยกลุ่มบุคคลหลากหลายต่างอาชีพต่างฐานะต่างวัยการทำงานร่วมกับชุมชนจึงต้องมีความเชื่อพื้นฐานว่าประชาชนแต่ละคนแต่ละกลุ่มมีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์มีสิทธิเต็มกำหนดวิถีดำรงชีวิตของตน สามารถเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชนมีความคิดริเริ่มมีความเป็นผู้นำการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนเป็นสิ่งพึงปรารถนาและสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อคนต่อชุมชนต่อรัฐหากประชาชนทุกกลุ่มในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคือร่วมคิดร่วมลงขันร่วมลงแรงร่วมประเมินร่วมรับประโยชน์การดำเนินการใดโดยอมประสพผลสำเร็จ การเฝ้าระวังโรคในชุมชนจะเกิดได้ชุมชนควรเข้าใจว่าประโยชน์จากการเฝ้าระวังในระยะเวลานั้นใกล้คืออะไรการเฝ้าระวังช่วยปกป้องชุมชนให้ปลอดภัยและอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างไรพวกเขามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอย่างไรบ้างเนื่องจากความหลากหลายของกลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันในชุมชนกล่าวคือมีทั้งผู้นำชุมชนคณะกรรมการหมู่บ้านครูแม่บ้านประชาชนทั่วไปรวมทั้ง อสม. จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการเฝ้าระวังรับรู้ข้อมูลปัญหาโรคและอันตรายต่อสุขภาพคิดหาวิธีใช้ประโยชน์จากทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชนแสวงหาแหล่งทุนจากภายในและภายนอกเพื่อใช้ในการดำเนินงานจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้านสร้างระบบการสื่อสารเตือนภัยผ่านสื่อชุมชน ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายในระดับชุมชนคือมีเครือข่ายเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพโดยชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทหนึ่งที่เกิดจากนโยบายกระจายอำนาจการปกครองประเทศให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือการบริหารจัดการการบริการสาธารณะอันหมายรวมถึงงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการนำกฎหมายที่ปรับจากพระราชบัญญัติสำคัญหลายฉบับมาใช้เป็นประกาศและข้อกำหนดท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น อปท. จึงมีบทบาทอย่างมากในการสร้างนโยบายสุขภาพภาคประชาชนระดับท้องถิ่นสนับสนุนให้มีแผนเฝ้าระวังควบคุมโรคของชุมชนมีและใช้ข้อบัญญัติในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่จัดสรรทรัพยากรเพื่อการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรมและมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องปรับบทบาทเป็นผู้ประสานร่วมงานสนับสนุนชุมชนในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังโรคให้สอดคล้องวิถีชีวิตเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ชุมชนรู้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพอย่างรวดเร็วร่วมคิดหาแนวทางแก้ปัญหาในท้องถิ่นจึงต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนจากทุกภาคส่วนผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในขั้นตอนต่างๆ

- เฝ้าระวังอะไรเพราะอะไรเช่นโรคติดต่อที่สำคัญเหตุการณ์ผิดปกติที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ
- จัดระบบแจ้งข่าวการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ผิดปกติโดยเครือข่ายเช่น อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินการ อบต. และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและเป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานรวมถึงกลุ่มพลังอื่นๆในชุมชนเช่นกลุ่มแม่บ้านกลุ่มอาชีพ
- รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาให้ครบถ้วนถูกต้องทันเหตุการณ์พร้อมวิเคราะห์สถานการณ์โรคแล้วแจ้งกลับไปยังชุมชนให้รับทราบและใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ทุกเดือนหรือทันทีกรณีเหตุฉุกเฉิน
- ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติและประสานขอความร่วมมือในการสอบสวนควบคุมโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประสานและสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน
- ติดตามกำกับประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ดังกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพประกอบที่ ๑ กรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

จากแนวความคิดที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี คือ “*SPARK MODEL*” มีรายละเอียด ดังนี้

S : Specific หมายถึง การกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เช่น ปิงปประมาณ ๒๕๖๖ ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 28 วัน(น้อยกว่าร้อยละ ๕)

P : Partner หมายถึง การชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วน ทุกระดับให้เห็นความสำคัญกับเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและร่วมกันทำงานแบบยั่งยืน โดยเฉพาะการกำหนดเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญในทุกนโยบายสุขภาพ (Health in All Policy) และจัดการข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการวางแผนการแก้ไขปัญหา

A : Advocate หมายถึงการชี้แนะ ชูประเด็น และสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน

R : Regulate and Legislate หมายถึง การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน โดยเฉพาะการมีมาตรการทางสังคมในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระดับพื้นที่ และกระตุ้นให้เกิดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

K : Knowledge Capacity หมายถึง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนานโยบายทุกด้านได้สำเร็จ พร้อมทั้งชื่นชมและให้รางวัลพื้นที่มีผลงานประสบความสำเร็จตามการวัดและประเมินผล ทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชน

หากมีการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อด้วยกลไก “*SPARK MODEL*” ที่ออกแบบมาเพื่อให้หน่วยบริการ สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเข้ามาในระบบ Digital Disease Surveillance (DDS = *D๕๐๖*)จะก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

๑. เป็นฐานข้อมูลในการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ และในชุมชน ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ตรงประเด็นทั้งในส่วนของปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงมาก ตลอดจนมีประโยชน์ต่อการบริหารจัดการฐานข้อมูล

๒. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์เนื่องจากข้อมูลถูกจัดเก็บและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วในรูปแบบที่เหมาะสมและใช้ประโยชน์ได้

๓. ช่วยในการกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์และการวางแผนปฏิบัติการ โดยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากระบบสารสนเทศมาช่วยในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานเนื่องจากสารสนเทศถูกรวบรวม และจัดการอย่างเป็นระบบ สามารถที่จะบ่งชี้แนวโน้มของการดำเนินงานว่าน่าจะเป็นไปในลักษณะใด

๔. ช่วยในการตรวจสอบ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน เมื่อนำแผนงานสู่การปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ควบคุมจะต้องตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อการประเมินผลงานว่าสอดคล้องกับเป้าหมาย หรือเป็นไปตามทิศทางที่ต้องการหรือไม่ อย่างไร

๕. ช่วยในการศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา สามารถใช้ระบบสารสนเทศประกอบการศึกษา และการค้นหาสาเหตุ หรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ถ้าการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ โดยอาจจะเรียกข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบ เพื่อรายงานความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากสาเหตุใด หรือการจัดรูปแบบสารสนเทศในการวิเคราะห์ปัญหาใหม่

๖. ช่วยให้ผู้ใช้สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาวิธีควบคุม ปรับปรุงและแก้ไข ปัญหา สารสนเทศที่ได้จากการประมวลผลจะช่วยให้ในการวิเคราะห์ว่าการดำเนินงานในแต่ละทางเลือกจะช่วยแก้ไข หรือ ควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ต้องทำอะไรเพื่อปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงาน หรือเป้าหมายที่กำหนด

๗. ช่วยให้ลดเวลา และค่าใช้จ่ายในการทำงานลง เนื่องจากระบบสารสนเทศสามารถรับภาระงานที่ต้องใช้ แรงงานจำนวนมาก ตลอดจนช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน ส่งผลให้สามารถลดจำนวนคนและระยะเวลาในการ ประสานงานให้น้อยลง โดยมีผลงานเท่าเดิมหรือดีกว่าเดิม ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพในการทำงาน

๓.๓ ข้อเสนอ

ด้านโครงสร้าง

๑. กำหนดบทบาทและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี) ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออย่าง ชัดเจน

๒. บูรณาการแผนงานโครงการภาครัฐแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

๓. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จะต้องวางแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในรูปของแผนงานโครงการระดับจังหวัดเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางให้ระดับพื้นที่

๔. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนารูปแบบและเทคนิคการทำงานด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระดับพื้นที่

ด้านระบบ

๑. จัดการฐานข้อมูลในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็นทั้งในส่วนของปัญหา สุขภาพที่มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงมาก

๒. ใช้สื่อ ช่องทางต่างๆ เพื่อการสื่อสารเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ เช่น สังคมออนไลน์ facebook/ youtube /Tik Tok

๓. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนการทำงานรูปแบบ SPARK MODELและการให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้

ด้านเครือข่าย

๑. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วน จังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งภาคองค์กรภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

๒. ออกแบบกลไกในการพัฒนาการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในจังหวัด กำกับ ติดตามประเมินผล และนำข้อมูลกลับมาใช้พัฒนางานต่อเนื่อง

๓.๔ ข้อจำกัดหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

๑. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ยังขาดความเชื่อมโยงในการวางแนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระดับพื้นที่และเชื่อมลงสู่ชุมชน

๒. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อไม่เพียงพอ

๓. ระบบฐานข้อมูลในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดตอยังไม่ครอบคลุมทุกมิติการ แก้ไขปัญหา

๔.การจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ยังขาดระบบการกำกับติดตามอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๓.๕.๑ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ประชุมเพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระดับพื้นที่และเชื่อมลงสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน

๓.๕.๒ ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรประชาสังคม ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

๓.๕.๓ ใช้ระบบการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัลฐานข้อมูลในการ ขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระดับของพื้นที่อย่างชัดเจน

๒) ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ได้

๓) ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้

๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน (ระดับ ๕)

๒) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงาน (ระดับ ๕)

๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑) มีระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วนและ พร้อมใช้งาน

๒) มีกลไกความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลและการนำเข้าข้อมูลในระบบ Digital Disease Surveillance (DDS = D๕๐๖)ของ รพ.สต. ทั้งสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานี

๓) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อร่วมกัน

(ลงชื่อ).....

(นายเกรียงไกร พันทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๔ / สิงหาคม / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๘ – กันยายน ๒๕๖๘ (๕ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nursing)

- ความเข้าใจหลักการและแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- ความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการทางกาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย
- ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

๓.๒ ความชำนาญด้านกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

- การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ
- การวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการดูแล

๓.๓ ความรู้ด้านการวิจัยและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติ (Research & Development)

- การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา (Needs Assessment)
- การออกแบบโมเดลการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น
- การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๓.๔ ความเชี่ยวชาญด้านการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration)

- การประสานงานกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอาสาสมัคร
- การจัดประชุมกรณีศึกษา (Case Conference) เพื่อวางแผนดูแล

๓.๕ ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลด้าน Palliative Care ในโรงพยาบาล

- การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในแผนกต่าง ๆ เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม มะเร็งวิทยา
- การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจด้านการรักษา
- การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Continuity of Care)

๓.๖ ทักษะด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา (Communication & Counseling Skills)

- การสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์วิกฤติ
- การใช้เทคนิค Active Listening และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมต่อภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคนปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่สำคัญต่อการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงกลายเป็นแนวทางสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ไม่เพียงแต่รักษาทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี (๑) นอกจากนั้นจะเห็นว่าวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงถึง ๔๐ ล้านคน ซึ่งสาเหตุมาจากโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ ๖๖ โดยพบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๓๘.๕ และโรคมะเร็ง ร้อยละ ๓๔ (๒) และจากการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย พบว่า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

มีการเปลี่ยนแปลง ของโรคที่เป็นปัญหาและเป็นสาเหตุการตาย ปัจจุบันสาเหตุการป่วยร้อยละ ๗๑ มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การตายอันดับต้นของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหัวใจในประเทศไทยจำนวนของผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าภายใน ๒๐ ปี ประชากรผู้สูงอายุจะเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเป็นปัญหาระดับใหญ่ที่เราต้องเผชิญ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (๓) และจากข้อมูลรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่า มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ ๔๐-๖๐ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด เป็นผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและมะเร็ง ร้อยละ ๘๐ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๖๗ ซึ่งต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากทรวงอกไปจนถึง ระดับรุนแรง (๔) ปัจจุบันมีการพัฒนาการบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน โดยการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และครอบครัวที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ(๕) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลให้ดีขึ้น(๖) ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคในระยะสุดท้ายนั้น พบว่ามีความทุกข์ทรมานทั้งด้าน ร่างกายจิตใจ ครอบครัว และสังคม(๗)

จังหวัดอุบลราชธานี มีความพยายามพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้เป็นไปอย่างครอบคลุมจากโรงพยาบาลถึงชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง งานวิจัยโดยชลธิชา แสงเพชร และคณะ(๘) พบว่า รพ.สต. ในพื้นที่ตัวอย่างยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร การจัดการอาคาร และการประสานงานกับหน่วยบริการระดับสูง รวมถึงผู้ดูแลในครอบครัวยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในระดับโรงพยาบาล ภายในจังหวัด เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ และโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดตั้งคลินิกผู้ป่วยประคับประคอง มีระบบการจัด Family Meeting และวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะท้าย(๙) อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองยังมีข้อจำกัดในระดับประเทศ โดยข้อมูลจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๑๐) ระบุว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๑๗ ที่ได้รับคำปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง และมีไม่ถึงหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผน ACP อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(๑๑) ที่ชี้ว่าระบบการบริหารงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังมีข้อจำกัดด้านกลไกการกระจายงบและการติดตามผลแม้จะมีความท้าทายหลายด้าน แต่จังหวัดอุบลราชธานี ก็มีจุดแข็งด้านการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน โดยเฉพาะความตระหนักรู้ของบุคลากรและผู้บริหารระดับจังหวัด รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายด้าน Palliative Care อย่างต่อเนื่อง(๑๒) หากสามารถยกระดับความรู้ของผู้ดูแล เสริมทักษะบุคลากร และพัฒนาระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ จังหวัดอุบลราชธานี จะสามารถสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีคุณภาพและยั่งยืนได้ในอนาคต

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม โดยมุ่งหวังที่จะส่งเสริมศักยภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาบริบท ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนาและดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๓ เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัว ในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๘ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๘ (ระยะเวลา ๕ เดือน)

๔.๔ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๕๐ คน และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน ๒,๓๒๕ คน^(๓๓)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐ คน และญาติผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน ๓๐ ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๕๐ คน

๔.๖ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการวิจัยในแต่ละระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ ๑ เป็นการศึกษาสภาพบริบท ปัญหา และความต้องการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกภาคสนาม และแบบฟอร์มสังเกตการณ์

๑. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ ญาติผู้ป่วย หรือผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๕ ข้อ

๒. แบบสังเกต สำหรับผู้วิจัย จำนวน ๖ ข้อ

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วยร่างรูปแบบฯ และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โตดผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ ๓ การประเมินผลรูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

๑. แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี มี ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้มาตราส่วน Likert ๕ ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปาน
กลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

๔.๗ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการใน
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้ข้อมูลในแต่ละระยะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่มของกลุ่มตัว เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเชิง
ลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๔.๘ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยแบ่งออกเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และ
ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

๑) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมถึงระดับปัญหาและความต้องการ
ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

๒) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประมวลแนวคิด
หลัก จากคำตอบ เช่น ปัญหา ความท้าทาย ปัจจัยสนับสนุน หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนา

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัยระยะที่ ๑ ศึกษาบริบท ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๑. บริบทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากการวิเคราะห์เอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึก

พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ยังไม่เป็นระบบ มีการพึ่งพา
ทีมสหสาขาวิชาชีพบางส่วน ทรัพยากรและบุคลากรไม่เพียงพอ และขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
เดียวกันในทุกพื้นที่ ส่งผลต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแล

๒. ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบบสอบถามและสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพระบุ
ปัญหาหลัก ได้แก่

๒.๑ ขาดองค์ความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๒ การจัดการอาหารไม่ครบถ้วน เช่น การควบคุมอาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้

๒.๓ ขาดแนวทางสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายชีวิต

๒.๔ ระบบส่งต่อและเวชระเบียนไม่ต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยสูญหาย

๓. ความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความต้องการรูปแบบที่สามารถนำไป

ปฏิบัติได้จริง มีขั้นตอนชัดเจนสำหรับประเมินความต้องการ จัดการอาการ และการสื่อสาร รวมถึงบทบาท
ชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๑. ความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความต้องการรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีขั้นตอนชัดเจนสำหรับประเมินความต้องการ จัดการอาการ และการสื่อสาร รวมถึงบทบาทชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการวิจัยระยะที่ ๒ การพัฒนาและดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลระยะที่ ๑ ร่วมประชุมกลุ่มย่อยกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ เพื่อร่างและปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ได้พัฒนารูปแบบใหม่ภายใต้ชื่อ Palliative-Nurse Care Model (PNCM) ซึ่งประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลักคือ

๑. การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้เครื่องมือ Holistic Needs Assessment เพื่อวิเคราะห์ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๒. การจัดการอาการตามแนวทาง Palliative Care Guideline เน้นการควบคุมอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ และความทุกข์ทรมาน

๓. การสื่อสารเพื่อการดูแลระยะท้าย เช่น การพูดคุยเรื่องเป้าหมายการดูแล (Goal of Care) และการวางแผนล่วงหน้า (Advanced Care Planning) เพื่อการตัดสินใจร่วม

๔. การประสานงานแบบสหวิชาชีพและการติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมพยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร

ผลการวิจัยระยะที่ ๓ การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้ทำการประเมินรูปแบบ PNCM ด้วยแบบประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ คน และพยาบาลวิชาชีพ ๒๐ คนที่ทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงสัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลและญาติผู้ป่วย ผลสำคัญมีดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๘๐) มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง ๓๑-๓๕ ปี (ร้อยละ ๓๕) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี (ร้อยละ ๖๐) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากกว่า ๓ ปี (ร้อยละ ๔๕)

๒. ความเหมาะสมของรูปแบบ จากผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบ ๔.๖๘ จาก ๕ คะแนน ($SD = ๐.๓๕$) อยู่ในระดับมากที่สุดโดยเห็นว่ารูปแบบครอบคลุม เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

๓. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริง พยาบาลให้คะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ย ๔.๕๒ ($SD = ๐.๔๑$) อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยและการสื่อสารกับครอบครัว ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ พบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย ๔.๕๗, $SD = ๐.๔๗$) โดยคะแนนสูงสุดคือความรู้สึกร่วมกันและภาคภูมิใจในการดูแล (๔.๗๐) รองลงมาคือความชัดเจนของรูปแบบและการวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. **ผลสัมภาษณ์เชิงลึก** พบว่า พยาบาลและญาติผู้ป่วยรับรู้บทบาทการดูแลระยะท้ายได้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการสื่อสารและการวางแผนร่วม รูปแบบส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานที่ดีขึ้น ญาติผู้ป่วยยืนยันว่ารูปแบบช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในช่วงสุดท้าย

การวิจัยนี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานีที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของพยาบาลในพื้นที่ รูปแบบ Palliative-Nurse Care Model (PNCM) นี้มีองค์ประกอบครบถ้วนและชัดเจน สามารถนำไปใช้จริงในงานบริการดูแลผู้ป่วยได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการประเมินจากผู้ใช้งานว่ามีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจสูง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมบทบาทและความภาคภูมิใจของพยาบาล เพิ่มความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

๑. บริบท ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ระยะที่ ๑)

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี ยังขาดความเป็นระบบและบูรณาการในระดับองค์กร แม้ว่าจะมีการเริ่มดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพบางแห่ง แต่ทรัพยากรบุคลากรยังไม่เพียงพอ และไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่อง และคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งสอดคล้องกับ WHO ^(๒) ที่เน้นการจัดบริการแบบองค์รวม และต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของ palliative care และสอดคล้องกับงานของวารสารจีนวังก์ และคณะ^(๓๔) ที่ระบุว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มักเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากรและแนวทางการดูแลที่ไม่เป็นระบบ ในด้านปัญหา พยาบาลวิชาชีพสะท้อนถึง การขาดองค์ความรู้และทักษะด้านการควบคุมอาการและการสื่อสาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะท้าย ที่ชี้ว่าความสามารถของบุคลากรในการประเมินและควบคุมอาการรวมถึงการสื่อสารเชิงลึกกับครอบครัวมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่า ระบบส่งต่อและเวชระเบียนมีความไม่ต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยสูญหาย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทรัพยากรจำกัด

ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอความต้องการที่ชัดเจนว่า ต้องการ รูปแบบที่ปฏิบัติได้จริง มีขั้นตอนชัดเจน ทั้งการประเมิน จัดการอาการ และการสื่อสาร รวมทั้งบทบาทที่เด่นชัดของพยาบาลในทีม ซึ่งสะท้อนความจำเป็นของการมีโมเดลการดูแลเฉพาะที่ตอบสนองบริบทไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ณัฐธิดา บุญสุข^(๓๕) ที่เสนอให้มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

๒. การพัฒนาและดำเนินการรูปแบบ (ระยะที่ ๒)

ผู้วิจัยนำข้อมูลบริบทและความต้องการในระยะที่ ๑ มาใช้ร่วมในการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนารูปแบบ Palliative-Nurse Care Model (PNCM) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทาง PAR (Participatory Action Research) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้จริงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในทางปฏิบัติ โดยที่ PNCM ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลัก ได้แก่

๒.๑ การประเมินแบบองค์รวม ซึ่งใช้เครื่องมือ Holistic Needs Assessment ที่เน้นทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดของ National Cancer Institute ^(๑๖)

๒.๒ การจัดการอาการตามแนวทาง เช่น การควบคุมอาการปวดและทุกข์ทรมาน โดยสอดคล้องกับแนวทางของ ESMO ^(๑๗)

๒.๓ การสื่อสารระยะท้าย ได้แก่ การพูดคุยเรื่อง Goal of Care และการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าช่วยลดการรักษาที่ไม่จำเป็นและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว ^(๓๘)

๒.๕ การประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการดูแลแบบแยกส่วน (fragmented care) และสร้างความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)**

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๓. การประเมินผลรูปแบบ (ระยะที่ ๓)

๓.๑ ความเหมาะสมของรูปแบบ ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนเฉลี่ย ๔.๖๘ จาก ๕ ($SD = ๐.๓๕$) ถือว่าอยู่ในระดับ “มากที่สุด” สะท้อนว่ารูปแบบมีความครอบคลุม เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการนำไปใช้จริง^(๙๙)

๓.๒ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการให้คะแนนเฉลี่ย ๔.๕๒ ($SD = ๐.๔๑$) อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการประเมินและการสื่อสารกับครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยตรง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถตอบโจทย์งานบริการในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

๓.๓ ความพึงพอใจของพยาบาล ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ PNCM พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ ๔.๕๗ ($SD = ๐.๔๗$) อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความรู้สึกร่วมกันและภาคภูมิใจในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Empowerment of Nurses ที่พบว่าการมีบทบาทชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน^(๑๐)

๓.๔ ผลสัมฤทธิ์เชิงลึก ข้อมูลเชิงคุณภาพจากพยาบาลและญาติผู้ป่วยชี้ว่า รูปแบบนี้ช่วยส่งเสริมการสื่อสารที่มีเป้าหมายร่วม ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และสนับสนุนการทำงานร่วมกันในทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์ นักจิตวิทยา และอาสาสมัครในชุมชน ถือเป็นการบูรณาการแบบรอบด้าน ซึ่งเป็นหัวใจของ palliative care^(๑๑)

ผลการวิจัยทั้ง ๓ ระยะบ่งชี้ชัดเจนว่า PNCM (Palliative-Nurse Care Model) เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี และสามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยตอบสนองต่อความต้องการเชิงระบบ (มาตรฐาน แนวปฏิบัติ การประสานงาน) และเชิงปฏิบัติ (การประเมิน การจัดการอาการ และการสื่อสาร) ได้อย่างครบถ้วน พร้อมทั้งส่งเสริมความพึงพอใจและบทบาทของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

๗. ความยั่งยืนและขับเคลื่อนในการดำเนินการ

๗.๑ ก่อนดำเนินการศึกษาต้องมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย เอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

๗.๒ การประสานกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างอาจมีเวลาว่างไม่ตรงกัน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ และครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาเอกสารแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ให้ชัดเจน เพื่อการสื่อสารและได้ข้อมูลที่ครบทุกประเด็นในการศึกษาวิจัย ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการสื่อสารเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและชัดเจน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี

๙. ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า พยาบาลยังขาดองค์ความรู้และทักษะเฉพาะทาง จึงควรจัดการอบรมให้ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการประเมินแบบองค์รวม การควบคุมอาการ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อยกระดับศักยภาพของบุคลากรให้สอดคล้องกับรูปแบบ PNCM (Palliative-Nurse Care Model) ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะพยาบาลในด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

2) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องอาศัยความร่วมมือของทีมงานที่หลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร จึงควรมีการจัดตั้งระบบการประสานงานอย่างชัดเจน พร้อมมีแผนติดตามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย ดังนั้น ควรจัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3) ควรขยายการนำรูปแบบ PNCM (Palliative-Nurse Care Model) ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ เนื่องจากผลการประเมินแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ PNCM มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทจริง และสามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงควรมีการส่งเสริมให้นำรูปแบบนี้ขยายไปสู่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่นของ จังหวัดหรือภูมิภาค เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ครอบคลุมมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....อยู่ในระหว่างการดำเนินการ.....

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี สัดส่วนของผลงาน..... ๑๐๐.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(.....นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี.....)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๑๙ / สิงหาคม / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(.....ทอวณัฐ ธีระพงษ์.....)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(วันที่) ๑๙ / สิงหาคม / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

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

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ขำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการชีวาภิบาล “จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน” จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง การดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมากมีความประสงค์ที่จะใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายในบ้านและชุมชนท่ามกลางครอบครัว แต่ระบบบริการเดิมมักมุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความแออัดและภาระค่าใช้จ่ายสูง และเพื่อลดความแออัดและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการชีวาภิบาลที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างทีมโรงพยาบาลและทีมชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์ การพัฒนาระบบบริการชีวาภิบาล “จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน” เป็นแนวทางที่มุ่งให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัคร และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับบริบทจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งและมีทุนทางวัฒนธรรม-ศาสนา ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

๓.๒ แนวความคิด จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน จนถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมถึงชุมชนที่มีความเข้มแข็งทางวัฒนธรรมและการช่วยเหลือเกื้อกูล แต่การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (End-of-life) ยังมีความไม่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ถึงระดับที่ควรจะเป็นแนวคิด “จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน” จึงมุ่งเน้นการเชื่อมต่อระบบการดูแลอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Care) และการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เต็มประสิทธิภาพ

แนวคิดหลักของรูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย

๑) การบูรณาการระบบบริการ

- โรงพยาบาล : วางแผนการดูแล (Care Plan) จัดทีมสหวิชาชีพ ประเมินความต้องการ และจัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็น
- ชุมชน : มีทีมดูแลต่อเนื่อง (Community Palliative Team) ประกอบด้วย รพ.สต., อสม., องค์กรชุมชน และองค์กรศาสนา
- ระบบส่งต่อข้อมูล : ใช้แพลตฟอร์มกลางหรือ Telehealth เพื่อติดตามและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๒) การเสริมศักยภาพบุคลากรและครอบครัว

- จัดอบรมบุคลากรทุกระดับด้านการดูแลแบบชีวาภิบาล
- ให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ใช้สื่อการเรียนรู้และกลไกให้คำปรึกษา ๒๔ ชั่วโมง

๓) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและสังคม

- ประสานงานกับพระสงฆ์ ผู้นำศาสนา หรือที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณ
- จัดกิจกรรมเยียวยาจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว
- ส่งเสริมการยอมรับและความเข้าใจต่อการดูแลระยะท้าย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๒ แนวความคิด (ต่อ)

๔) กลไกติดตามและประเมินผล

- ประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว
- ติดตามจำนวนผู้ป่วยที่สามารถดูแลต่อในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ
- ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

๓.๓ ข้อเสนอ มุ่งพัฒนารูปแบบการบริการที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Palliative Care System) โดยใช้ศักยภาพของเครือข่ายชุมชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนและยั่งยืน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑) ข้อจำกัดด้านโครงสร้างและระบบบริการ

- การเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในชุมชนยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนหรือซ้ำซ้อน
- มาตรฐานการดูแล ระหว่างหน่วยงานอาจแตกต่างกัน ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสอดคล้องกันทุกระดับ
- ทรัพยากรด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยหายใจ และอุปกรณ์เคลื่อนย้าย มีจำนวนจำกัดในชุมชน
- การประสานงานหลายภาคส่วน ยังไม่เป็นระบบ มีความซ้ำซ้อนหรือขาดความต่อเนื่อง

๒) ข้อจำกัดด้านบุคลากร

- จำนวนบุคลากร ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านชีวิบาลยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะใน รพ.สต. และชุมชนห่างไกล
- ภาระงานสูง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่อง ทำได้ไม่เต็มที่
- ขาดการอบรมต่อเนื่อง ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับบุคลากรทุกระดับ
- ความ เข้าใจและทักษะด้านการดูแลแบบองค์รวม (กาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) ของบุคลากรยังไม่ครอบคลุม

๓) ข้อจำกัดด้านครอบครัวและชุมชน

- ครอบครัวบางส่วน ขาดความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- ข้อจำกัดด้านเวลาและรายได้ ของผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่
- ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการชีวิบาล เช่น ความกลัวการพูดคุยเรื่องความตาย
- การมี จิตอาสาและเครือข่ายชุมชน ที่พร้อมสนับสนุนยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่

๔) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและนโยบาย

- งบประมาณสำหรับบริการชีวิบาลยังมีข้อจำกัด และไม่เป็นงบประมาณเฉพาะ
- นโยบายระดับจังหวัดและประเทศ แม้สนับสนุน แต่ยังขาดกลไกการบังคับใช้และติดตามที่ชัดเจน
- ขาดระบบจูงใจและสนับสนุน ให้บุคลากรและหน่วยงานในชุมชนมีแรงจูงใจในการให้บริการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น (ต่อ)

๕) ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

- ความพร้อมของ ระบบอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์สื่อสาร ในบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม
- ขาดระบบ Telehealth ที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล-ชุมชน-ครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วน ไม่ถนัดใช้เทคโนโลยี ทำให้การสื่อสารติดตามมีข้อจำกัด

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑) ด้านโครงสร้างและระบบบริการ

- สร้างระบบข้อมูลกลาง (Integrated Health Information System) เชื่อมโยงโรงพยาบาล-รพ.สต.-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น-หน่วยอาสา เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
- กำหนดมาตรฐานการดูแลชีวิธาภิบาล ที่ชัดเจน ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม (กาย-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ) และใช้คู่มือเดียวกันทุกหน่วยบริการ
- จัดระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านแบบไร้รอยต่อ โดยมีผู้ประสานงาน (Case Manager) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
- เพิ่มทรัพยากรและอุปกรณ์ เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยหายใจ ชุดดูแลที่บ้าน พร้อมระบบยืม-คืน

๒) ด้านบุคลากร

- อบรมและพัฒนาทักษะ บุคลากรทุกระดับในด้านชีวิธาภิบาล การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการสื่อสารเชิงลึก
- จัดทีมสหสาขาวิชาชีพ (Palliative Care Team) ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และจิตอาสา
- ลดภาระงานอื่นที่ไม่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรมีเวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
- สร้างแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ สิทธิลาพักผ่อนเพิ่ม หรือการยกย่องเชิงสัญลักษณ์

๓) ด้านครอบครัวและชุมชน

- จัดอบรมผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- สร้างเครือข่ายจิตอาสาในชุมชน ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการเยี่ยม ให้กำลังใจ และช่วยกิจวัตรประจำวัน
- ใช้วัฒนธรรมและศาสนา เป็นเครื่องมือสนับสนุนจิตใจ เช่น การทำพิธีกรรม การปรึกษาผู้นำชุมชน หรือพระสงฆ์
- พัฒนากลไกกองทุนชุมชน เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็น

๔) ด้านงบประมาณและนโยบาย

- ผลักดันงบประมาณเฉพาะ สำหรับชีวิธาภิบาลในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
- บูรณาการงบจากหลายแหล่ง เช่น กองทุนสุขภาพตำบล อปท. สปสช. และ CSR จากภาคเอกชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๕ แนวทางแก้ไข (ต่อ)

๔) ด้านงบประมาณและนโยบาย (ต่อ)

- กำหนดนโยบายระดับจังหวัด ให้บริการชีวาภิบาลเป็นภารกิจสำคัญและมีตัวชี้วัดชัดเจน
- ติดตามประเมินผลเป็นระบบ เพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

๕) ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

- พัฒนา Telehealth / Teleconsult เชื่อมโรงพยาบาลกับชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย
- จัดทำคู่มือและสื่อออนไลน์ ที่เข้าใจง่าย ให้ครอบครัวสามารถเรียนรู้การดูแลได้ด้วยตนเอง
- พัฒนาระบบแจ้งเตือนนัดหมายและติดตาม ผ่านแอปหรือไลน์ออฟฟิเชียล
- ปรับการสื่อสารให้เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น ใช้สื่อเสียง วิดีโอ หรือสื่อชุมชนแทนข้อความตัวอักษรเพียงอย่างเดียว

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

แบ่งเป็น ๓ ระดับเพื่อให้เห็นชัดว่าประโยชน์ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

๔.๑ ระดับผู้ป่วย

- คุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน
- ลดความทุกข์ทรมานทางกาย จากอาการปวดและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
- ได้รับการดูแลต่อเนื่องและเหมาะสม ไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน
- มีโอกาสตัดสินใจอย่างมีศักดิ์ศรี เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในวาระสุดท้าย

๔.๒ ระดับครอบครัวและชุมชน

- ครอบครัวมีความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดความกังวลและความเครียด
- ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนเข้มแข็งขึ้น ผ่านการช่วยเหลือและการมีส่วนร่วม
- ชุมชนมีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ
- ลดภาระค่าใช้จ่าย จากการเดินทางและการนอนโรงพยาบาลซ้ำซ้อน

๔.๓ ระดับระบบบริการและนโยบาย

- เกิดระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า ลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น
- เกิดต้นแบบโมเดลบริการชีวาภิบาลระดับจังหวัด ที่สามารถขยายผลสู่จังหวัดอื่น
- มีข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับพัฒนานโยบายสุขภาพระยะยาว
- ยกระดับภาพลักษณ์การบริการสาธารณสุขจังหวัด ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านชีวาภิบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

แบ่งเป็น ๓ ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์ของผู้ป่วย กระบวนการ และระบบบริการ

๕.๑ ด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยและครอบครัว (Outcome Indicators)

- คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วย (วัดด้วยเครื่องมือเช่น WHOQOL หรือ ESAS) ดีขึ้น $\geq 20\%$ หลังเข้ารับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ต่อ)

๕.๑ ด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยและครอบครัว (Outcome Indicators) (ต่อ)

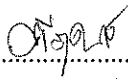
- อัตราการควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ $\geq 90\%$
- อัตราผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในสถานที่ที่ต้องการ $\geq 80\%$
- ความพึงพอใจของครอบครัว ต่อการดูแล $\geq 90\%$
- จำนวนวันนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดลง $\geq 30\%$ เมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาโครงการ

๕.๒ ด้านกระบวนการบริการ (Process Indicators)

- ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียน ในระบบชีวาภิบาล $\geq 95\%$
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) $\geq 90\%$
- จำนวนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามเกณฑ์ $\geq 90\%$
- ร้อยละของการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ รพ.สต./ชุมชน ที่ครบถ้วน $\geq 95\%$
- จำนวนบุคลากรและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย $\geq 95\%$ ของเป้าหมาย

๕.๓ ด้านระบบและความยั่งยืน (System & Sustainability Indicators)

- การมีเครือข่ายชีวาภิบาลระดับจังหวัด ที่มีการประชุมและติดตามผลอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี
- การบูรณาการแผนงานเข้าสู่ระบบบริการปกติของจังหวัด ภายใน ๒ ปี
- งบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง จากหน่วยงานท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข $\geq 80\%$ ของความต้องการ
- การขยายผลสู่ชุมชนอื่นในจังหวัด อย่างน้อย ๕๐% ภายใน ๓ ปี
- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยและรายงานผลการดำเนินงาน ที่สามารถใช้วางแผนและวิจัยต่อได้

(ลงชื่อ) 

(นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๙ / ธันวาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๕.๔.ด้านการบริการ

๑.) ให้คำปรึกษา อำนาจการ ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ได้บังคับบัญชา ผู้ให้บริการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานและดูแลตัวเองได้ ได้แก่การประชุมชี้แจง ถ่ายทอดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี และกระทรวงสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของโรงพยาบาล

- จัดประชาคมชุมชนในเขตเทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

- จัดกิจกรรมกลุ่มในคลินิก เพื่อให้ผู้รับบริการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด - ๑๙ ระดับอำเภอ ในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาแบบ HI/OPSI
- จัดทำกรอบอัตรากำลัง CM อำเภอเหล่าเสือโก้ก ที่ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาแบบ HI/OPSI
- จัดระบบการให้บริการ การบริหารจัดการ การให้การดูแลผลข้างเคียง ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ ระดับอำเภอ ทั้งส่วนโรงพยาบาลและชุมชน
- กำหนดแนวทาง และรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโควิด - ๑๙ ที่ตรวจด้วยตนเองระดับอำเภอ
- จัดทำกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน
- วิเคราะห์ภาระงาน

๒.) กำหนดแนวทาง รูปแบบ วิธีการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้สอดคล้องภารกิจขององค์กร โดยใช้สื่อต่างๆ เช่น วิทยุทัศน์, website, Line

๓.) จัดทำฐานข้อมูลระบบสารสนเทศที่เกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม HI ,โปรแกรม Thai COC โปรแกรม TCB , โปรแกรม (LTC) สปสช โปรแกรม Boo Book โปรแกรม U-Home โปรแกรม Cancer Anywhere เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑.เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ๒ ราย

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ – ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.ความรู้ความชำนาญงาน

๓.๑.๑.กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของสมอง ซีรีบรัมเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดของสมอง และเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่นึกภาพเมื่อนึกถึงสมอง มันถูกแบ่งออกเป็นสองซีกหรือซีกโลก และชั้นนอกของมันมีรอยพับขนาดใหญ่ และเนื้อเยื่อที่ช่วยให้สมองมีลักษณะเป็นรอยย่น ซีรีบรัมมีหน้าที่ในการประมวลผลการทำงานของประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส และเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกายของคุณ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่มาของสติปัญญาและช่วยให้คุณสามรถคิด วางแผน อ่าน เก็บความทรงจำ และประมวลผลอารมณ์ ท่ามกลางงานอื่นๆ มากมาย การบาดเจ็บและโรคต่างๆ ของสมองอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง และโดยการขยายอาจส่งผลต่อวิถีคิด การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือความรู้สึก สมองเป็นอวัยวะหลักของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และสมองคือส่วนที่ใหญ่ที่สุดของสมอง สมองลอยอยู่ในกะโหลกศีรษะ

ที่ถูกระงับโดยน้ำไขสันหลัง (CSF) ซึ่งทำหน้าที่เป็นโช้คอัพและรักษาความดันภายในสมอง ซีรีบรัมโดยเฉลี่ยแล้วสมองของมนุษย์มีน้ำหนักประมาณ ๓ ปอนด์ (๑๓๐๐-๑๔๐๐ กรัม)

๓.๑.๒. การไหลเวียนของเลือดในสมอง คือการไหลเวียนของเลือดผ่านเครือข่ายของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในสมองที่ส่งเลือดไปเลี้ยง สมอง อัตราการไหลเวียนของเลือด ในสมอง ในผู้ใหญ่โดยทั่วไปอยู่ที่ ๗๕๐ มิลลิลิตรต่อนาทีหรือประมาณ ๑๕% ของปริมาณ เลือดที่สูบฉีดออกจาก หัวใจ หลอดเลือดแดง ส่งเลือดที่มีออกซิเจนกลูโคสและสารอาหารอื่นๆ ไปยังสมองหลอดเลือดดำส่งเลือดที่ "ใช้แล้วหรือหมดไป" กลับไปที่หัวใจเพื่อการจัดคาร์บอนไดออกไซด์กรดแลคติกและผลิตภัณฑ์จากการเผาผลาญ อื่นๆ หน่วยหลอดเลือดและเส้นประสาทควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเพื่อให้เซลล์ประสาทที่ทำงานอยู่ได้รับพลังงานในปริมาณที่เหมาะสมและในเวลาที่เหมาะสม^(๑) เนื่องจากสมองจะได้รับความเสียหายอย่างรวดเร็วจากการหยุดจ่ายเลือด ระบบไหลเวียนเลือดในสมองจึงมีมาตรการป้องกัน เช่นการควบคุมหลอดเลือดโดยอัตโนมัติ หากมาตรการป้องกันเหล่านี้ล้มเหลว อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียนเรียกว่าการไหลเวียนเลือดในสมอง การเร่งความเร็วที่รุนแรงกะทันหันจะเปลี่ยนแรงโน้มถ่วงที่รับรู้โดยร่างกายและอาจทำให้การไหลเวียนของโลหิตในสมองและการทำงานปกติลดลงอย่างรุนแรงจนถึงขั้นกลายเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตได้

๓.๑.๓. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง (CVD: Cerebrovascular disease) หรือ (CVA: Cerebrovascular accident) หรือ (Stroke) คือความผิดปกติในระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีเนื่องจากหลอดเลือดสมอง เป็น กลุ่มที่มีการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เกิดการทำลายเซลล์สมองให้สูญเสียหน้าที่ (Neurological deficit) และสูญเสียหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ (กิตติพันธ์ ฤกษ์ เกษม, ๒๕๕๘)

กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช และภาวะสมองบกพร่อง ผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็น กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว แบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะพึ่งพิง หรือความรุนแรงของโรค โดยการใช้คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี บาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนนและตามหลักเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จำแนกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น ๔ กลุ่มได้แก่

กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกินการขับถ่าย

กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

๓.๑.๔. กระบวนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความพิการเกิดขึ้น มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมรอบตัวผู้ป่วย รวมถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย

๓.๑.๕. การวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งการดูแลที่บ้านและชุมชน ส่งเสริมให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการบริการสุขภาพ

อย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความ มั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของ ตนเอง

๓.๑.๖.ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา เป็นการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการรักษา ได้แก่

การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เนื้อสมอง บางส่วนจะขาดเลือดอย่างมากจนเนื้อสมองตาย ไม่สามารถทำงานได้ (ischemic penumbra zone) แต่ถ้า สามารถแก้ไขให้เลือดสามารถกลับมาเลี้ยงสมองได้อย่างพอเพียงด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะทำให้ เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีก

การให้ยาด้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) แอสไพริน (aspirin) เป็นยาด้านเกร็ดเลือด เพียง ชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันซ้ำ

๓.๒.แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

๓.๒.๑.ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการรักษา สถาบันประสาทวิทยา

กรมการแพทย์ (ฉบับสมบูรณ์ ๒๕๕๘)

๓.๒.๒.กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ ของกอร์ดอน

๓.๒.๓.ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem's self care rheory)

๓.๒.๔.การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียง

๓.๒.๕.แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

๓.๒.๖.แนวคิดการเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากการการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ๒ ราย ต้องการรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ในรายที่ไม่ใช้สารเสพติด กับรายที่ใช้สารเสพติด พบว่า โรคหลอดเลือด สมองในรายที่ใช้สารเสพติด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีความรุนแรงมากกว่า เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติด ทำให้จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง อัตราการหายใจเร็ว ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะเหมือ และอุณหภูมิของร่างกายสูง ทำให้ให้เส้นเลือดในสมอง ตีบ ตัน แตก ทำให้หลอดเลือดรั่วหรือรั่วไหล ส่งผลให้เกิด โรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความพิการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต สุดท้ายการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้เร็วขึ้น

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือด สมอง หรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า STROKE เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เกิดจากหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงสมอง ตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้ เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการสมองขาดเลือดจะเกิดแบบเฉียบพลัน มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะมาก ตามัวมองเห็น ไม่ชัด โดยอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 รายเพื่อนำมาเปรียบเทียบ ตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนการพยาบาล ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวและชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

๑.ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน : การวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยม - เตรียมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลจาก COC ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากโปรแกรม ผลการรักษา ทั้งหมด ประสานข้อมูลกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ ประสานเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชน นำข้อมูลปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยม การดูแล ช่วยเหลือด้านต่างๆ

๒.ระยะเยี่ยมบ้าน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESS ให้การดูแลตามปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๓.ระยะหลังเยี่ยมบ้าน สรุปปัญหาที่พบ และการรักษาที่ให้ แล้วบันทึกข้อมูล สรุกรณีศึกษา และข้อเสนอแนะการนำไปใช้

เป้าหมายของงาน

เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ๒ ราย ระหว่างผู้ป่วยโรคสมองหลอดเลือดที่ไม่ใช้สารเสพติด กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้สารเสพติด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทยอายุ ๕๒ ปี สถานภาพ คู่ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ อาชีพ เกษตรกรกรรม สิทธิการ รักษา ประกันสุขภาพใน เขต มารับการรักษาโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก เมื่อ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ Dx Hemorrhagic stroke ระยะเวลาศึกษา วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๙ ธันวาคม. ๒๕๖๖	ชายไทยอายุ ๘๑ ปี สถานภาพหม้าย การศึกษา ประถมศึกษา ปีที่ ๔ อาชีพเกษตรกรกรรม สิทธิการ รักษาประกัน สุขภาพในเขต รับการ รักษาโรคหลอดเลือด สมอง โรงพยาบาลเหล่า เสือโก้กเมื่อ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ Dx Ischemic Stroke DM HTระยะเวลาศึกษา วันที่ ๓ กค ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๙ พ.ย. ๒๕๖๖	กรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นเพศชายที่มีอายุ แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ ๑ ไม่มีโรคร่วม ผู้ป่วยราย ที่ ๒ มีโรคร่วมคือ HT c DM
อาการสำคัญ	ชักซ้ายอ่อนแรงมีอาการ สับสนถามตอบไม่รู้เรื่อง เป็นบางครั้งลุกนั่งโดยมี คนช่วยพยุง เป็นมา ๖ เดือน	แขนขาซ้ายอ่อนแรง หลังล้มเดินไม่ได้เป็นเวลา ๑ เดือน และปัจจุบัน สามารถเดินได้เอง	ทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง รายที่ ๑ เป็นผู้ป่วยอายุ ๕๒ ปี รายที่ ๒ เป็นผู้ป่วย สูงอายุ

ผลการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	๑๑/๗/๖๖ ๒ ชม.เดินเข ลุ่ม อาเจียนแขนขาข้าง ซ้ายอ่อนแรงง่วงซึม ตลอด DTX ๑๒๔mg% Et๒๓M๖ pupil ๒ mm Slightly react to light both eye, Left facial palsy motor power Right Grade IV, Left Grade II NIHSS Score ๒๐ refer รพ.๕๐ พรรษา รพ.๕๐ พรรษา รับcase ประเมินอาการ พิจารณา refer ต่อ รพ.สปส.Neuro Sx.admit	๒/๖/๖๖ ๑๔วันเดิน หกล้มศีรษะไม่กระเทก พื้นวันนอนแล้วลุกไม่ ขึ้นขาแขนขาซ้ายอ่อน แรง พูดสับสน ขาดยา DM HT มา ๑เดือน pupil ๓ mm Motor power Upper V/IV Lower V/V DTX ๓๔๓mg% refer รพ. ๕๐ พรรษา admit ๑วัน Refer กลับมารักษาต่อที่ รพ.เหล่าเสือโก้ก ๓วัน D/C กลับบ้าน	ทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วย ได้รับการ ดูแลฟื้นฟู ต่อเนื่องในระบบ Long term care ต่อเนื่อง เหมือนกัน ต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็น ผู้ป่วย ที่มีอาการแทรก ซ้อนทางสมองรายที่ ๒ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรค ร่วมการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ผลการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย (Patient profile or personal history)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต	ใช้สารเสพติด(ยาบ้า) ติดต่อกัน ๒๐ ปี เข้ารับ การบำบัดครบ ปี ๒๕๖๓ แบบMatrix program ที่ โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก	๒๐ ปีก่อนมีประวัติ ป่วย เป็น DM HT รับประทาน สลด.ใกล้บ้าน	ผู้ป่วยรายที่ ๑ประวัติใช้ สารเสพติดผู้ป่วยรายที่ ๒ ประวัติ ป่วย DM HT
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ไม่มีประวัติสมาชิกใน ครอบครัวป่วยด้วย โรค หลอดเลือดสมอง หรือ โรคอื่นๆเช่น เบาหวาน ความดัน	มีประวัติสมาชิกใน ครอบครัวป่วยด้วย ความ ดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยรายที่๑ ไม่มี ประวัติการเจ็บป่วย ใน ครอบครัว ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีประวัติญาติสายตรง ป่วยความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี	ไม่แพ้ยา อาหารหรือ สารเคมี	ไม่แพ้ยา อาหารหรือ สารเคมี	ทั้ง ๒ ราย ไม่มีประวัติ แพ้ใดๆ

ผลการศึกษา (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษารายที่ ๑				กรณีศึกษารายที่ ๒			
การตรวจ	ค่าปกติ	๑๑ กค.๖๖	๒๔ พย.๖๖	การตรวจ	ค่าปกติ	21 เมย.66	2 มิย.66
BUN	๕-๒๐.๐	๑๖.๓	NA	BUN	9-20.0	16	14.1
Cr	๐.๖๖-๑.๒๕	๐.๙๖	๐.๗๗	Cr	0.66-1.25	1.2	1.32
eGFR	>๖๐	๘๖.๗๗< stage >	๙๙.๓๓< stage I>	eGFR	>60		50.24< stage>
Hb	๑๓ - ๑๘	๑๑.๗	๙.๕	Hb	13 - 18	Na	13.9
Hct	๔๐ - ๕๔	๓๘	๒๙	Hct	40 - 54	NA	42
WBC	๔,๕๐๐-๑๐,๐๐๐	๕,๐๖๐	๖,๙๘๐	HbA1c	0-6	11.13	Na
FBS	๗๐-๑๐๐	๑๒๙	NA	FBS	70-100	100	343
				SGOT	17 - 59	Na	118
				SGPT	0 - 50	NA	109
				ALKP	38 - 126	NA	202
				LDL	<130	98	NA

ผลการศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การประเมินสภาพร่างกาย อาการแรกเริ่ม	เดินเซ ล้ม อาเจียนแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงง่วงซึมตลอด DTX ๑๒๙mg%% E๒V๓M๒ pupil ๒ mm Slightly react to light both eye, Left facial palsy motor power Right Grade IV, Left Grade II NIHSS Score ๒๐ refer รพ.๕๐ พรรษา รพ.๕๐ พรรษา รับcase ประเมินอาการพิจารณา refer ต่อรพ.สปส.Neuro Sx.admit	เดินหกล้มศีรษะไม่กระแทกพื้น๑วันนอนแล้วลุกไม่ขึ้นขาแขนข้างซ้ายอ่อนแรง พูดสับสนขาดยา DM HT มา ๑ เดือน pupil ๓ mm Motor power Upper V/V Lower V/V DTX ๓๔๓mg% refer รพ. ๕๐ พรรษา	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเหมือนกันคือเป็น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายที่ ๑ ถามตอบไม่รู้เรื่องง่วงซึมตลอด รายที่ ๒ ถามตอบพอรู้เรื่องมีอาการสับสนบ้างยังช่วยตัวเองได้บ้าง โดยแตกต่างกันในระยะเวลาในการป่วยรายที่ ๑ มีอาการ ๒.ชม. รายที่ ๒ มีอาการมา๑วัน

ผลการศึกษา (ต่อ)

การรักษา	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
การรักษา	-Lorazepam(๐.๕) ๑ tab q ๑๒ hr. - Lorazepam ๑mg ๒ tab hs -Piracetum ๔๐๐ mg ๑ x ๓ pc -Vitamin B co. ๑ x ๓ pc	-Aspirin ๘๑ mg ๑ tab O.D.pc - Omeprazole ๑ tab O.D. ac -Simvastatin ๑ tab h.s. - Vitamin B co. ๑ x ๒ pc - Folic acid ๕mg.๑ tab O.D.pc - Amlodipine ๑๐ mg ๑ tab O.D.pc - Mixtrad insulin SC ๑๒-๔ - Lorsatan ๕๐ mg ๑ tab bid pc - Ferrous fumarate ๑ tab bid pc - sodamint ๓๐๐ mg ๑ tab tid pc - calcium carbonate ๑๒๕๐ mg ๑ tab O.D.pc - Aspirin ๓๐๐ mg ๑ tab O.D.pc

ผลการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ INHOMESS

INHOMESS	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
I: การเคลื่อนไหว (Immobility)	เคลื่อนไหวได้น้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรง ADL ๐ คะแนน ภรรยาเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการอุ้ม	เคลื่อนไหวได้ปกติ แขนขาซ้ายเคลื่อนไหวได้ปกติ ADL ๑๐คะแนน เดินได้เองแต่ต้องยังมีคนคอยดูแล	ผู้ป่วยรายที่ ๑ ต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วย ทำกิจวัตรทั้งหมด ผู้ป่วยรายที่ ๒ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บ้าง มีญาติช่วยบางส่วน
N: อาหาร (Nutrition)	สามารถกินอาหารเองได้โดยญาติช่วยป้อนแต่ต้องเป็นอาหารเหลว	รับประทานอาหารได้โดยมีญาติช่วย เตรียมให้ รับประทานอาหารอ่อนหรือ อาหารปกติทั่วไป หลานสาวเป็นคนดูแลจัดหา	ผู้ป่วยรายที่๑เสี่ยงต่อได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยรายที่ ๒ สามารถรับประทานอาหาร หลากประเภทได้ โดยมีญาติคอยช่วยเตรียมให้
H: สภาพบ้าน (Home Environment)	บ้านไม้ ๑ ชั้นไม่มีการกันห้องที่มีตชิดทำให้ในฤดูฝนใช้ชีวิตลำบาก มีพื้นที่รอบบริเวณบ้าน มีห้องน้ำ ห้องส้วม บ้านอยู่ห่างจากชุมชนอากาศถ่ายเทดี ไม่มีขยะมูลฝอย	บ้านที่อยู่เป็นบ้านปูน๑ ชั้น รอบบริเวณบ้าน มีห้องน้ำ ห้องส้วม แยกจากตัวบ้านห่างประมาณ ๑๐๐ เมตรบ้านอยู่ห่างจากชุมชนอากาศถ่ายเทดี ไม่มีขยะมูลฝอย	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสภาพบ้านที่แตกต่างกัน รายที่ ๑ เป็นบ้านไม้ ไม่มีห้องนอนกันเป็นสัดส่วน รายที่๒ เป็นบ้านปูน๑ชั้น มีห้องนอนกันเป็นสัดส่วน

ผลการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ INHOMESS

INHOMESS	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
O: สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other People)	ครอบครัวที่อยู่รวมบ้านมีสมาชิก ๔ คน ผู้ป่วย ภรรยาและหลานสาว ๒ คน ลูกสาวเป็น ผู้ดูแล รับจ้างเป็นเสาหลัก หา รายได้ส่งมาให้ครอบครัว ของใช้ที่จำเป็นให้ทุก เดือน ซึ่งค่าใช้จ่ายไม่ เพียงพอ	ครอบครัวที่อยู่รวมบ้านมีสมาชิก ๑ คน ผู้ป่วย อาศัยอยู่คนเดียวโดยมี หลานสาวบ้านข้างกันมา ดูแลให้ทุกเรื่อง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความ แตกต่างกันรายที่ ๑ มี ภรรยาดูแลใกล้ชิด รายที่ ๒ มีหลานสาวดูแลซึ่งอยู่ บ้านคนละหลัง
E: การตรวจร่างกาย (Examination)	E๔V๔M๕ pupil ๒.๕ mm RTL BE RTL.BE, motor power Right Grade IV, Left Grade II สัญญาณชีพ T ๓๖.๘ °C, PR = ๘๘/min, RR=๒๐/min BP=๑๑๕/๗๖ mmHg, SpO๒ ๙๘ %	E๔V๔M๖ pupil ๒.๕ mm Motor power Upper V/V Lower V/V สัญญาณชีพ T ๓๖.๕ °C, PR = ๘๐/min, RR=๑๘/min BP=๑๒๒/๗๒ mmHg, SpO๒ ๙๙ %	ผู้ป่วยรายที่ ๑ สื่อสารทำ ตามคำบอกได้เป็นบาง เรื่อง รายที่ ๒ พูดสื่อสาร ได้ตอบได้มีหลงลืมบ้าง
S: ความปลอดภัย (Safety)	มีการจัดห้องสำหรับ ผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้ดูแล นอนเฝ้าตอนกลางคืน ภายในบ้านมีการจัดวาง ของเป็นระเบียบ มีเวลา ป้อนอาหารจัดให้ผู้ป่วย นั่งทาน	บ้านมีการจัดที่นอน สำหรับผู้ป่วยอยู่ใน ห้องโถง ของบ้าน โดย แยกไว้มุมห้อง นอนบน พูกสูงจากพื้นประมาณ ๑ ฟุต ไม่ สามารถปรับ ระดับได้	รายที่ ๑ มีญาติดูแล ใกล้ชิดตลอดเวลาทั้ง กลางวันกลางคืนผู้ป่วย รายที่ ๒ ต้องอาศัยอยู่ บ้านคนเดียวหลานสาว มาดูแลเป็นเวลา
S: สุขภาวะทางจิต วิญญาณ (Spiritual health)	ภรรยามีความผูกพันกับ ผู้ป่วยมาก ต้องการดูแล ผู้ป่วยให้ดีที่สุด	หลานสาวมีความผูกพัน กับผู้ป่วยเนื่องจากมา อาศัยอยู่กับหลานมานาน	ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุน ทางจิต วิญญาณที่ เหมาะสม
S: แหล่งให้บริการ สุขภาพที่ใกล้บ้าน (Services)	- ครอบครัวรับบริการที่ รพ.สตและโรงพยาบาล เหล่าเสือโก้ก เป็นหลัก - กรณีฉุกเฉินสามารถ เรียกบริการ ๑๖๖๙ ได้ - รับบริการการเยี่ยมจาก CG และ ทีม COC	- รับบริการจากรพ.สต และโรงพยาบาลเหล่า เสือโก้ก เป็นส่วนใหญ่ - รับบริการการเยี่ยมจาก CG และ ทีม COC - มีบริการรถ ๑๖๖๙ ใน ตำบล สามารถเรียกใช้ บริการได้เวลา ฉุกเฉิน	มีสถานบริการหรือแหล่ง ให้บริการ สุขภาพใกล้ บ้าน มีการให้บริการเชิง รุกและการดูแล ต่อเนื่อง ในชุมชนโดยทีม สาธารณสุข และ เครือข่ายที่เหมาะสม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

บทบาทพยาบาลในการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สิ่งสำคัญคือการประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การวางแผนให้การพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะระหว่างเยี่ยมบ้านและสรุปปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการดูแลต่อไประยะหลังเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคลงได้

ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่บ้าน และพัฒนาคุณภาพการ บริการของทีมสุขภาพ

ผลกระทบ

๑. ผลกระทบด้านร่างกาย

๑.๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนัก ยกไม่ขึ้นการเคลื่อนไหวลำบากหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้ก็จะเกิดอาการเกร็ง มีอาการงอของข้อศอก นิ้วมืองอแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้การงอข้อลำบากเกิดข้อติด

๑.๒. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ คือ

๑.๒.๑ ไม่สามารถเข้าใจความหมายสื่อ ภาษา (sensory aphasia) เกิดจากการทำลายบริเวณ Wernicke's area ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แม้มองเห็น (Visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน

๑.๒.๒ ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (motor aphasia) เนื่องจากการทำลายบริเวณ Broca's area ผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยินได้ แต่จะไม่สามารถพูดหรือเขียน บางครั้งออกเสียงไม่เป็น ภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค

๑.๓. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความผิดปกติเส้นประสาทควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้

๑.๔. ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด อุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่เป็นอัมพาต

๑.๕. การมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อยที่สุดคือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองข้างไม่สามารถมองเห็น ซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตาและระยะการมองเห็น

๑.๖. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปหรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา

๑.๗. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะค้าง หรือไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

๑.๘. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศ สัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลงอวัยวะเพศไม่แข็งตัว

๒. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จะมีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ซึ่งได้แก่มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

๒.๑. การสูญเสีย ได้แก่ เสียความภูมิใจในตัวเอง เสียความรู้สึกมั่นคง สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่หวังไว้ อารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียคือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับได้จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา

๒.๒. ความเครียด เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย รวมทั้งการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

๒.๓. ความวิตกกังวล เป็นพื้นฐานการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนานที่กระทำออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์การรับรู้แขนขาอ่อนแรงมากขึ้นและความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมีผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย คือ ใจสั่น แขนหน้าอกเหนียว หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ถ่ายเหลว กลั้นปัสสาวะไม่ได้

๒.๔. ความก้าวร้าว เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทบทำลายสิ่งของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการหงุดหงิด หดหู่ได้ง่าย

๒.๕. ภาวะซึมเศร้า พบผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา

๓. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมดังนี้ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ผู้ป่วยกับสังคมและบทบาทในสังคม

๔. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นไม่ว่าเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตามจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาท พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองตีบ นำไปสู่การเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้ ปัญหาด้านการพูด และการสื่อสาร ด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งต้องใช้เวลาในการพักฟื้นนาน ร่วมกับผู้ป่วยมีปัญหาในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ เป็นผู้ด้อยโอกาส ไม่มีรายได้ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ต้องสร้างสิ่งนี้

๑. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

๒. การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยแทนบุคลากรทางการแพทย์ได้ การปรับวิธีการดูแล ให้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัวจะช่วยลดความกดดันและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้มากขึ้น

๓. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องมีองค์ความรู้หลายด้านทั้งทางวิชาการ และทักษะทางสังคมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครบทุกมิติ

๔. การสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ ๑ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ข้อที่ ๒ ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเรื่องภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค ข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แข็งเนื่องจากร่างกาย เคลื่อนไหวลดลง ข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้ ข้อที่ ๕ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากภาวะทางสมองมีอาการสับสน	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ ๑ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและหลงลืม ข้อที่ ๒ ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเรื่องภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค ข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อการหกล้มจากการเข้าห้องน้ำเนื่องจากต้องเดินไปเข้าห้องน้ำที่แยกไปจากตัวบ้าน	- การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการประเมินอาการ สภาพปัญหาที่ส่งต่อจากทีมในชุมชน และ การวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ ๒ และครั้งที่ ๓

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ ๑	ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ ๒	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ ๑ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงสมองมี อาการสับสนมา ๖ เดือน	-ผู้ป่วยสูงอายุ หัดเดินเองได้มีอาการหลงลืมบ้าง	๑.สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามผู้ดูแล ถึงการช่วยทำกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรคและตอบข้อซักถามในข้อสงสัย ๒.ประเมินสภาพร่างกาย โดยประเมิน ADL ๓.ให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ดูแลทำไม่ได้และไม่เข้าใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ๔.ดูแล Passive exercise เพื่อกระตุ้น การไหลเวียนของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อ ติดแข็ง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ ๑	ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ ๒	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อที่ ๒ ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวล เรื่องภาวะพึ่งพา ของผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค	ประวัติ ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพามา ๖ เดือน ภรรยาต้องดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา และเลี้ยงหลานอายุ ๔,๕ ปี ๒ คน รายได้ไม่เพียงพอ	ประวัติผู้ป่วยสูงอายุมีอาการหลงลืม หลานสาวต้องดูแลเป็นหลัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีครอบครัวดูแล	๑. พุดคุยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ๒. ช่วยเหลือดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต ๓. จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ๔. ชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถทำได้ดี ๕. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา
ข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด เนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินเองได้เป็นเวลา ๖ เดือน	ประวัติผู้ป่วยสูงอายุมีอาการหลงลืม หลานสาวต้องดูแลเป็นหลัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีครอบครัวดูแล	๑. ประสานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับ กายภาพบำบัด ๒. ให้คำแนะนำเรื่องสิ่งที่ผู้ดูแลทำไม่ได้และไม่เข้าใจเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
ข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ จากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้	๑. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาซ้ายอ่อนแรงสมองสั่งสมกลืนอาหารได้เฉพาะที่มันน้ำ	๑. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ทานอาหารได้หลายประเภท	๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา และสังเกตอาการสำคัญอาหารของผู้ป่วยหลังรับอาหาร ๒. ประเมินภาวะโภชนาการและจัดการด้านอาหาร ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทุก ๑ สัปดาห์
ข้อที่ ๕ การสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากภาวะทางสมองที่ใช้สารเสพติดติดต่อกันนาน	ก่อนป่วยใช้สารเสพติดนาน ๒๐ ปี มีอาการสับสนทำตามคำบอกได้บางเรื่อง	- พุดคุยรู้เรื่อง	- รายที่ ๑ ญาติต้องดูแลใกล้ชิดสังเกตความต้องการและอาการผู้ป่วย

๔. ข้อเสนอแนะ

๑. สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนได้
๒. ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนสุขภาพ ที่เปี่ยงเบนไปจากปกติและอยู่กับโรคร่วมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้
๓. การเสริมพลังอำนาจ(Empowerment) อย่างต่อเนื่องและในรูปแบบที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
๔. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงในชุมชน พยาบาลชุมชน จำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ ค้นคว้า และ ติดตาม ความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลอยู่เสมอ และควรวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

๕. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีความต้องการฟื้นฟูอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอและต้องใช้ระยะเวลานาน ในการฟื้นฟู ผู้ดูแล อาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือเหนื่อยล้าในการดูแลซึ่งต้องประสานการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver และทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ผู้ขอรับการประเมินได้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) สัดส่วนของผลงาน (ระบุร้อยละ)

๒) สัดส่วนของผลงาน (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางพรรณิ จารุเกษม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๒ / สิงหาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (นายณัฐวุฒิ พูลเขาล้าน)

(นายณัฐวุฒิ พูลเขาล้าน)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเหล่าเสือก

๒๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู และรักษาพยาบาล ปัจจุบันระบบบริการผู้ป่วยยังประสบปัญหาหลายประการ เช่น ระยะเวลา รอคอยนาน กระบวนการทำงานซ้ำซ้อน ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล การสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ยังไม่ทั่วถึง ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรและเทคโนโลยี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ และ คุณภาพการรักษาลดลง

ด้วยบริบทดังกล่าว โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยให้มีความทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างมาตรฐานการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการทางการแพทย์ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงสนับสนุนการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

สถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน แต่ยังคงพบปัญหา ที่ส่งผลกระทบ ต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยนาน กระบวนการบริการซ้ำซ้อนและไม่เป็น ระบบเดียวกัน การบันทึกและแลกเปลี่ยนข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เชื่อมโยงยาก บุคลากรมีภาระงานสูง ขาดการจัดการ ที่เหมาะสมความ คาดหวังของผู้ป่วยสูงขึ้นตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป

แนวความคิด

แนวความคิดในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล สามารถมองได้จากหลายมิติ โดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดระยะเวลาารอคอย ยกระดับคุณภาพการดูแล และสร้างความพึงพอใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางหลัก คือ ใช้เทคโนโลยีเสริมประสิทธิภาพ ออกแบบกระบวนการใหม่ให้ผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้เกิดการดูแลที่รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และสร้างความ พึงพอใจสูงสุด

ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยควรมุ่งไปที่ การใช้เทคโนโลยี การปรับกระบวนการ การยกระดับคุณภาพและ ความปลอดภัย การสร้างวัฒนธรรมบริการที่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ลดระยะเวลาารอคอย เพิ่มความสะดวก ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ข้อจำกัดหลักของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ งบประมาณจำกัด, ขาดบุคลากร, ข้อจำกัดทางเทคโนโลยี, ความไม่พร้อมของผู้ป่วย, ข้อจำกัดทางกฎหมาย และวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งการพัฒนาที่จะ ประสบความสำเร็จควรมี แผนรองรับข้อจำกัดเหล่านี้ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การหาทุนสนับสนุน, การสร้างความร่วมมือเครือข่าย และการออกแบบระบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

แนวทางแก้ไข

ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ควรมุ่งเน้นการ จัดการข้อจำกัด ที่มีอยู่ (งบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี ฯลฯ) และปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยมากขึ้น
๒. บุคลากรมีขีดความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. โรงพยาบาลมีระบบบริการที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน
๔. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติสูงขึ้น
๕. โรงพยาบาลมีภาพลักษณ์ที่ดีและเป็นที่ยอมรับของประชาชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยผู้ป่วยลดลงไม่น้อยกว่า ๒๐%
๒. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ $\geq 80\%$
๓. บุคลากรที่ผ่านการอบรม $\geq 90\%$
๔. ระบบบริการมีมาตรฐานและผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

(ลงชื่อ)

(นางพรณี จารุเกษม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๒ / สิงหาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) หมายถึง สารประกอบที่ผลิตหรือสร้างขึ้นโดยจุลินทรีย์ชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจเป็น แบคทีเรีย เชื้อรา หรือพวกแอคทีโนมัยซีทีส สารที่ผลิตได้นี้สามารถไปยับยั้งหรือชะลอการเจริญเติบโตของ จุลชีพกลุ่มใด กลุ่มหนึ่ง หรือมีฤทธิ์ไปทำลายจุลินทรีย์ กลุ่มนั้นๆ ได้ ยาปฏิชีวนะเป็นหนึ่งในยาต้านจุลินทรีย์ที่ออกฤทธิ์ เฉพาะกับเชื้อ แบคทีเรียแต่ไม่ครอบคลุมถึงเชื้อไวรัส โดยมีชื่อที่ใช้เรียกแทนกัน ได้คือ ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และ ยาต้านแบคทีเรีย ส่วนการดื้อยาด้านจุลินทรีย์ (Antimicrobial Resistance) หมายถึง ความสามารถของจุลินทรีย์ ในการเจริญเติบโตหรืออยู่รอดได้แม้สัมผัสกับยาต้านจุลินทรีย์ ที่ มีความเข้มข้นเพียงพอในการฆ่าหรือยับยั้งเชื้อใน สายพันธุ์เดียวกัน หรือสูงกว่าความเข้มข้นที่ใช้ในการป้องกันและรักษาโรค (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐)

๓.๒ ความปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชน

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการกำกับดูแลตาม กฎหมายยา จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ให้ยาขาดความ รู้อีกต้อง มีความเชื่อที่ผิดๆ และที่สำคัญ มีแหล่งจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม และผิดกฎหมายกระจายอยู่ทั่วไป ผลจากการสำรวจร้านค้าปลีกในระดับตำบลภายใต้โครงการส่งเสริมการใช้ยา ปลอดภัยในชุมชนของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔,๑๒๘ ร้าน (๒๓ จังหวัด) และปี ๒๕๖๑ จำนวน ๘๘๗ ร้าน (๒๘ จังหวัด) พบว่า ร้านค้าปลีกจำนวนมากขายยาอันตราย เช่น ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสเตียรอยด์ที่เป็ยาควบคุม พิเศษ นอกจากนี้ยังพบผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ เช่น ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ซึ่งมี หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาน้ำ ยาต้ม ยาหม้อ กษัยเสน ประดง เป็นต้น

การดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีทักษะใน คุ้มครองตนเองและ ครอบครัวในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะทำงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน ภายใต้การทำงานของคณะทำงานพัฒนาระบบเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ภาควิชาที่เกี่ยวข้องของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศูนย์วิชาการ เฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อาจารย์จากคณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลได้ร่วมกัน จัดทำแนวทางการ ดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้เกี่ยวข้องเฝ้าระวัง ในการดำเนินงานในชุมชน ที่จะต้องมีความเชื่อมโยงกันระหว่าง ๕ กิจกรรมหลัก อย่างเป็นระบบ การดำเนินงานอาจจะเริ่มจากการจัดทำระบบข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาใน โรงพยาบาล เพื่อส่งข้อมูลให้กับชุมชน นำไปแก้ไขปัญหในพื้นที่ เกิดการเฝ้าระวัง ความปลอดภัยด้านยาเชิงรุก ในชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนในชุมชน ให้ประชาชนและชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รวมถึงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน โดยการดำเนินการดังกล่าวควรจะมีผู้รับผิดชอบทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ที่เรียกว่า “RDU Coordinator” ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะและรับผิดชอบการบริหารจัดการด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งเสริมการใช้อย่างสม เหตุผล รวมทั้งแก้ไขปัญหาเชิงระบบทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชน

๓.๓ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU)

หมายถึงการได้รับยาและยาที่เหมาะสม กับข้อบ่งชี้ทางคลินิกในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็น ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอ ต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคล และสังคมรวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

๓.๔ การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use in Community; RDU Community)

หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยง ทั้งสถาน บริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งใน ระบบ บริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการ ดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

๓.๕ ผู้รับผิดชอบงาน RDU (RDU Coordinator)

หมายถึง เกสัชกรที่รับผิดชอบหลักในงานพัฒนา ระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การคิดเชิง ระบบ มีทักษะการประสานงาน รวมถึงการจัดการ ระบบข้อมูลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน ตลอดจนการถ่ายทอดข้อมูล และ ผลักดันให้เกิดการส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพไม่เหมาะสมเชิงระบบอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต โดยแบ่ง RDU Coordinator ๓ ระดับ ได้แก่ RDU Coordinator ระดับอำเภอ RDU Coordinator ระดับจังหวัดและ RDU Coordinator ระดับเขต

๓.๖ การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU :Community Participation) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ รับรู้ ข้อมูลข่าวสาร พัฒนานองค์ความรู้สร้างกลไกตรวจสอบเฝ้าระวัง พัฒนา ศักยภาพเครือข่าย และจัดการ ปัญหาด้านยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๗ บทบาทการมีส่วนร่วมส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลของบุคคลสำคัญ

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน ต้อง อาศัยบุคคลสำคัญ คือผู้นำในกลุ่มต่างๆในสังคม มาร่วมขับเคลื่อนงาน แต่ละชุมชน บุคคลสำคัญอาจแตกต่างกัน

- เกสเซอร์ในโรงพยาบาล เป็นแกนนำในการเป็นผู้ริเริ่มนำเข้าและคืนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบ จากการใช้ยาในพื้นที่เพื่อให้คนในชุมชนได้รับรู้รวมทั้งให้ความรู้ด้านยาและ สุขภาพแก่ประชาชน และเชื่อมโยงให้เห็น ความจำเป็นในการร่วมแก้ไขปัญหายาจากทุกภาคส่วน

- ผู้รับผิดชอบงานระบบยาและคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ /รพ.สต. เป็นผู้ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคส่วน

- เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนางานด้านต่างๆในพื้นที่ และ เป็นผู้อนุญาตการดำเนินงาน/ติดตาม ดูแลควบคุมให้มีการปฏิบัติของสถานประกอบการในระดับชุมชน ให้เป็นไปตามกฎหมาย ในกิจการที่อาจเป็นอันตรายต่อ สุขภาพซึ่งรวมถึงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- แกนนำ จิตอาสา คือ จิต อาสาชุมชนที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคนทุกช่วงวัย

๓.๘ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ใน เชิงเทคนิคแต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflection) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมใน กระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น (Kemmis S and McTaggart R, ๑๙๘๘)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเขตอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ยังพบปัญหา มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โดย หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD $\leq$ ร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ โรค เป้าหมาย คือผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ พบว่ามีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ปฐมภูมิในเครือข่ายไม่ผ่านเกณฑ์ คือผลการดำเนินการทำได้ร้อยละ ๖๐ จากหน่วยบริการทั้งหมด ๕ แห่ง และพบว่าหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย พบมีการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ ๓๔.๙๔ ในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (RI) และร้อยละ ๖๐.๙๘ ในผู้ป่วยโรคอหิวาต์ (AD) และประชาชนในพื้นที่ยังมีความเข้าใจผิดขาดความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเท่าที่ควร ดังนั้นผู้ศึกษา จึงได้ดำเนินการในการศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

โดยมุ่งเน้น ใน ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุสมผล สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่ม ตัวอย่างคือประชาชน จำนวน ๑๖๒ คน กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบคือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๒๐ คน โดยเลือกแบบเจาะจง กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการใช้อยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผล คือเจ้าหน้าที่อสม. จำนวน ๑๔๒ คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๗ โดยใช้แบบ บันทึกการสนทนากลุ่มแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้อยาปฏิชีวนะ มีค่า KR - ๒๐ เท่ากับ .๘๒ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการใช้อยาปฏิชีวนะ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .๘๒ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Samples T- test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research-AR) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ร่วมกับประยุกต์ ทฤษฎีการวางแผน Precede Proceed Planning Model ประกอบด้วย ๙ ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ ๑-๖ เป็น Precede Model เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ การออกแบบและวางแผนเกี่ยวกับมาตรการ แก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ ๗-๙ เป็น Proceed Model ประกอบด้วย การประเมินผลเชิงกระบวนการ เชิง ผลกระทบ และเชิงผลลัพธ์

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพัฒนาการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๒ เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ของพัฒนาการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ย อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๓ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ยอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๔ ผลของรูปแบบการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ยอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๕ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยี่ยอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ เปรียบเทียบผลสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD ≤ ร้อยละ ๒๐

๕.๑.๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ได้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๒.๒ ประชาชนและผู้รับบริการได้รับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๒ ผู้ป่วยในกลุ่มโรคในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (RI) ได้รับยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยลดปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

๖.๓ ผู้ป่วยโรคอูจาระร่วง (AD) ได้รับยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย

๖.๔ นำไปเป็นต้นแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอื่นๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานมีปัจจัยสำคัญ คือประชาชนในชุมชนต้องมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะ ยาปฏิชีวนะ ที่พบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมมาเป็นเวลานาน ซึ่งประชาชนมีการซื้อยากินเอง และใช้ยาไม่ถูกวิธี ทำให้ส่งผลให้เกิดการดื้อยาชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการต้องอาศัยความความร่วมมือหลายส่วน ทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชน หากขาดการร่วมมือจะทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ และผู้รับผิดชอบงานต้องติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หากขาดการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประสิทธิผลของงานลดลง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรเสริมสร้างความตระหนัก ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมกับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข และกลุ่มประชาชน

๙.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ใน Website ของ วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๘ โดยสามารถสืบค้นได้จาก [www. https://heo๑.tci-thaijo.org/index.php/jrhi](https://heo๑.tci-thaijo.org/index.php/jrhi)

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวกชพร มูลเมืองสักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๒) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวกชพร มูลเมือง)

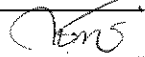
(ตำแหน่ง) เกสัขกรชำนาญการ

(วันที่)๒๒ /สิงหาคม /๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวกชพร มูลเมือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นายลิต แสงแก้ว.....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

(วันที่)๒๒...../.....สิงหาคม...../.. ๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา
ที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง
ระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนากระบวนการ Medication Reconciliation ในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

การประสานรายการยา (Medication Reconciliation) เป็นกระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งประวัติการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล (Admission) ขณะย้ายไปหผู้ป่วยอื่น (Transfer) และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge) เป็นรอยต่อของการรักษาที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การเทียบประสานรายการประกอบด้วย ๔ กิจกรรม คือ การทวนสอบ (Verification) การตรวจสอบ (Classification) การเปรียบเทียบ (Reconciliation) และ การสื่อสารส่งต่อข้อมูล (Transfer) การประสานรายการช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหนึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่าการเทียบประสานรายการยา ช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาและอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งที่แผนกฉุกเฉินและการเข้ารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ป้องกันได้ ซึ่งการที่ยึดหลักความถูกต้อง ๗ ด้าน (๗ Rights: Right Patient, Right Drug, Right Dose, Right Time, Right Route, Right Technique, Right Documentation) และสิทธิ ๑ ข้อ (Right to Question a Medication Order) เป็นนิสสัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเทียบประสานรายการยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาได้

การประสานรายการยา (Medication Reconciliation) หมายถึง กระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในขณะที่มีการเปลี่ยนหรือก่อนการเปลี่ยนระดับการรักษา กับยาที่จะได้รับหรือได้รับจากหน่วยงานหรือสถานพยาบาล โดยการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องและแม่นยำ พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย และใช้รายการยาดังกล่าวในการให้บริการยาเช่นสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วย ให้เห็นความแตกต่างและให้ มีข้อมูลช่วยในการตัดสินใจอย่างครบถ้วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็น หรือได้รับยาที่ซ้ำซ้อน หรือยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนระดับหรือหน่วยงานการรักษา ซึ่งมีจุดสำคัญ ๓ ส่วนในโรงพยาบาลคือ จุดการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จุดการส่งต่อไปยังหผู้ป่วยอื่น และจุดจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การให้บริการงานบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาและใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิภาพด้านการรักษาและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ดังนั้นในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีกระบวนการประสานรายการยา ในช่วงรอยต่อของการรักษา เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหนึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งโรงพยาบาลนาเยียยังพบปัญหาการประสานรายการยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการประสานรายการยาให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถช่วยลดปัญหา ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภทความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา งานบริการผู้ป่วยใน ดังนั้นผู้ศึกษา จึงได้ดำเนินการในการศึกษา เรื่อง การพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ สร้าง และพัฒนาระบบมาตรฐานในการประสานรายการยาในงานบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒ ผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง

๔.๓ สร้างและพัฒนาระบบมาตรฐานความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย (Patients Safety) ในโรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประสานรายการยาโรงพยาบาลนาเยีย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ด้านความครอบคลุมทำได้ผ่านเป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

และพบว่ากระบวนการประสานรายการยาสามารถช่วยลดปัญหา ด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภทความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา งานบริการผู้ป่วยใน

(ลงชื่อ)

(นางสาวกชพร มูลเมือง)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการ

(วันที่)๒๒../สิงหาคม/๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization

บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน มกราคม - ตุลาคม ๒๕๖๗ (๑๐ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงานในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเต่า ซึ่งได้กำกับ แนะนำ ตรวจสอบ การปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานในการพัฒนาการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Care) ๔ ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและสุขภาพทางกาย การฟื้นฟูสภาพและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านบริการ ซึ่งการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการพัฒนาระบบติดตามผลงานดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของพื้นที่ โดยใช้สมรรถนะทั้ง ๔ ด้านในดำเนินงานและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในกระบวนการวิจัยดังนี้

๓.๑ ความรู้ด้านการจัดการและบริหารสาธารณสุข

๓.๑.๑ ระบบบริหารสาธารณสุข

- โครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพ ความเข้าใจในระบบสุขภาพ ๓ หลัก (กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส.) และบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- การกระจายอำนาจทางสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการกำกับดูแลหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่
- ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข งบประมาณแผ่นดิน กองทุนหลักประกันสุขภาพ และการจัดสรรทรัพยากร
- หลักการ Primary Health Care แนวคิดสุขภาพเบื้องต้นและการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

๓.๑.๒ การวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดการเชิงกลยุทธ์

- Strategic Planning Process กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์ SWOT และการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ
- Balanced Scorecard (BSC) การประยุกต์ใช้ BSC ในการจัดการและประเมินผลการดำเนินงานทั้ง ๔ มิติ
- Logic Model และ Theory of Change การออกแบบโครงการและกิจกรรมให้เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ต้องการ
- Risk Management การบริหารจัดการความเสี่ยงในการดำเนินงานและการบรรลุเป้าหมาย

๓.๒ ความรู้ด้านตัวชี้วัดและการประเมินผล

๓.๒.๑ ประเภทและหลักการของตัวชี้วัด

- Key Performance Indicators (KPIs) การออกแบบและเลือกใช้ตัวชี้วัดที่สำคัญและเหมาะสม
- ตัวชี้วัดเชิงปริมาณและคุณภาพ ความแตกต่างและการใช้งานของตัวชี้วัดแต่ละประเภท
- Input-Process-Output-Outcome-Impact Framework การจำแนกตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิดการประเมินผล
- SMART Criteria การกำหนดตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจง วัดได้ บรรลุได้ เกี่ยวข้อง และมีกรอบเวลา

๓.๒.๒ ระบบตัวชี้วัดสาธารณสุข

- ตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนา
- ตัวชี้วัดตาม Thailand ๔.๐ การสนับสนุนนโยบายการพัฒนาสู่ยุคดิจิทัล
- Sustainable Development Goals (SDGs) การปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- Universal Health Coverage (UHC) ตัวชี้วัดการครอบคลุมบริการสุขภาพถ้วนหน้า

๓.๒.๓ ตัวชี้วัดเฉพาะด้านสาธารณสุข

- ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ อัตราการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ
- ตัวชี้วัดด้านป้องกันโรค อัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีน การป้องกันโรคติดต่อ
- ตัวชี้วัดด้านการรักษาพยาบาล อัตราการรักษาหาย ระยะเวลาการรอคอย ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ตัวชี้วัดด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ประสิทธิภาพการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะทุพพลภาพ

๓.๓ ความชำนาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

๓.๓.๑ สถิติเพื่อการประเมินผล

- Descriptive Statistics การใช้ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายผลการดำเนินงาน
- Correlation และ Regression Analysis การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดต่างๆ

๓.๓.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล

- Statistical Process Control (SPC) การใช้แผนภูมิควบคุมเพื่อติดตามคุณภาพการดำเนินงาน
- Predictive Analytics การใช้ข้อมูลในอดีตเพื่อทำนายผลการดำเนินงานในอนาคต

๓.๔ ความเชี่ยวชาญด้าน Google Looker Studio

๓.๔.๑ การออกแบบ Dashboard สำหรับผู้บริหาร

- Executive Dashboard Design การออกแบบหน้าจอสำหรับผู้บริหารที่ต้องการข้อมูลแบบ High-level
- Drill-down Capabilities การสร้างระบบที่ผู้ใช้สามารถเจาะลึกรายละเอียดได้ตามต้องการ
- Key Metrics Visualization การนำเสนอตัวชี้วัดสำคัญในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและดึงดูดความสนใจ

๓.๔.๒ เทคนิคการนำเสนอข้อมูล

- Storytelling with Data การใช้ข้อมูลเล่าเรื่องและสื่อสารข้อความที่ต้องการถ่ายทอด
- Color Psychology การใช้สีอย่างเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและอารมณ์
- Mobile-First Design การออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานบนอุปกรณ์มือถือ

๓.๔.๓ การจัดการข้อมูลและประสิทธิภาพ

- Performance Optimization การปรับปรุงประสิทธิภาพการโหลดและการแสดงผล
- User Access Management การควบคุมสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลตามบทบาทหน้าที่

๓.๕ ความรู้ด้านการจัดการข้อมูลสาธารณสุข

๓.๕.๑ การรวบรวมและจัดการข้อมูล

- Data Collection Methods วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- Data Quality Management การควบคุมคุณภาพข้อมูล ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความทันสมัย
- Data Integration การรวมข้อมูลจากหลายแหล่งให้เข้าด้วยกันอย่างสอดคล้อง
- Data Governance หลักการและกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลองค์กร

๓.๖ ทักษะด้านการสื่อสารและการนำเสนอ

๓.๖.๑ การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- Communication Strategy การวางแผนการสื่อสารที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

- Presentation Skills ทักษะการนำเสนอที่มีประสิทธิภาพและน่าสนใจ
 - Change Management การจัดการการเปลี่ยนแปลงและสร้างการยอมรับ
- ๓.๖.๒ การสร้างรายงานและเอกสาร
- Report Writing การเขียนรายงานที่ชัดเจน กระชับ และมีประสิทธิภาพ
 - Executive Summary การสรุปผู้บริหารที่สื่อสารประเด็นสำคัญได้อย่างครบถ้วน
 - Visual Documentation การใช้ภาพ แผนภูมิ และ Infographic ประกอบการสื่อสาร
- ๓.๗ ประสบการณ์ด้านการบริหารงานสาธารณสุขระดับพื้นที่
- ๓.๗.๑ การทำงานในระดับอำเภอ
- District Management Experience ประสบการณ์ในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
 - Inter-agency Coordination การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่
 - Community Engagement การสร้างส่วนร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - Resource Management การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓.๗.๒ การนำเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการ
- Board Presentation ประสบการณ์ในการนำเสนอต่อคณะกรรมการและผู้บริหารระดับสูง
 - Meeting Facilitation การดำเนินการประชุมและการอำนวยความสะดวก
 - Decision Support การให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร
 - Performance Review การดำเนินการประเมินผลและการทบทวนการดำเนินงาน
- ๓.๘ ความรู้ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม
- ๓.๘.๑ Digital Transformation ในสาธารณสุข
- Digital Health Strategy ยุทธศาสตร์การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในสาธารณสุข
 - Automation และ AI การใช้ระบบอัตโนมัติและปัญญาประดิษฐ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - Cloud Computing การใช้เทคโนโลยี Cloud ในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล
 - Cybersecurity ความปลอดภัยของข้อมูลและระบบสารสนเทศ
- ๓.๙ ความรู้ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุง
- ๓.๙.๑ การตรวจสอบภายในและการควบคุม
- Internal Audit กระบวนการตรวจสอบภายในและการประเมินการควบคุม
 - Risk Assessment การประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง
 - Performance Monitoring การติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
- ๓.๑๐ การประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบ
- ๓.๑๐.๑ การออกแบบระบบประเมินผล
- การบูรณาการความรู้ทั้งหมดเพื่อสร้างระบบที่
- ครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่ตัวชี้วัดระดับกิจกรรมไปจนถึงผลกระทบระดับนโยบาย
 - ใช้งานง่าย ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลและเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว
 - ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดและรูปแบบการแสดงผลได้ตามต้องการ
 - เชื่อถือได้ ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันสมัย และสามารถตรวจสอบได้
- ๓.๑๐.๒ การพัฒนาการใช้ข้อมูล
- Data-Driven Culture การสร้างวัฒนธรรมการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล
 - Capacity Building การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในการใช้ระบบ
 - Change Management การบริหารการเปลี่ยนแปลงจากระบบเก่าสู่ระบบใหม่
 - Sustainability Planning การวางแผนความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

๓.๑๑ ทฤษฎีเกี่ยวกับ แพลตฟอร์ม Looker Studio

๓.๑๒ แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๑๒.๑ ความหมายและลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๑๒.๒ ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๑๒.๓ ชนิดของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๑๒.๔ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart

๓.๑๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓.๑๓.๑ งานวิจัยภายในประเทศ

๓.๑๓.๒ งานวิจัยต่างประเทศ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

บทนำ : การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่กำลังเป็นแนวโน้มสำคัญที่เปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานในวงการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล กำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการติดตาม วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลของหน่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการประเมินผลตัวชี้วัด และพัฒนาระบบการรวบรวมแสดงข้อมูล และการแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 48 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด และหัวหน้าฝ่ายงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด คือชุดที่ 1 เป็นแพลตฟอร์ม Looker Studio เครื่องมือชุดที่ 2 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization และเครื่องมือชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามการประเมินด้านประสิทธิภาพของระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : พบว่า ผลการพัฒนาระบบโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบดาต้าวิชวลไลเซชันในรูปแบบต่างๆ ซึ่งแพลตฟอร์มดังกล่าวสามารถใช้งานได้ฟรีผ่านเว็บเบราว์เซอร์ และสามารถโทรผ่านต่างๆ ทำให้ระบบที่ได้อยู่ในรูปแบบออนไลน์สามารถจัดการข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน พบว่าความพึงพอใจ ต่อระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระบบมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ($\bar{X} = 4.81$ โดยมีระบบความพึงพอใจมากที่สุดในประเด็น ประโยชน์ของระบบต่อการประเมินผลงาน ซึ่งมีค่า ($\bar{X} = 4.58$)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี” ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning; P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation; O) และการสะท้อนกลับ (Reflection; R) (PAOR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการประเมินผลตัวชี้วัด สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อพัฒนาระบบการรวบรวมแสดงข้อมูล แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือน มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยดังนี้

๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑.๑ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม รวมทั้งสิ้น ๔๘ คน ได้แก่

๑) ผู้บริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๑ คน

๒) ผู้รับผิดชอบรายงานตัวชี้วัดเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๑ คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพนักงานบันทึกข้อมูล

๓) หัวหน้าฝ่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๖ คน

๑.๒ กำหนดหลักเกณฑ์การคัดกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า –(Inclusion Criteria)

๑. เป็นบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๒. ยินดีให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ขอดอนตัวออกจากการวิจัย

๒ ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)

๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี ๒ ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

๓.๑ เครื่องมือชุดที่ ๑ แพลตฟอร์ม Looker Studio

Looker Studio ถูกเปลี่ยนชื่อมาจาก Google Data Studio คือ เครื่องมือฟรีจาก Google สำหรับใช้ดึงข้อมูลต่าง ๆ เพื่อมาสร้าง Dashboard ดูข้อมูลได้ในที่เดียว ทั้งข้อมูลเว็บไซต์ แพลตฟอร์ม หรือจากเครื่องมือต่าง ๆ ช่วยให้เราดูข้อมูลได้ง่าย เห็นภาพรวม โดย Data Source ที่ Looker Studio สามารถดึงมาได้ ก็มีตั้งแต่แพลตฟอร์มและเครื่องของ Google เอง เช่น Google Ads, YouTube, Google Analytics, Google Search Console เป็นต้น รวมทั้ง ข้อมูลจากแพลตฟอร์มหรือเครื่องมืออื่น ๆ อย่าง Facebook, Twitter หรือระบบ CRM แอ็กก็สามารถดึงได้ ผ่าน Data Connector ซึ่งเป็นพาร์ทเนอร์กับ Looker Studio สามารถเริ่มใช้งานได้ฟรีและง่ายมาก ๆ เพียงแค่มี Gmail หรือ Google Account ก็สามารถสมัครใช้งานได้ และพัฒนาโดย Google Cloud. มันเป็นส่วนหนึ่งของชุดเครื่องมือ Business Intelligence (BI) ของ Google ที่ช่วยให้องค์กร

สามารถเชื่อมต่อ วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดสำคัญของ Looker Studio ดังนี้

๑. การเชื่อมต่อข้อมูล

- สามารถเชื่อมต่อกับแหล่งข้อมูลหลากหลาย เช่น Google Sheets, BigQuery, MySQL, PostgreSQL และอื่นๆ

- รองรับการนำเข้าข้อมูลจากไฟล์ CSV และ Google Analytics

- มีคอนเนคเตอร์สำหรับแพลตฟอร์มต่างๆ เช่น Facebook Ads, Twitter, และ Amazon Ads

๒. การสร้างรายงานและแดชบอร์ด

- มีเครื่องมือสำหรับสร้างรายงานแบบลากและวาง (drag-and-drop)

- รองรับการสร้างแผนภูมิและกราฟหลากหลายรูปแบบ

- สามารถสร้างรายงานแบบโต้ตอบด้วยตัวกรองและตัวควบคุมต่างๆ

๓. การแชร์และการทำงานร่วมกัน

- สามารถแชร์รายงานและแดชบอร์ดกับทีมหรือสาธารณะได้

- รองรับการทำงานร่วมกันแบบเรียลไทม์

- มีระบบจัดการสิทธิ์การเข้าถึงที่ยืดหยุ่น

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

- มีฟังก์ชันคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง

- สามารถสร้างฟิลด์ที่คำนวณได้ (calculated fields) เพื่อการวิเคราะห์เฉพาะทาง

- รองรับการใช้ SQL ในการคิวรีข้อมูล

๕. การปรับแต่งและการขยายความสามารถ

- สามารถปรับแต่งธีมและสไตล์ของรายงานได้

- รองรับการสร้าง Community Visualizations ด้วย JavaScript

- มี API สำหรับการพัฒนาส่วนขยายและการทำงานอัตโนมัติ

๖. ความปลอดภัยและการจัดการข้อมูล

- รองรับการเข้ารหัสข้อมูลและการยืนยันตัวตนแบบ OAuth ๒.๐

- มีระบบติดตามการเปลี่ยนแปลงและการจัดการเวอร์ชัน

- สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

๗. การใช้งานฟรีและแบบมีค่าใช้จ่าย

- มีเวอร์ชันฟรีที่รองรับการใช้งานพื้นฐาน

- มีแผนการใช้งานแบบมีค่าใช้จ่ายสำหรับองค์กรที่ต้องการฟีเจอร์ขั้นสูงและการสนับสนุนเพิ่มเติม

๘. การอัปเดตและพัฒนา

- Google มีการอัปเดตและเพิ่มฟีเจอร์ใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ

- มีชุมชนนักพัฒนาและผู้ใช้งานที่แข็งแกร่งคอยแบ่งปันเทคนิคและแนวปฏิบัติที่ดี

Looker Studio เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างมากสำหรับองค์กรที่ต้องการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับทีมที่ทำงานกับระบบนิเวศของ Google Cloud

๓.๒ เครื่องมือชุดที่ ๒ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน ๖ ข้อ ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ใช้บริการ ประสบการณ์การทำงานด้านข้อมูลตัวชี้วัดระดับการศึกษา ความถี่ในการใช้งาน

๒ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

๕ = มากที่สุด หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

๔ = มาก หมายถึง พึงพอใจมาก

๓ = ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

๒ = น้อย หมายถึง พึงพอใจน้อย

๑ = น้อยที่สุด หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การวัดระดับความพึงพอใจในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๕๔ : ๑๐๓)

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑ - ๕.๐๐ หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑ - ๔.๕๐ หมายถึง พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๑ - ๓.๕๐ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๑ - ๒.๕๐ หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ - ๑.๕๐ หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

๓.๓ เครื่องมือชุดที่ ๓ แบบสอบถามการประเมินด้านประสิทธิภาพของระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน ๖ ข้อ ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ใช้บริการ ประสบการณ์การทำงานด้านข้อมูลตัวชี้วัดระดับการศึกษา ความถี่ในการใช้งาน

๒ แบบประเมินระดับประสิทธิภาพในการใช้งานระบบสารสนเทศ ต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

๕ = มากที่สุด หมายถึง ประสิทธิภาพมากที่สุด

๔ = มาก หมายถึง ประสิทธิภาพมาก

๓ = ปานกลาง หมายถึง ประสิทธิภาพปานกลาง

๒ = น้อย หมายถึง ประสิทธิภาพน้อย

๑ = น้อยที่สุด หมายถึง ประสิทธิภาพน้อยที่สุด

๔ การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง ดังนี้

๔.๑ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งเครื่องมือชุดที่ ๑ และเครื่องมือชุดที่ ๒ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อ

คำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความชัดเจนของภาษา ด้วยการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๓ ระดับ ดังนี้

- ให้คะแนน ๑ หมายถึง ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน ๐ หมายถึง ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน -๑ หมายถึง ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

ตัวแปรนั้น ควรตัดทิ้ง

นำผลการพิจารณาเครื่องมือชุดที่ ๑ และ ๒ จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) ทั้งฉบับ จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ}}{\text{จำนวนกรรมการผู้เชี่ยวชาญ}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ตั้งแต่ ๐.๕๐ - ๑.๐๐ จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ และข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า ๐.๕๐ ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) ของแบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้ใช้ระบบ ได้เท่ากับ ๑.๐๐, ๐.๙๘ และ ๐.๙๖ ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งเครื่องมือชุดที่ ๑ และเครื่องมือชุดที่ ๒ มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือชุดที่ ๒ ไปทดลองใช้

๔.๒ การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม (เครื่องมือชุดที่ ๑ และ ๒)

๑) นำแบบสอบถามฉบับที่ ๑ และฉบับที่ ๒ แบบสอบถามคุณภาพการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีและความคิดเห็นของผู้ใช้ระบบฯ ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนอกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๐ แห่ง จำนวน ๓๐ คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒

วิธีการคำนวณ Cronbach's Alpha

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) คำนวณโดยใช้สูตร:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ α เป็นสัมประสิทธิ์แอลฟา

k เป็นจำนวนข้อคำถามหรือข้อสอบ

S_i^2 เป็นความแปรปรวนของคะแนนข้อที่ i

S^2 เป็นความแปรปรวนของคะแนนรวม t

การตีความค่าของ Cronbach's Alpha

- $\alpha \geq 0.9$: ดีมาก (Excellent) – เครื่องมือวัดมีความเชื่อถือได้สูง
- $0.8 \leq \alpha < 0.9$: ดี (Good) – เครื่องมือวัดมีความเชื่อถือได้ดี

- $0.7 \leq \alpha < 0.8$: พอใช้ (Acceptable) – เครื่องมือวัดมีความเชื่อถือได้พอใช้
- $0.6 \leq \alpha < 0.7$: ต่ำ (Questionable) – เครื่องมือวัดมีความเชื่อถือได้ต่ำ
- $\alpha < 0.6$: ไม่ดี (Poor) – เครื่องมือวัดมีความเชื่อถือได้น้อย

ขั้นตอนในการใช้ Cronbach's Alpha

๑. เก็บข้อมูล: รวบรวมข้อมูลจากการใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง
๒. คำนวณความแปรปรวน: คำนวณความแปรปรวนของแต่ละข้อคำถามและความแปรปรวนรวม
๓. คำนวณ Cronbach's Alpha: ใช้สูตรคำนวณเพื่อหาค่าของ Cronbach's Alpha ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS สามารถช่วยในการคำนวณค่า Cronbach's Alpha ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ
๔. วิเคราะห์ผล: เปรียบเทียบค่าที่ได้กับเกณฑ์การตีความเพื่อประเมินความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ ได้เท่ากับ ๐.๘๕ และผลการคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามการประเมินด้านประสิทธิภาพของระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด ของผู้ใช้ระบบ สอบถามก่อนใช้ระบบ และ สอบถามประสิทธิภาพหลังใช้ระบบ ได้เท่ากับ ๐.๘๒ , ๐.๙๒ ตามลำดับ

๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๘ คน

๖ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒ ระดับความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พรรณนาคะแนนความพึงพอใจที่มีลักษณะเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) พรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD)

๓ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เชิงคุณภาพแบบอุปนัย (Inductive) โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็น Exploratory: นำเสนอสิ่งที่ค้นพบถึงรูปแบบ วิธีการ แนวทางการดำเนินงานใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio นำเสนอแบบ Descriptive :นำเสนอพรรณนาหรือบรรยายสิ่งที่ได้จากการวิจัยตามวัตถุประสงค์โดยให้รายละเอียดที่ลึก และกว้าง และExplanatory: อธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของสิ่งต่างๆในปรากฏการณ์ที่ไปศึกษา แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio มาใช้งาน

๗ วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งมีกรอบแนวคิดของงานวิจัยดังภาพที่ ๑ และมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๓.๗.๑ ระยะเตรียมการ

๑) เสนอการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๒) ประชุมกลุ่มผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัดใน รพ.สต. จำนวน ๒๑ แห่งๆละ ๒ คน และผู้รับผิดชอบฝ่าย จำนวน ๖ คน ในการทำความเข้าใจในนิยาม การตั้งกลุ่มเป้าหมาย วิธีการทำกิจกรรม ค่าความสำเร็จ และการวัดผลการดำเนินงานรายไตรมาส ในการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๓) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๒๑ แห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ แห่ง และหัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน ๖ ท่าน

๔) การศึกษาและรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๗ โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายเน้นหนักของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายเน้นหนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” การจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๗ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มอบนโยบายการทำงาน โดยกำหนดเป็นวิสัยทัศน์การทำงาน ๔ ด้าน ประกอบด้วย

(๑) ระบบบริการสุขภาพได้มาตรฐาน

(๒) บริหารจัดการอย่างโปร่งใส

(๓) รวมใจภาคีเครือข่าย

(๔) มุ่งหมายสุขภาวะประชาชน

ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา ๔ Excellence คือ

(๑) PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

(๒) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

(๓) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

(๔) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยังกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์ที่ ๕ คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาภาคีเครือข่าย นอกจากนั้นภายในเล่มนี้ยังประกอบด้วย Template ตัวชี้วัด Ranking ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๖๒ ตัวชี้วัด ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานและรับการประเมินผลงานตามเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด Ranking พร้อมทั้งการกำหนดห้วงเวลาในการกำกับติดตามและประเมินผล ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๕) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดความต้องการ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้ใช้งานออกเป็น ๓ ด้าน ดังนี้

๑. การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้งาน การจัดกลุ่มผู้ใช้งานแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑) ผู้บริหาร : ใช้เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงานและการพิจารณาผลการปฏิบัติงาน

รายบุคคล

๒) ผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัด : ใช้เพื่อการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร

๓) ผู้ปฏิบัติ : ใช้เพื่อดูผลงานที่ได้ดำเนินการถึงเป้าหมายหรือยัง

๒. การวิเคราะห์ความต้องการด้านเทคโนโลยี ประเมินความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานและ ตรวจสอบระบบเครือข่าย ฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ที่มีอยู่

๓. วิเคราะห์รูปแบบการนำเสนอข้อมูล กำหนดรูปแบบ Data Visualization ที่เหมาะสมกับแต่ละประเภทข้อมูล

๓.๗.๒ ระยะดำเนินการ

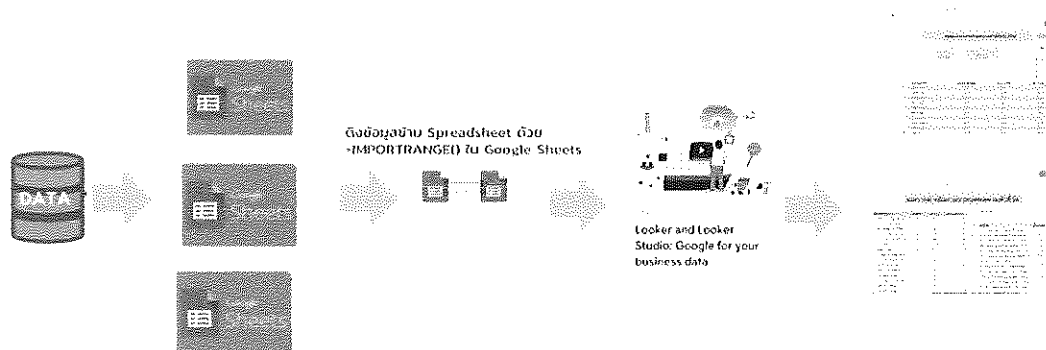
การดำเนินการวิจัยมี ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) วางแผน (Planning) ๒) ปฏิบัติ (Action) ๓) สังเกต (Observation) ๔) สะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ วางแผน (Planning)

๑.การออกแบบและพัฒนาระบบการประเมินผล โดยใช้ Looker Studio เป็นเครื่องมือหลักในการสร้าง Data Visualization

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการออกแบบและพัฒนาระบบการรวมข้อมูลโดย โดยใช้เทคนิคการรวมข้อมูลแบบออนไลน์ ทำการสร้างออนไลน์ด้วยซอฟต์แวร์ Protégé และทำการคิวรีข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยแพลตฟอร์ม Looker Studio ทั้งนี้ใช้เพื่อทำนายผลลัพธ์และสร้างกราฟที่สอดคล้องกับเป้าหมายของการบริหารงานวิจัย และความต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้ในการเรียกใช้ฟังก์ชันต่างๆ เช่น กราฟ ตาราง รูปภาพ และออกแบบการนำทางสร้างเมนูและลิงก์เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้สะดวก นำไปทดสอบการใช้งานโดยให้ผู้ใช้งานจริงทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะ พร้อมปรับปรุงอย่างต่อเนื่องนำข้อเสนอแนะและผลการวิเคราะห์มาปรับปรุง Dashboard อย่างสม่ำเสมอ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการออกแบบและพัฒนาระบบการรวมข้อมูลจากโครงสร้างข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์ได้ผู้วิจัยนำมาสร้างออนไลน์ แล้วออกแบบการรวมข้อมูลและการจัดการมาตรฐานกลางของข้อมูลหลายแหล่งด้วยระบบ ETL (Ralph Kimball and Bill Inmon) ดังแสดงในภาพที่ ๓-๑



ภาพที่ ๓-๑ การรวมฐานข้อมูลด้วยออนไลน์เพื่อสนับสนุนงานวิจัย การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio

จากภาพที่ ๓-๑ การใช้ความสามารถของออนไลน์ในการเชื่อมประสานเพื่อรวมฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้อง รวมทั้งบางฐานข้อมูลอาจกระจายเก็บไว้ใน Sheets ต่างๆ ซึ่งออนไลน์จะสามารถเชื่อมประสานกับตารางข้อมูลต่างๆ ที่อยู่กระจัดกระจายให้เป็นระบบและสื่อความหมายได้

ผู้วิจัยได้มีการใช้ความสามารถของออนไลน์ในการเชื่อมประสานเพื่อรวมฐานข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องในการบริหารงานวิจัยที่เก็บอยู่ใน Sheets ต่างๆ ร่วมกับการประมวลผลบนหลักการ Extract-Transform-Load (ETL) จะช่วยให้บรรลุประสิทธิภาพที่ดีในการเรียนรู้ของเครื่องโดยใช้ความรู้บนขอบเขตโดเมนของออนไลน์ รวมทั้งการส่งชุดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดีเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์และทำนายผลลัพธ์ให้เกิดประโยชน์ทางการบริหารจะต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเชื่อมต่อกับโปรแกรมภายนอกที่นักพัฒนาได้สร้างขึ้นเฉพาะเพื่อทำหน้าที่รวบรวม สกัดและส่งเข้าสู่การวิเคราะห์โมเดลทางคณิตศาสตร์และสถิติ ดังนี้

๑. สร้างฐานข้อมูลใน Google Sheets

การพัฒนาโดยการเปิดใช้งาน Google Sheets เข้าไปที่โดรฟ์ เพิ่มใหม่ เลือก Google Sheets ที่เป็นสเปรดชีตใหม่ ตั้งชื่อ Sheet ตามกลุ่มงาน จำนวน ๑๑ ชิต กำหนดหัวข้อ

๑. ลำดับ = รับตามลำดับจำนวนหน่วยงาน

๒. ชื่อหน่วยงาน = รหัสสถานบริการ/ชื่อหน่วยงาน

๓. สังกัด = เช่น สำนักงานสาธารณสุข อบจ. หรือ รพ. เป็นต้น

๔. ตำบล = ตำบลที่หน่วยงานสังกัด

๕. เป้าหมาย = ค่าเป้าหมายตามนิยามตัวชี้วัด

๖. ผลงาน = ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด

๗. ร้อยละ/อัตรา /คะแนน ฯลฯ = (ผลงาน/เป้าหมาย) x ๑๐๐

๘. Weight = ค่าถ่วงน้ำหนักคะแนน

๙. เกณฑ์การให้คะแนน = กำหนดตามค่าคะแนน ๑ - ๕

๑๐. ผลการดำเนินงาน

๑๑. คะแนน(๕)

๑๒. ค่าคะแนนเฉลี่ย ถ่วงน้ำหนัก

๑๓. ผู้รับผิดชอบงาน = ผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยบริการ

๑๔. เกณฑ์การให้คะแนน = กำหนดตามค่าคะแนน ๑ - ๕

๑๕. กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน = กลุ่มงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑๖. หน่วยงานที่รับผิดชอบ = หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑๗. ตัวชี้วัด = ตัวชี้วัดการดำเนินงาน(KPI)

๑๘. ระดับตัวชี้วัด = เช่น ตัวชี้วัดหลัก หรือตัวชี้วัดรอง

๒. รวมข้อมูลใน Google Sheets จากการสร้างไว้ เช่น ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_ส่งเสริม ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_NCD ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_คร. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_สิ่งแวดล้อม. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_พัฒนา ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_แผนไทย. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_ทันต. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_คปส. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_ประกัน. ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_บริหาร. และ ประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗_ยุทธศาสตร์ ให้เป็น Sheets เดี่ยว โดยการเปิด Google Sheets ใหม่ ใช้รูปแบบตารางเดิมที่ได้สร้างที่ผ่านมามาตั้งชื่อว่า สรุปรวมประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗

๓. Pivot Table เป็นเครื่องมือของ Microsoft Excel ใช้สำหรับสรุปผลข้อมูลจำนวนมาก ๆ ในรูปแบบของตาราง และรูปแบบกราฟ (Pivot Chart)

Pivot Table ตั้งชื่อ Ranking-W(Data Show)๓ สร้างจากข้อมูลใน Worksheet ที่ชื่อ Score ที่มีข้อมูลต้องการจะใช้สรุปผล สามารถนำเอาหัวข้อในแต่ละคอลัมน์มาใส่ใน Pivot Table เพื่อใช้สรุปผลโดย จะมีด้วยกัน ๔ ส่วนที่จะต้องลากเอาข้อมูลมาวางเพื่อสรุปผล

ส่วนประกอบของ Pivot Table

๑. Row Label = ใช้สรุปข้อมูลที่หัวของตารางทางด้านซ้าย โดยเลือกหัวข้อ ดังนี้ ลำดับ หน่วยบริการ สังกัด

๒. Column Label = ใช้สรุปข้อมูลที่หัวของตารางทางด้านบน

๓. Σ Values = สรุปผลของข้อมูลที่ต้องการ โดยจะต้องกำหนดว่าจะใช้สูตรใด SUM, AVERAGE, MAX, MIN, COUNT เป็นต้น โดยเลือกหัวข้อ ดังนี้ Weight และค่าคะแนนเฉลี่ย ถ่วงน้ำหนัก

๔. Filter = ใช้กำหนดว่าจะใช้คอลัมน์ใดเพื่อใช้กรองข้อมูล โดยการแสดงผลจะเป็น Drop down list เพื่อให้เลือกที่เราจะกรองข้อมูลใด โดยเลือกหัวข้อ ดังนี้ หน่วยบริการ และระดับตัวชี้วัด

๔. สร้างแพลตฟอร์ม Looker Studio เพื่อการวิเคราะห์ ทำนาย และสร้างกราฟที่ช่วยสนับสนุนการบริหารงานวิจัยในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี สามารถนำเสนอขั้นตอนวิธี และผลลัพธ์การทำงานของซอฟต์แวร์ ดังนี้

๔.๑ การ Load Google Sheet ที่ชื่อว่า สรุปรวมประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗ เข้าสู่ระบบแพลตฟอร์ม Looker Studio เลือก Sheet ที่จะนำเข้า จำนวน ๒ ชีต คือ Score และ Ranking-W (Data Show) ดังภาพที่ ๓-๒

ลำดับ	หน่วยบริการ	สังกัด	Weight	ค่าคะแนนเฉลี่ย
1	โรงพยาบาล	จังหวัด	1.0	85.00
2	ศูนย์สุขภาพ	จังหวัด	1.0	85.00
3	สถานพยาบาล	จังหวัด	1.0	85.00
4	คลินิก	จังหวัด	1.0	85.00
5	โสต	จังหวัด	1.0	85.00
6	หน่วยบริการ	จังหวัด	1.0	85.00
7	Second Center	จังหวัด	1.0	85.00

ภาพที่ ๓-๒ ขั้นตอนวิธี การ Load Google Sheet ที่ชื่อว่า สรุปรวมประเมินผลสัมฤทธิ์ ๒๕๖๗ เข้าสู่ระบบแพลตฟอร์ม Looker Studio

๔.๒ สร้าง Dashboard การเลือกรูปแบบกราฟให้เหมาะสมกับข้อมูลที่ต้องการแสดงนั้นมีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเข้าใจข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ในบทความนี้ผู้วิจัยจะตั้งหัวข้อไว้ ดังนี้

๑.สรุป Ranking

๒.คะแนนหน่วยบริการ

๓.กราฟ

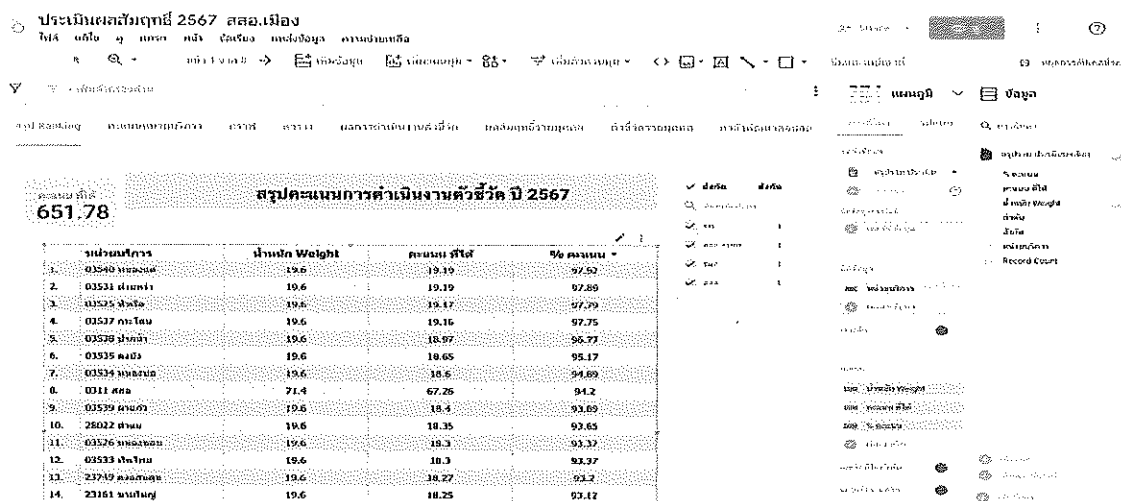
๔.ตาราง

๕.ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด

๖.ผลสัมฤทธิ์รายบุคคล

๗. ตัวชี้วัดรายบุคคล

เป็นการกำหนดหัวข้อตามที่ต้องการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบต่าง เพื่อนำมาใช้ในการนำเสนอ การติดตามข้อมูล ดังภาพที่ ๓-๓



ภาพที่ ๓-๓ ขั้นตอนวิธี สร้าง Dashboard

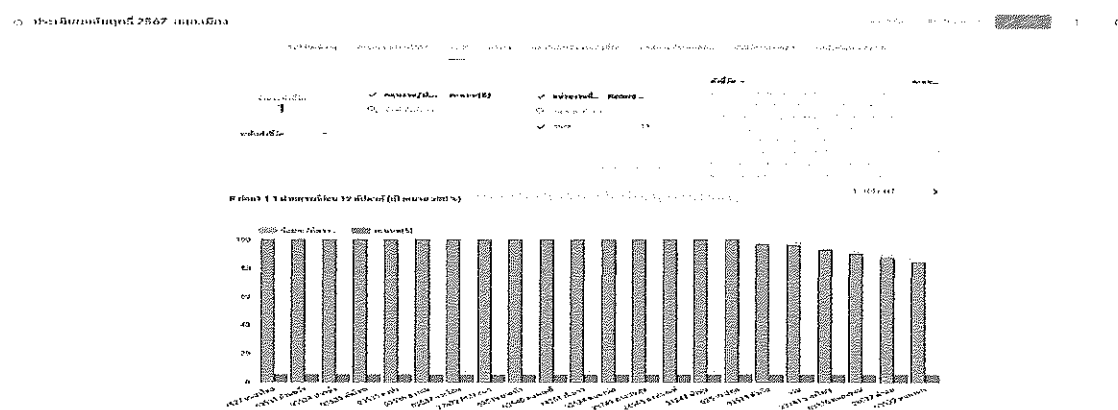
ขั้นตอนที่ ๒ ปฏิบัติ (Action)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้ใช้งานระบบ จำนวน ๔๘ คน ประกอบด้วย

๑. หัวหน้าฝ่าย ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๖ คน
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน
๓. ผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัด ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน

ขั้นตอนที่ ๓ สังเกต (Observation)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลการดำเนินงานสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง



ภาพที่ ๓-๔ เมนู Report

ขั้นตอนที่ ๔ สะท้อนผล (Reflection)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการประเมินจากผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๒ รอบการประเมิน คือ รอบที่ ๑ (ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗) รอบที่ ๒ (ตั้งแต่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ถึง ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗)

๓.๗.๓ ระยะประเมินผล

๑.การฝึกอบรมและนำไปใช้: จัดการฝึกอบรมให้แก่ผู้ใช้ระบบและดำเนินการนำระบบไปใช้ในองค์กร



ภาพที่ ๓-๕ ภาพการจัดการฝึกอบรมให้แก่ผู้ใช้ระบบและดำเนินการนำระบบไปใช้ในองค์กร

๒.การทดสอบระบบเพื่อให้มั่นใจว่ามีความแม่นยำและประสิทธิภาพในการนำเสนอข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบระบบเพื่อให้มั่นใจในความแม่นยำและประสิทธิภาพในการนำเสนอข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบการประเมินผล ดังนี้

๑) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนำเข้า โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ป้อนเข้าระบบกับแหล่งข้อมูลต้นฉบับ และตรวจสอบความถูกต้องของการคำนวณและการประมวลผลตัวชี้วัดต่างๆ นำผลลัพธ์จากระบบใหม่มาเทียบกับผลจากการคำนวณด้วยวิธีอื่นๆ

๒) การทดสอบความเข้าใจง่ายของการนำเสนอ สอบถามความคิดเห็นจากผู้ใช้งานเกี่ยวกับความเข้าใจง่ายของข้อมูลที่น่าเสนอ และประเมินความครบถ้วนของข้อมูลตรวจสอบว่าข้อมูลที่น่าเสนอครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ

๓) การทดสอบความปลอดภัยของข้อมูล ทดสอบการเข้าถึงข้อมูล ตรวจสอบว่าผู้ใช้สามารถเข้าถึงเฉพาะข้อมูลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ทดสอบการเข้ารหัสข้อมูล: ตรวจสอบว่าข้อมูลสำคัญมีการเข้ารหัสอย่างเหมาะสม และตรวจสอบระบบแจ้งเตือนเมื่อมีการพยายามเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต

๔) ทดสอบโดยผู้ใช้งานจริง: ให้ผู้ใช้งานจริงทดลองใช้ระบบ

๕) การประเมินประสิทธิภาพระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี การประเมินแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

๑. การวัดประสิทธิภาพของระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามเปรียบเทียบ ก่อนและหลังจากการใช้ระบบต่อการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

๑.หัวหน้าฝ่าย ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๖ คน

๒.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน

๓.ผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัด ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน จำนวนทั้งหมด ๔๘ คน

๒. การประเมินความพึงพอใจต่อ การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

๑.หัวหน้าฝ่าย ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๖ คน

๒.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน

๓.ผู้รับผิดชอบงานตัวชี้วัด ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ คน จำนวนทั้งหมด ๔๘ คน

โดยกำหนดขนาดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การแปรผลระดับความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๔.๑๙ จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยโครงการวิจัยได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗-๒๙ วันที่รับรอง ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม รวมทั้งสิ้น ๔๘ คน ได้แก่

๑) ผู้บริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๑ คน

๒) ผู้รับผิดชอบรายงานตัวชี้วัดเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๑ คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพนักงานบันทึกข้อมูล

๓) หัวหน้าฝ่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๖ คน

๒. กำหนดหลักเกณฑ์การคัดกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า –(Inclusion Criteria)

๑. เป็นบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๒. ยินดีให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ขอลอนตัวออกจากการวิจัย

๔.๓.๒ พื้นที่ศึกษา: ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๘ คน

๔.๓.๓ เวลาที่ศึกษา: การพัฒนาระบบจะดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๔.๓.๔ ข้อมูลที่ใช้: ข้อมูลตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๔.๓.๕ เครื่องมือที่ใช้: แพลตฟอร์ม Looker Studio สำหรับการสร้างและนำเสนอข้อมูลแบบ Data Visualization

๔.๓.๖ เป้าหมายด้านผลลัพธ์

๑. ระบบการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและสามารถแสดงข้อมูลตามตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน
๒. การนำเสนอข้อมูลที่มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย ทำให้การตัดสินใจและการติดตามผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
๓. การปรับปรุงกระบวนการรายงานผลและการสื่อสารภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
 ๔. ลดเวลาในการรวบรวมและประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัด
 ๕. เพิ่มความรวดเร็วในการติดตามและรายงานผล
 ๖. ปรับปรุงความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล
 ๗. ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและทันสมัยสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร
 ๘. สนับสนุนการติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมายองค์กร
 ๙. ช่วยในการระบุปัญหาและจุดที่ต้องปรับปรุงได้รวดเร็วขึ้น
 ๑๐. ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับสูง (เป้าหมาย > ๔.๕ จาก ๕)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. พัฒนาระบบประเมินผลผ่าน Looker Studio ครอบคลุม ๑๐๐% ของตัวชี้วัด (๖๙ ตัวชี้วัดระดับอำเภอ)
๒. มีหน่วยงานภาคีเครือข่าย ๒๑ แห่ง เข้าใช้งาน dashboard อย่างสม่ำเสมอ
๓. มีการอัปเดตข้อมูลประเมินผล รายไตรมาส อย่างต่อเนื่อง
๔. ผู้ใช้งานระบบ (เจ้าหน้าที่) เพิ่มขึ้น จาก ๘ คน เป็น ๒๕ คน ภายใน ๖ เดือน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. การสื่อสารข้อมูลตัวชี้วัดสาธารณสุขมีความ ชัดเจน เข้าใจง่าย และทันเวลา
 ๒. เจ้าหน้าที่สามารถ ตัดสินใจและปรับปรุงแผนงานตามข้อมูลจริง ได้มากขึ้น
 ๓. ลดเวลาการจัดทำรายงานเชิงสถิติและวิเคราะห์จากเดิมเฉลี่ย ๕ วัน เหลือเพียง ๑ วันต่อรอบรายงาน
 ๔. ระดับความพึงพอใจผู้ใช้งาน ได้นำเสนอการพัฒนาระบบประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการควบคุมผลการดำเนินงานฝ่ายยุทธศาสตร์ ในการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน และการสรุปผลงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบดาต้าวิชวลไลเซชันซึ่งประกอบด้วย แผนภูมิ รูปภาพ กราฟ ตาราง อินโฟกราฟิกที่สามารถเลือกแสดงข้อมูลที่ระบบกำหนดให้ อย่างสะดวกเพื่อสื่อสารข้อมูลให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ง่าย
- ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน ๔ กลุ่ม ได้แก่ ผู้บันทึกข้อมูล ผู้ดูแลระบบ ผู้รับผิดชอบ และผู้บริหาร ของผู้ใช้งานระบบ ด้านเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ จากการประเมินความพึงพอใจในการใช้งาน ระบบแรงงานการใช้ห้องเรียน ออนไลน์แบบดาต้าวิชวลไลเซชัน ของเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๔๘ คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๘๑ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ ๐.๔๔๕ ซึ่งแสดงว่าผู้ใช้งานระบบ ระบบประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และ จำนวน ๔๘ คน พบว่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๑ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ ๐.๓๒๘ ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของระบบ

ระบบประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

- ๑) ผู้บริหารสามารถ ติดตามและกำกับทิศทางตัวชี้วัดแบบเรียลไทม์
- ๒) เจ้าหน้าที่วางแผนปรับกลยุทธ์การดำเนินงานได้ตรงจุด ตามหลักฐานเชิงข้อมูล (evidence-based planning)
- ๓) ส่งเสริม การทำงานร่วมกันของทุกหน่วยในเครือข่าย ผ่านการใช้ dashboard กลางร่วมกัน
- ๔) นำเสนอผลงานผ่านเวที R๒R / เวที M&E ได้ง่ายและเป็นมาตรฐาน

๖.๒ ผลกระทบ

- ๑) ต่อการบริหารจัดการองค์กร
 - ผู้บริหารสามารถติดตามสถานะของตัวชี้วัดและผลงานของหน่วยงานในความรับผิดชอบ แบบ เรียลไทม์ ส่งผลให้การตัดสินใจเชิงนโยบายมีความแม่นยำและทันเวลา
 - การบริหารงบประมาณหรือทรัพยากรในพื้นที่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมาย
- ๒) ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - เจ้าหน้าที่มี ความเข้าใจภาพรวมและแนวโน้มของข้อมูล มากขึ้น ทำให้สามารถวางแผนและดำเนินงานได้อย่างมีระบบ
 - ลดภาระงานในการรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำรายงาน โดยเฉพาะงานที่ต้องสรุปข้อมูลเชิงตัวชี้วัดหลายระดับ
- ๓) ต่อระบบสุขภาพในพื้นที่
 - ส่งเสริมแนวคิด “ขับเคลื่อนงานด้วยข้อมูล (Data-Driven)” ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพงานบริการและการควบคุมโรคได้อย่างเป็นรูปธรรม
 - เพิ่ม ความโปร่งใสในการดำเนินงาน เนื่องจากข้อมูลถูกแสดงอย่างเปิดเผยและสามารถตรวจสอบได้
- ๔) ต่อการพัฒนาาระบบเทคโนโลยี
 - เป็นต้นแบบของการใช้เครื่องมือฟรีและมีประสิทธิภาพ (เช่น Google Looker Studio) ในการพัฒนาระบบติดตามงานด้านสาธารณสุขในหน่วยงานภาครัฐ
 - เปิดโอกาสให้หน่วยงานอื่นสามารถนำระบบไป ประยุกต์ใช้หรือขยายผล ได้ โดยไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด
- ๕) ต่อการสื่อสารและการรายงานผลงาน
 - รูปแบบการแสดงผลด้วย Visualization ทำให้ ผู้อ่าน/ผู้บริหาร/ประชาชนทั่วไปเข้าใจข้อมูลได้ง่าย ลดการตีความที่คลาดเคลื่อน
 - ส่งเสริมการ สื่อสารผลลัพธ์อย่างสร้างสรรค์ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสารงานพัฒนาสู่เวที R๒R, M&E หรือการประเมินภายนอกอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๑) ต้องใช้ความเข้าใจทั้งด้าน การออกแบบตัวชี้วัดเชิงระบบ และทักษะด้านข้อมูล
- ๒) กระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง (Excel, Google Sheet, ฐานข้อมูล) ต้องการการ ออกแบบ schema ที่แม่นยำ
- ๓) การแปลงตัวชี้วัดเชิงคำอธิบายให้เป็นภาพ (Visualization) อย่างถูกต้องต้องใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ใช้งานเพื่อให้ เข้าใจเป้าหมายและอินเตอร์เฟส

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ๑) ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้าน Data Visualization และ Looker Studio
- ๒) ระบบอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์บางแห่งยังไม่รองรับการเข้าถึง Looker Studio ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ
- ๓) ความไม่พร้อมด้านข้อมูล (data readiness) เช่น ข้อมูลไม่สม่ำเสมอ ขาดการจัดรูปแบบที่เหมาะสม
- ๔) ต้องใช้เวลาในการ สร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ dashboard กับเจ้าหน้าที่บางกลุ่ม

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือ Data Visualization

- ๒) พัฒนาคู่มือการใช้งานระบบ Looker Studio สำหรับผู้ใช้ทั่วไป และคู่มือด้านเทคนิคสำหรับผู้ดูแลระบบ
- ๓) สนับสนุนการเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ HDC หรือระบบอื่นแบบอัตโนมัติ (API หรือ Data Pipeline)
- ๔) ขยายการใช้ระบบนี้ไปยังอำเภออื่นๆ พร้อมแนวทางการ scale-up อย่างเป็นระบบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอในการประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย"การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพและระบบสุขภาพปฐมภูมิ "DEVELOPMENT OF INNOVATIVE HEALTH SERVICE AND PRIMARY CARE SYSTEM " ระหว่างวันที่ 7-9 สิงหาคม 2567 ณ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

งานวิจัย การพัฒนาระบบการประเมินผลงานตามตัวชี้วัด โดยใช้รูปแบบนำเสนอด้วย Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

สักส่วนผลงานของผู้ประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายกฤษณะ บัวเขียว สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
- ๒) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
- ๓) สักส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

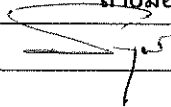
(นายกฤษณะ บัวเขียว)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต้
(นักวิชาการสาธารณสุข)ระดับชำนาญการ

วันที่ 19 ๘ 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายกฤษณะ บัวเขียว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายสุทัศน์ สีทน)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

(วันที่) 19 ส.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดต่อถือเป็นปัญหาและวิกฤติด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อหลายชนิด โดยเฉพาะโรคที่มีเย็บเป็นพาหะ เช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นทุกปีและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในด้านการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครดังกล่าว โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ขณะเดียวกัน การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนและทันสถานการณ์ จึงจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อสุขภาพประชาชน การดำเนินงานควรอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทั้งภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน ภายใต้หลักการ “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบ” เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขที่ต้นเหตุได้อย่างแท้จริง โรคไข้เลือดออกได้กลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic Disease) ที่สำคัญที่สุดของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) จัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม ๓๐ ประเทศที่มีการระบาดสูงสุดของโลก และพบการระบาดครอบคลุมทุกจังหวัดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ๕-๑๔ ปี รองลงมาคือ ๑๕-๒๔ ปี และ ๒๕-๓๔ ปี ทั้งนี้ หากป่วยในวัยผู้ใหญ่ก็มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะช็อกจากไข้เลือดออก (Dengue Shock Syndrome: DSS) และเสียชีวิตได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง จากข้อมูลปี ๒๕๖๗ พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกร้อยละ ๐.๐๘ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การเข้ารับการรักษาล่าช้า การมีโรคประจำตัว และการดื่มสุรา ผลกระทบของโรคนี้ไม่เพียงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ สังคม และจิตใจ แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและงบประมาณภาครัฐอย่างมหาศาล โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยอยู่ระหว่าง ๑,๔๓๕-๙,๑๓๕ บาท คิดเป็นต้นทุนรวมต่อประเทศราว ๑๕,๔๑๐ ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ โรคไข้เลือดออกคิดเป็นกว่า ๙๕% ของโรคที่แพร่โดยแมลงในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างจริงจังในทุกพื้นที่

ข้อมูลจากรายงาน ๕๐๖ กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยสะสม จำนวน ๔,๒๖๒ ราย (รายงานเพิ่มขึ้น ๑๒๗ ราย) อัตราป่วย ๖.๔๔ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมา ๑.๘ เท่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา ๕ อันดับแรก คือ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชลบุรี จังหวัดสงขลา และจังหวัดพัทลุง ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยัน ๓ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๘ โดยอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ ๕ - ๑๔ ปี อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี และอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ ไปรักษาช้า มีโรคประจำตัว และดื่มสุรา ตามลำดับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้เสียชีวิตพบไวรัสเดงกีทั้ง ๔ สายพันธุ์ โดยพบ DENV-๒ มากที่สุด รองลงมา คือ DENV-๑ DENV-๓ และ DENV-๔ ตามลำดับ

จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา Digital ๕๐๖ ณ วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน ๔,๘๙๖ รายคิดเป็น อัตราป่วย ๘๙.๖๘ ต่อประชากรแสนคน พบว่าปีพ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวนผู้ป่วยเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๔.๐๔ เท่า แต่สูงกว่า ค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗) อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในพื้นที่ ยังคงต้องเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในช่วงเดือนนี้มีฝนตกอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีน้ำท่วมขังบางแห่ง แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกอาจจะสูงเพิ่มขึ้นได้(ดังรูปที่ ๓) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบเขตที่อัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ตำบลในเมือง อัตราป่วย ๔๒๕.๔๗ ต่อแสนประชากร ตำบลขามใหญ่ อัตราป่วย ๓๗๔.๕๙ ต่อแสนประชากร ตำบลกุดลาด อัตราป่วย ๑๖๓.๔๔ ต่อแสนประชากร ตำบลหัวเรือ อัตราป่วย ๑๔๗.๕๕ต่อแสนประชากร และตำบลชีเหล็ก อัตราป่วย ๑๔๑.๑๙ ต่อแสนประชากร

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อมาโดยง่ายที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงฤดูฝน จากข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗) พบว่า ๖ ๒ ๓ ๑๐ ๙ พื้นที่ตำบลชีเหล็ก อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอยู่ที่ ๙๐.๒๐, ๓๐.๐๗, ๔๔.๙๔, ๑๔๙.๔๕ และ ๑๓๔.๔๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกข้างต้นนั้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน สร้างผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางภาครัฐด้านการรักษาพยาบาลส่งผลให้เกิดความสูญเสียมากมายต่อเศรษฐกิจ สังคมของประเทศตามลำดับนั้น ดังนั้นการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพนี้ จึงต้องได้รับการแก้ไขปัญหายอย่างต่อเนื่องต่อไปเพื่อลดผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นนี้ไม่ให้แพร่กระจาย และไม่ให้เป็นปัญหาในพื้นที่ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา พร้อมทั้งประสานการดำเนินงานให้สามารถควบคุมการระบาดให้สงบได้อย่างรวดเร็วอย่างทันท่วงที ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับทรัพยากรในชุมชน และเทคโนโลยี เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

การดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ในปัจจุบัน ยังประสบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนี้

๑. ระบบการจัดการข้อมูลที่ไม่เป็นระบบบูรณาการ การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกและข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ปัจจุบันดำเนินการในรูปแบบเอกสารกระดาษและระบบฐานข้อมูลแยกส่วน (Microsoft Excel) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลและการวิเคราะห์แนวโน้มการระบาดที่ล่าช้า ส่งผลให้การตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทันท่วงที

๒. การนำเสนอข้อมูลที่ขาดประสิทธิภาพในการแสดงความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และเวลา รูปแบบการนำเสนอข้อมูลปัจจุบันจำกัดอยู่เพียงตารางสถิติและแผนภูมิพื้นฐาน ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ (Spatial Relationship) และความสัมพันธ์เชิงเวลา (Temporal Relationship) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ขาดการมองเห็นภาพรวมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการระบาด เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีลูกน้ำยุงลาย ปริมาณน้ำฝน และอุบัติการณ์โรค

๓. ระบบเฝ้าระวังที่เน้นการตอบสนองเชิงรับมากกว่าการป้องกันเชิงรุก รูปแบบการเฝ้าระวังปัจจุบันดำเนินการในลักษณะการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) ซึ่งเป็นการตอบสนองหลังจากพบผู้ป่วยแล้ว มากกว่าการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังเชิงรุก (Proactive Surveillance) ที่สามารถคาดการณ์และเตือนภัยล่วงหน้า ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมและการดำเนินมาตรการป้องกันไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ข้อจำกัดในการสื่อสารข้อมูลสู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การถ่ายทอดข้อมูลการระบาดและความเสี่ยงไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) และประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างจำกัด

๕. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล เพื่อให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดสามารถสร้างประโยชน์สูงสุดต่องาน

๖. ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศในปัจจุบันส่งผลให้รูปแบบฤดูฝนมีการขยายระยะเวลาและเพิ่มความแปรปรวน ทำให้การคาดการณ์การระบาดของโรคใช้เล็ดออกตามรูปแบบฤดูกาลแบบดั้งเดิมไม่สามารถให้ผลลัพธ์ที่แม่นยำเพียงพอสำหรับการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค

จากการวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคใช้เล็ดออกรูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแสดงผลข้อมูลเชิงภาพ (Data Visualization) บนแพลตฟอร์ม Looker Studio ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการบูรณาการการรวบรวม การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบเรียลไทม์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง ระบบดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถมองเห็นภาพรวมและความสัมพันธ์ของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลากหลายได้อย่างชัดเจนและครบถ้วน รวมทั้งสามารถติดตามสถานการณ์และแนวโน้มการระบาดได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการแชร์และเข้าถึงข้อมูลโดยผู้เกี่ยวข้องได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกและการบริหารจัดการสาธารณสุข รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เล็ดออกอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒.๒ วัตถุประสงค์

๒.๒.๑ เพื่อพัฒนาระบบการรวบรวม วิเคราะห์ และแสดงผลข้อมูลการเฝ้าระวังโรคใช้เล็ดออกแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย ข้อมูลสภาพอากาศ และข้อมูลกิจกรรมควบคุมโรคผ่านแพลตฟอร์ม Looker Studio ที่สามารถแสดงผลแบบเรียลไทม์และ Interactive Dashboard

๒.๒.๒ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial Analysis) การพยากรณ์แนวโน้มการระบาด การระบุพื้นที่เสี่ยงสูง และระบบเตือนภัยล่วงหน้า เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดสรรทรัพยากรและวางแผนมาตรการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

๒.๒.๓ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการสื่อสารข้อมูลในชุมชน โดยพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรคสำหรับประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ผ่านรูปแบบการนำเสนอที่เข้าใจง่าย เพื่อสร้างความตระหนักรู้และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในชุมชน

๒.๒.๔ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคจากระบบการตอบสนองเชิงรับ (Passive Surveillance) สู่ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก (Proactive Surveillance) ที่สามารถคาดการณ์และป้องกันการระบาดล่วงหน้า ลดระยะเวลาการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรค

๒.๒.๕ เพื่อสร้างต้นแบบระบบการเฝ้าระวังโรคใช้เล็ดออกด้วยเทคโนโลยี Data Visualization ที่สามารถขยายผลและประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ในจังหวัดอุบลราชธานีและภาคอีสาน เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคระดับภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

๓.๑.๑ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชี้เหล็ก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ ตำบลชี้เหล็ก อำเภอเมืองอุบลราชธานี พบประเด็นสำคัญดังนี้

๓.๑.๑.๑ รูปแบบการระบาดตามฤดูกาล (Seasonal Pattern)

พบการระบาดสูงในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม โดยเฉพาะในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคมที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด สอดคล้องกับช่วงฤดูฝนที่มีน้ำขังและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มขึ้น มีการระบาดนอกฤดูกาลปกติมากขึ้นในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๗) เนื่องจากสภาพอากาศที่แปรปรวน ทำให้มีฝนตกในช่วงฤดูร้อนและฤดูหนาวมากขึ้น อัตราป่วยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี และ ๑๕-๒๔ ปี

๓.๑.๑.๒ การกระจายตัวเชิงพื้นที่ (Spatial Distribution)

หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ บ้านหนองแต้ หมู่ ๑ (๒๗๕.๖ ต่อแสนประชากร) บ้านทุ่งคำไฟ หมู่ ๖ (๒๔๓.๒ ต่อแสนประชากร) และบ้านชี้เหล็ก หมู่ ๒ (๒๓๗.๘ ต่อแสนประชากร)

พบความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูง ($HI > ๑๐\%$, $CI > ๕\%$, $BI > ๕๐$) กับพื้นที่ที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก

พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำซากเป็นชุมชนที่มีลักษณะเป็นพื้นที่ลุ่มต่ำ มีแหล่งน้ำธรรมชาติ และมีการเก็บกักน้ำในภาชนะต่างๆ จำนวนมาก

๓.๑.๑.๓ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

๑) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI , CI , BI) ในพื้นที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานโดยเฉพาะในช่วงต้นฤดูฝน (พฤษภาคม-มิถุนายน)

การจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม เกิดแหล่งน้ำขังในเศษภาชนะและยางรถยนต์เก่า

บ้านเรือนส่วนใหญ่มีการเก็บกักน้ำในภาชนะขนาดใหญ่โดยไม่มีฝาปิดมิดชิด

มีพื้นที่รกร้างและสวนยางพาราที่มีน้ำขังในช่วงฤดูฝน

๒) ปัจจัยด้านประชากร

ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการเก็บน้ำไว้ใช้ในการเกษตร

การเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างพื้นที่หมู่บ้านและตัวเมืองอุบลราชธานีที่มีการระบาดของโรค

ความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในช่วงนอกฤดูการระบาด

๓) ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ

- อุณหภูมิเฉลี่ยที่สูงขึ้นในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา เอื้อต่อการเจริญเติบโตและแพร่พันธุ์ของยุงลาย

- ปริมาณน้ำฝนที่เพิ่มขึ้นและการกระจายตัวของฝนที่ผิดปกติทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงตลอดทั้งปี

- ความชื้น ในช่วงฤดูฝนเอื้อต่อการมีชีวิตรอดของยุงลาย

๓.๑.๒ ข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคในปัจจุบัน

๓.๑.๒.๑ การรวบรวมและจัดการข้อมูล

- ข้อมูลถูกจัดเก็บแยกส่วนในหลายระบบ (JHCIS, Google Sheets, เอกสารกระดาษ) ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทำได้ยาก
- การรายงานผู้ป่วยมีความล่าช้า เฉลี่ย ๓-๕ วันหลังจากวันเริ่มป่วย ทำให้การควบคุมโรคไม่ทันต่อสถานการณ์
- การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดย อสม. มีการบันทึกในแบบฟอร์มกระดาษและรวบรวมเป็นรายสัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถติดตามสถานการณ์แบบเรียลไทม์ได้

๓.๑.๒.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล

- ขาดการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial Analysis) ที่แม่นยำ
- ไม่มีการนำข้อมูลสภาพอากาศและปัจจัยแวดล้อมมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลผู้ป่วย
- การวิเคราะห์แนวโน้มและพยากรณ์โรคยังทำได้จำกัด เนื่องจากขาดเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

๓.๑.๒.๓. การนำเสนอและสื่อสารข้อมูล

- รูปแบบการนำเสนอข้อมูลเป็นเพียงตารางและกราฟพื้นฐาน ไม่ดึงดูดความสนใจและเข้าใจยาก
- ขาดการแสดงผลในรูปแบบแผนที่ที่สามารถระบุพื้นที่เสี่ยงได้ชัดเจน
- ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงได้โดยผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

๓.๑.๒.๔. การมีส่วนร่วมและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคยังมีข้อจำกัด เนื่องจากขาดข้อมูลที่เข้าถึงได้และเข้าใจง่าย
- การตัดสินใจในการวางแผนควบคุมโรคยังไม่ได้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเต็มที่

๓.๑.๓ โอกาสในการพัฒนา

๓.๑.๓.๑ ความพร้อมด้านเทคโนโลยีและบุคลากร

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ มีระบบอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียร รองรับการใช้งานแพลตฟอร์มออนไลน์
- บุคลากรสาธารณสุขมีความคุ้นเคยกับการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สมาร์ตโฟน
- มีทีม อสม. ที่เข้มแข็งจำนวน ๖๒ คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ซึ่งสามารถพัฒนาศักยภาพให้ใช้เทคโนโลยีในการเก็บข้อมูลได้

๓.๑.๓.๒ แหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้

- มีข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง ๕ ปีในระบบ HosXP ที่สามารถนำมาวิเคราะห์แนวโน้มได้
- มีข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอโดย อสม.
- สามารถเข้าถึงข้อมูลสภาพอากาศจากสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดอุบลราชธานี
- มีแผนที่หมู่บ้านและพิกัด GPS ของบ้านผู้ป่วยที่เคยเก็บไว้

๓.๑.๓.๓ นโยบายสนับสนุน

- มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- องค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็กมีแผนสนับสนุนงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่

๓.๑.๔ การวิเคราะห์ความเหมาะสมของ Looker Studio สำหรับการพัฒนาเฝ้าระวัง

๓.๑.๔.๑ จุดแข็งของ Looker Studio

- เป็นแพลตฟอร์มที่ใช้งานได้ฟรี เหมาะกับหน่วยงานที่มีงบประมาณจำกัด

- สามารถเชื่อมต่อกับแหล่งข้อมูลหลากหลาย เช่น Google Sheets, CSV Files, Google BigQuery
- มีเครื่องมือสร้าง Data Visualization ที่หลากหลายและใช้งานง่าย
- สามารถแชร์ Dashboard ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ทั้งแบบ Public และ Private
- สามารถตั้งค่าการอัปเดตข้อมูลอัตโนมัติ ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

๓.๑.๔.๒ ความท้าทายในการใช้ Looker Studio

- ต้องมีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในการใช้งาน
- บางฟังก์ชันขั้นสูงอาจมีข้อจำกัดในเวอร์ชันฟรี
- ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และทำความเข้าใจระบบเบื้องต้น

สรุปประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์

๑) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น การกระจายตัวของโรคมีความสัมพันธ์กับพื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

๒) ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคในปัจจุบันมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในด้านการรวบรวมวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูล ส่งผลให้การตอบสนองต่อการระบาดไม่ทันทั่วถึง

๓) มีโอกาสในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านเทคโนโลยี บุคลากร และแหล่งข้อมูล

๔) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังใหม่ควรมุ่งเน้นการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ และเวลา การพยากรณ์แนวโน้มการระบาด และการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

๕) ความสำเร็จของการพัฒนาระบบจะขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio จึงมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ มีศักยภาพที่จะยกระดับการทำงานด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การลดอัตราป่วยและการป้องกันการระบาดในพื้นที่อย่างยั่งยืน

๓.๒ แนวความคิด

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ มีแนวคิดหลักในการดำเนินงานดังนี้

๑) การบูรณาการข้อมูลแบบองค์รวม (Holistic Data Integration) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วย

- ข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออก รวบรวมข้อมูลจากระบบ JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ เช่น จำนวนผู้ป่วย อายุ เพศ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย วันที่วินิจฉัย ผลการรักษา เป็นต้น
- ข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย รวบรวมค่า HI (House Index), CI (Container Index) และ BI (Breteau Index) จากการสำรวจโดย อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน พร้อมระบุพิกัดบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย
- ข้อมูลสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศ รวบรวมข้อมูลปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ จากสถานีอุตุนิยมวิทยาจังหวัดอุบลราชธานีหรือแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ
- ข้อมูลกิจกรรมควบคุมโรค บันทึกข้อมูลการพ่นสารเคมี การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้ความรู้แก่ประชาชน และมาตรการควบคุมโรคอื่นๆ
- ข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ ข้อมูลประชากร แผนที่หมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศ แหล่งน้ำธรรมชาติ และสถานที่สำคัญในพื้นที่

การบูรณาการข้อมูลเหล่านี้เข้าด้วยกันจะช่วยให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์โรคได้อย่างครอบคลุม เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และนำไปสู่การวิเคราะห์เชิงลึกที่มีประสิทธิภาพ

๒) การนำเสนอข้อมูลแบบ Real-time และ Interactive Visualization แนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบคือการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ตอบโจทย์การใช้งาน และเป็นปัจจุบัน โดยมีหลักการดังนี้

- การแสดงผลแบบ Near Real-time: ออกแบบระบบให้มีการอัปเดตข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยรายวัน ข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายรายสัปดาห์ และข้อมูลสภาพอากาศรายวัน เพื่อให้ผู้ใช้งานเห็นสถานการณ์ปัจจุบันและสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว
- Interactive Dashboard ออกแบบ Dashboard ที่ผู้ใช้สามารถโต้ตอบได้ เช่น การกรองข้อมูลตามช่วงเวลา พื้นที่ หรือกลุ่มอายุ การซูมเข้า-ออกในแผนที่ การดูข้อมูลเชิงลึกเมื่อนำเมาส์ไปชี้ (hover) เป็นต้น
- การนำเสนอในหลากหลายมิติ ใช้รูปแบบการนำเสนอที่หลากหลายเพื่อแสดงข้อมูลในมิติต่างๆ เช่น
 - ๑) แผนที่แสดงการกระจายตัวของผู้ป่วยและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Spatial Visualization)
 - ๒) กราฟแนวโน้มตามเวลาแสดงการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Temporal Visualization)
 - ๓) แผนภูมิความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ (Correlation Visualization)
 - ๔) Infographics สรุปสถานการณ์และข้อเสนอแนะสำคัญ

๓) การวิเคราะห์เชิงพื้นที่และการระบุพื้นที่เสี่ยง (Spatial Analysis and Risk Mapping) การวิเคราะห์เชิงพื้นที่เป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออก ประกอบด้วย

- แผนที่ความเสี่ยง (Risk Mapping): พัฒนาแผนที่แสดงระดับความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่โดยใช้ข้อมูลหลายปัจจัย เช่น ประวัติการเกิดโรค ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ความหนาแน่นของประชากร และลักษณะสิ่งแวดล้อม
- การวิเคราะห์ Hot Spot: ระบุพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่ม (Clustering) ของผู้ป่วยใช้เลือดออก เพื่อค้นหาพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงและควรได้รับการควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน
- Buffer Analysis: วิเคราะห์พื้นที่โดยรอบจากบ้านผู้ป่วยในรัศมี ๑๐๐-๕๐๐ เมตร ซึ่งเป็นระยะการบินของยุงลาย เพื่อกำหนดขอบเขตการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์เชิงพื้นที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถระบุพื้นที่เสี่ยง วางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้อย่างทันท่วงที

๔) การพยากรณ์โรคและระบบเตือนภัยล่วงหน้า (Disease Forecasting and Early Warning System) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังควรมีความสามารถในการคาดการณ์แนวโน้มการระบาดล่วงหน้า เพื่อให้สามารถเตรียมการป้องกันได้ก่อนเกิดการระบาด

- การวิเคราะห์แนวโน้มตามฤดูกาล: ใช้ข้อมูลการเกิดโรคนย้อนหลังร่วมกับข้อมูลฤดูกาลและสภาพอากาศ เพื่อคาดการณ์ช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรค
- การพัฒนาโมเดลพยากรณ์อย่างง่าย: สร้างโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ปริมาณน้ำฝน ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และจำนวนผู้ป่วย เพื่อคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคในอนาคต
- การกำหนด Threshold สำหรับการเตือนภัย: กำหนดค่าขีดจำกัด (Threshold) ของปัจจัยต่างๆ ที่บ่งชี้ความเสี่ยงต่อการระบาด เช่น ค่า HI > ๑๐%, จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกิน ๒ รายในพื้นที่เดียวกันภายใน ๑ สัปดาห์ เป็นต้น

- ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ: พัฒนากลไกการแจ้งเตือนเมื่อพบว่าพื้นที่ใดมีความเสี่ยงสูง หรือมีแนวโน้มการระบาด โดยอาจแสดงเป็นสัญลักษณ์เตือนบน Dashboard หรือส่งการแจ้งเตือนผ่านช่องทางอื่นๆ

๕) การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Community Engagement and Stakeholder Involvement) ความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน

- การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน: พัฒนา อสม. และแกนนำชุมชนให้มีบทบาทในการเก็บข้อมูลเฝ้าระวัง และรายงานสถานการณ์โรคในพื้นที่
- การเข้าถึงข้อมูลของประชาชน: สร้าง Public Dashboard ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ เพื่อรับทราบสถานการณ์โรคในพื้นที่ของตนเองและมีส่วนร่วมในการป้องกัน
- การสื่อสารความเสี่ยง: ใช้ข้อมูลจาก Dashboard เพื่อสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์และมีความตระหนักในการป้องกันโรค
- การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: เชื่อมโยงข้อมูลและแนวทางการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและจังหวัด

๖) การพัฒนาอย่างยั่งยืนและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Sustainable Development and Continuous Improvement) เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีความยั่งยืน จำเป็นต้องมีแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร: สร้างทีมงานที่มีความรู้และทักษะในการดูแลและพัฒนาระบบ ผ่านการฝึกอบรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การประเมินและปรับปรุงระบบ: กำหนดกลไกในการประเมินประสิทธิภาพของระบบเป็นระยะ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้มากขึ้น
- การบูรณาการเข้ากับงานประจำ: ออกแบบระบบให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ไม่เพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่มากเกินไป และสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ระบบ
- การขยายผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้: แบ่งปันประสบการณ์และบทเรียนที่ได้รับกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขยายผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังไปยังพื้นที่อื่น

แนวคิดในการดำเนินงานทั้ง ๖ ประการนี้ จะเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยใช้ Data Visualization บนแพลตฟอร์ม Looker Studio สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคใช้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์ และมีความยั่งยืน

๓.๓ ข้อเสนอ

๓.๓.๑ ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา

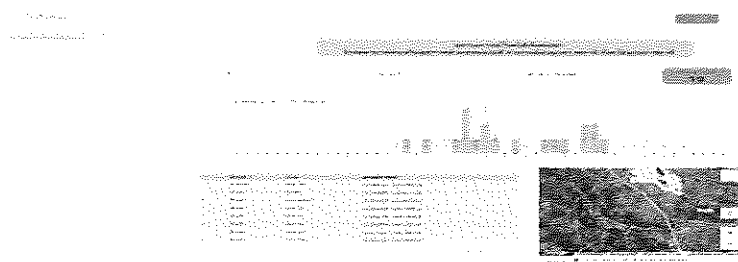
๓.๓.๑.๑ การพัฒนาระบบเก็บข้อมูล

- เชื่อมโยงฐานข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย - รวบรวมข้อมูลจาก , ระบบรายงาน ๕๐๖, ข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และข้อมูลสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกัน เพื่อการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม
- การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใช้เลือดออกให้ครบถ้วน รวมถึงข้อมูลพิกัด GPS ของบ้านผู้ป่วย เพื่อการวิเคราะห์เชิงพื้นที่
- ข้อมูลลูกน้ำยุงลาย จัดทำแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ในชุมชน
- ข้อมูลการดำเนินงานควบคุมโรค บันทึกกิจกรรมควบคุมโรค เช่น การพ่นสารเคมีกำจัดยุง การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์

๓.๓.๑.๒ การออกแบบ Dashboard บน Looker Studio

พัฒนา Dashboard ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ทุกระดับ - ออกแบบแผงควบคุมที่ครอบคลุมสำหรับ ผู้บริหาร (สรุปสถานการณ์ภาพรวม การวิเคราะห์ความคุ้มค่า) ผู้ปฏิบัติงาน (ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่) และประชาชนในชุมชน (รายงานที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้)

- แดชบอร์ดสถานการณ์ปัจจุบัน: แสดงจำนวนผู้ป่วยรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง
- แผนที่การระบาด: แสดงจุดผู้ป่วยบนแผนที่ Google Maps พร้อมระบุวันที่เริ่มป่วย เพื่อแสดงการกระจายตัวเชิงพื้นที่และเวลา
- การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง: แสดงข้อมูลการกระจายตัวของผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ เพศ อาชีพ
- การติดตามค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย: นำเสนอค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในแต่ละหมู่บ้าน พร้อมแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
- ดัชนีเตือนภัยล่วงหน้า: พัฒนาดัชนีเตือนภัยโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ และจำนวนผู้ป่วย



แผนภูมิภาพที่ ๑ แสดงหน้า Dashboard ข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออก

๓.๓.๑.๓ การแสดงผลข้อมูลด้วย Data Visualization บน Looker Studio

- การแสดงข้อมูลเชิงพื้นที่ (Geographic Visualization) แผนที่จุด (Point map) แสดงตำแหน่งผู้ป่วยและแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
- การแสดงผลแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive Visualization) ตัวกรองข้อมูล (Data filters) ที่ผู้ใช้สามารถเลือกดูข้อมูลตามช่วงเวลา พื้นที่ และตัวแปรอื่นๆ และการขยายดูรายละเอียด (Drill-down) จากภาพรวมสู่ข้อมูลระดับย่อย
- การแสดงผลแบบเรียลไทม์ (Real-time Visualization) แดชบอร์ดที่อัปเดตแบบเรียลไทม์หรือใกล้เคียงเรียลไทม์ และแสดงสถานะปัจจุบันของสถานการณ์โรคและการดำเนินมาตรการควบคุม

๓.๓.๑.๔ การใช้งานข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

- การกำหนดพื้นที่เสี่ยง ใช้ข้อมูลจากแผนที่การระบาดและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยงสูง ปานกลาง และต่ำ
- การวางแผนรณรงค์: วางแผนกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในพื้นที่เสี่ยงสูงก่อนฤดูระบาด

๓.๓.๒ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการควบคุมโรค

๑. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับการเกิดโรค เช่น

- ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายกับจำนวนผู้ป่วย
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อม (ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ) กับการระบาด
- ผลของมาตรการควบคุมโรคต่อการลดลงของผู้ป่วยและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

๒. การประเมินผลมาตรการควบคุมโรค วิเคราะห์ประสิทธิภาพของมาตรการต่างๆ โดย

- เปรียบเทียบสถานการณ์ก่อนและหลังการดำเนินมาตรการ

- วิเคราะห์ความคุ้มค่าของมาตรการแต่ละประเภท
- ระบุพื้นที่ที่มาตรการไม่ได้ผลและต้องปรับเปลี่ยนวิธีการ

๓. การพยากรณ์การระบาด การพยากรณ์เพื่อคาดการณ์แนวโน้มการระบาดในอนาคต โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง ปัจจัยฤดูกาล และปัจจัยสภาพแวดล้อม

๔. การกำหนดพื้นที่เสี่ยง วิเคราะห์และกำหนดพื้นที่เสี่ยงโดยใช้เกณฑ์หลายมิติ เช่น

- พื้นที่ที่มีประวัติการระบาดซ้ำซาก
- พื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูง
- พื้นที่ที่มีปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะ

๓.๓.๓ การสื่อสารข้อมูลสู่ชุมชน

- รายงานสถานการณ์ จัดทำรายงานสถานการณ์ประจำสัปดาห์สำหรับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- แอปพลิเคชันมือถือ: พัฒนาแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย
- QR Code: สร้าง QR Code เพื่อเข้าถึงแดชบอร์ดสารสนเทศบน Looker Studio สำหรับติดตามสถานการณ์

๓.๓.๔ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการมีส่วนร่วมของชุมชน

๑) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรในด้าน

- การใช้งานแพลตฟอร์ม Looker Studio
- การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล
- การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการวางแผน

๒) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนากลไกให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค

โดย

- พัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับประชาชนในการรายงานแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและผู้ป่วยสงสัย
- จัดตั้งเครือข่ายอาสาสมัครเฝ้าระวังโรคในชุมชน
- จัดทำรายงานสถานการณ์โรคที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชน
- ๓) การสื่อสารความเสี่ยง พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลจาก Dashboard เพื่อ
- แจ้งเตือนพื้นที่เสี่ยง
- ให้คำแนะนำในการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับสถานการณ์
- สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคในชุมชน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๓.๔.๑ ข้อจำกัดด้านข้อมูล

๑) คุณภาพของข้อมูล

- ข้อมูลอาจมีปัญหาด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน ความทันเวลา และความสอดคล้องกัน

๒) ความล่าช้าในการรายงานข้อมูล

- อาจเกิดความล่าช้าในการรายงานข้อมูลจากพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองได้ทันทั่วทั้ง

๓) ข้อมูลกระจัดกระจายและไม่สอดคล้องกัน

- ข้อมูลอาจมาจากหลายแหล่ง มีรูปแบบที่แตกต่างกัน และอาจมีความไม่สอดคล้องกัน

๓.๔.๒ ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน

๑) ข้อจำกัดของอินเทอร์เน็ตและการเชื่อมต่อ

- พื้นที่ห่างไกลอาจมีปัญหาในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) ทรัพยากรด้านฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์

- รพ.สต. อาจมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เซิร์ฟเวอร์ และซอฟต์แวร์ที่จำเป็น

๓) ข้อจำกัดของแพลตฟอร์ม Looker Studio

- แพลตฟอร์มอาจมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ การเชื่อมต่อกับแหล่งข้อมูลบางประเภท หรือคุณสมบัติการวิเคราะห์ขั้นสูง

๓.๓.๓ ข้อจำกัดด้านบุคลากร

๑) ขาดบุคลากรที่มีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการวิเคราะห์ข้อมูล

- บุคลากรในพื้นที่อาจไม่มีทักษะเพียงพอในการใช้งานและบำรุงรักษาระบบ

๒) การหมุนเวียนของบุคลากร

- บุคลากรที่ได้รับการอบรมอาจมีการย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

๓) ภาระงานที่เพิ่มขึ้น

- การใช้ระบบใหม่อาจเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรที่มีงานประจำมากอยู่แล้ว

๓.๓.๔ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและความยั่งยืน

๑) งบประมาณจำกัด

- อาจมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบ

๒) ความยั่งยืนของระบบ

- ระบบอาจไม่ได้รับการใช้งานอย่างต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดโครงการหรือการสนับสนุน

๓) การเปลี่ยนแปลงนโยบายและผู้บริหาร

- การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือผู้บริหารอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการสนับสนุนระบบ

๓.๓.๕ ข้อจำกัดด้านการยอมรับของผู้ใช้และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๑) การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

- บุคลากรอาจไม่ยอมรับระบบใหม่เนื่องจากความคุ้นเคยกับวิธีการเดิม

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๓.๕.๑ แนวทางแก้ไขด้านข้อมูล

๑) แก้ไขปัญหาคุณภาพข้อมูล

- จัดทำมาตรฐานการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
- พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอัตโนมัติ (Data Quality Checks)
- จัดอบรมบุคลากรในการเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง
- กำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองคุณภาพข้อมูลก่อนนำเข้าสู่ระบบ

๒) แก้ไขปัญหาความล่าช้าในการรายงาน

- พัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับการรายงานข้อมูลได้ทันที
- จัดทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อข้อมูลไม่ได้รับการอัปเดตตามเวลาที่กำหนด
- สร้างแรงจูงใจให้ผู้รายงานข้อมูลในพื้นที่ด้วยระบบให้รางวัลหรือการยกย่อง
- จัดให้มีเจ้าหน้าที่เฉพาะในการติดตามและประสานงานการรายงานข้อมูล

๓) แก้ไขปัญหาข้อมูลกระจายและไม่สอดคล้องกัน

- พัฒนาระบบบูรณาการข้อมูล (Data Integration System) ที่สามารถดึงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มาไว้ในฐานข้อมูลกลาง
- กำหนดมาตรฐานข้อมูล (Data Standard) และพัฒนาตัวแปลงรูปแบบข้อมูล (Data Transformer)
- พัฒนาระบบตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล (Data Consistency Check)
- จัดตั้งคณะทำงานบริหารจัดการข้อมูล (Data Governance Committee) เพื่อกำกับดูแลการจัดการข้อมูล

๓.๕.๒ แนวทางแก้ไขด้านเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน

๑) แก้ไขปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

- พัฒนาโหนดออฟไลน์ที่สามารถทำงานได้แม้ไม่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และซิงค์ข้อมูลเมื่อกลับมาเชื่อมต่อ
- ประสานงานกับผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตเพื่อปรับปรุงการเชื่อมต่อในพื้นที่
- จัดทำอุปกรณ์เชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น อุปกรณ์ 4G/5G รองรับพื้นที่ห่างไกล
- จัดตั้งจุดให้บริการอินเทอร์เน็ตในชุมชนหรือหน่วยงานในพื้นที่ห่างไกล

๒) แก้ไขปัญหาทรัพยากรด้านฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์

- จัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระยะสั้นและระยะยาว
- พิจารณาการใช้บริการคลาวด์ (Cloud Service) เพื่อลดการลงทุนด้านฮาร์ดแวร์
- สร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาหรือองค์กรภาคเอกชนในการสนับสนุนทรัพยากร
- จัดหาแหล่งทุนสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลางหรือองค์กรระหว่างประเทศ

๓) แก้ไขปัญหาข้อจำกัดของแพลตฟอร์ม Looker Studio

- ประเมินข้อจำกัดของแพลตฟอร์มและวางแผนการใช้งานให้เหมาะสม
- พิจารณาการใช้เครื่องมือประมวลผลข้อมูลเพิ่มเติม (เช่น Google BigQuery) ร่วมกับ Looker Studio
- พัฒนา API หรือตัวกลางเพื่อเชื่อมต่อแหล่งข้อมูลที่แพลตฟอร์มไม่รองรับโดยตรง
- มีแผนสำรองในกรณีที่แพลตฟอร์มมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการให้บริการ

๓.๕.๓ แนวทางแก้ไขด้านบุคลากร

๑) แก้ไขปัญหาขาดทักษะด้านเทคโนโลยี

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาทักษะบุคลากร
- พัฒนาคู่มือการใช้งานที่เข้าใจง่ายและมีรายละเอียดครบถ้วน
- จัดตั้งทีมพี่เลี้ยง (Mentor Team) เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ
- สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ใช้ระบบเดียวกัน

๒) แก้ไขปัญหาการหมุนเวียนของบุคลากร

- พัฒนาระบบการจัดการความรู้ (Knowledge Management System) เพื่อรวบรวมและถ่ายทอดความรู้
- กำหนดให้มีการถ่ายทอดงานอย่างเป็นระบบก่อนการย้ายหรือเปลี่ยนตำแหน่ง
- สร้างทีมงานที่มีความรู้หลายคนแทนที่จะพึ่งพาบุคคลใดบุคคลหนึ่ง
- พัฒนาระบบที่ใช้งานง่าย มีคำแนะนำในตัว (Built-in Tutorial) เพื่อลดความจำเป็นในการฝึกอบรมเชิงลึก

๓) แก้ไขปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้น

- ออกแบบระบบให้ช่วยลดภาระงานในระยะยาว แม้จะเพิ่มภาระในช่วงแรก
- จัดสรรทรัพยากรบุคคลเพิ่มเติมในช่วงเริ่มต้นใช้งานระบบ
- พัฒนาระบบอัตโนมัติเพื่อลดงานที่ต้องทำซ้ำๆ
- ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับระบบใหม่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๓.๕.๔ แนวทางแก้ไขด้านงบประมาณและความยั่งยืน

๑) แก้ไขปัญหางบประมาณจำกัด

- จัดทำแผนการลงทุนระยะยาวและจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา
- แสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรระหว่างประเทศ
- พัฒนาระบบแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Development) เพื่อกระจายค่าใช้จ่าย
- ใช้ซอฟต์แวร์โอเพนซอร์สและบริการฟรีเท่าที่เป็นไปได้

๒) แก้ไขปัญหาความยั่งยืนของระบบ

- บูรณาการระบบเข้ากับงานประจำและกระบวนการตัดสินใจ
- สร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของระบบในทุกระดับ
- พัฒนากลไกการติดตามและประเมินประโยชน์ของระบบอย่างต่อเนื่อง
- สร้างแรงจูงใจในการใช้ระบบผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงาน

๓) แก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงนโยบายและผู้บริหาร

- จัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประโยชน์และผลกระทบของระบบ
- สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ไม่เฉพาะผู้บริหาร
- พัฒนาระบบให้มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลงได้
- เชื่อมโยงระบบกับยุทธศาสตร์ระดับประเทศและมาตรฐานสากล

๓.๕.๕ แนวทางแก้ไขด้านการยอมรับของผู้ใช้และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๑) แก้ไขปัญหาการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

- สร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาระบบ
- สื่อสารประโยชน์ของระบบให้ผู้ใช้งานเข้าใจอย่างชัดเจน
- เริ่มต้นใช้งานในกลุ่มนำร่องที่มีความพร้อมและเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่น
- รับฟังความคิดเห็นและปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณ

๑) การลดลงของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

- อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบลดลงจาก ๒๘๗.๓๖ ต่อประชากรแสน เป็น ๑๕๐ ต่อประชากรแสน หรือลดลงร้อยละ ๔๘ ภายใน ๒ ปี
- จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกรายใหม่ลดลงร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับปีก่อนการดำเนินโครงการ

๒) การเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง

- ระยะเวลาในการวิเคราะห์และรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคลดลงจาก ๗ วัน เป็น ๑ วัน

๓) การเพิ่มขึ้นของความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน

- ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกผ่านระบบที่พัฒนาขึ้น

๔.๒ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงคุณภาพ

๑) ระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย

- ได้ระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกแบบรวมศูนย์ที่เชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ระบบสามารถแสดงผลข้อมูลแบบเรียลไทม์และแสดงความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และเวลาได้อย่างชัดเจน

๒) การสนับสนุนการตัดสินใจที่รวดเร็วและแม่นยำ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกได้อย่างรวดเร็วและสะดวก
- การวิเคราะห์แนวโน้มการระบาดและการคาดการณ์ความเสี่ยงมีความแม่นยำมากขึ้น
- การวางแผนและจัดสรรทรัพยากรสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

๓) การสื่อสารและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ดีขึ้น

- ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ง่ายและเข้าใจง่าย
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเครื่องมือสนับสนุนในการทำงานและให้ข้อมูลแก่ประชาชน
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มสูงขึ้น

๔) ความยั่งยืนและการขยายผลของโครงการ

- ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ได้
- การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีการแสดงผลข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรค

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) ตัวชี้วัดด้านการลดลงของโรค

- อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบลดลงร้อยละ ๔๘ ภายใน ๒ ปี
- จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกรายใหม่ลดลงร้อยละ ๓๐ ต่อปี

๒) ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพของระบบ

- ระยะเวลาในการวิเคราะห์และรายงานข้อมูลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง
- ระยะเวลาในการตอบสนองต่อการระบาดไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง
- ระบบสามารถให้บริการได้ตลอดเวลา (Uptime) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๓) ตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงและการใช้งาน

- จำนวนเครือข่ายชุมชนใช้ระบบครอบคลุมร้อยละ ๘๐ (บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน)
- ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบ

๔) ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพ

- ร้อยละ ๑๐๐ ของบุคลากรสาธารณสุขผ่านการอบรมการใช้ระบบ
- ร้อยละ ๘๐ ของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถใช้ระบบได้

๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑) ระบบ Data Visualization ที่มีประสิทธิภาพ

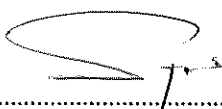
- ระบบสามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้ครบถ้วน (ข้อมูลผู้ป่วย, ดัชนีลูกน้ำยุงลาย)
- ระบบแสดงผลข้อมูลแบบ Interactive Dashboard ได้อย่างสมบูรณ์
- ระบบสามารถแสดงความสัมพันธ์เชิงพื้นที่และเวลาได้อย่างชัดเจน

๒) ความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ

- ผู้ใช้ระบบมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้งานในระดับดีมาก หรือร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
- ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลได้รับการประเมินในระดับดีมาก หรือร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
- ความเข้าใจในการตีความข้อมูลได้รับการประเมินในระดับดีมาก หรือร้อยละ ๘๐

๓) การพัฒนาความสามารถของบุคลากร

- บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้ระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ ๙๐ ของบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินการใช้งาน)
- บุคลากรสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครและชุมชนได้ (ร้อยละ ๘๕ ของบุคลากรสามารถจัดการฝึกอบรมให้กับ อสม. และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ)

ลงชื่อ) 

(นายกฤษณะ บัวเขียว)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแต้

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

วันที่ 19 ส.ค. 2568

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). คู่มือการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค, กองระบาดวิทยา. (๒๕๖๗). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๑๘ กันยายน ๒๕๖๗. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๖๕). แนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุกศศึกษา. (๒๕๖๒). แนวทางการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (๒๕๖๔). คู่มือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- นครินทร์ อิศรานันท์ และคณะ. (๒๕๖๔). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ.วารสารการแพทย์เขตร้อน, ๔๒(๓), ๑๕๖-๑๗๒.
- ปรีชา วงศ์ตรีเวช และคณะ. (๒๕๖๓). การประยุกต์ใช้ Data Visualization เพื่อการเฝ้าระวังโรคติดต่อ.วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ, ๑๕(๒), ๘๙-๑๐๕.
- ปิยะพงษ์ ศิลาชัย และคณะ. (๒๕๖๕). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารระบาดวิทยา, ๓๘(๔), ๒๒๓-๒๔๐.
- มนิรัตน์ เจริญสุข และคณะ. (๒๕๖๖). การพัฒนาระบบแดชบอร์ดเพื่อการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี.วารสารสาธารณสุขและการแพทย์ป้องกัน, ๓๑(๒), ๗๘-๙๔.
- รัชดาภรณ์ สมบูรณ์ และคณะ. (๒๕๖๔). การใช้ Google Looker Studio เพื่อการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสาธารณสุข.วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์, ๑๗(๓), ๑๓๔-๑๔๙.
- วิรุณ ตั้งเจริญสุข และคณะ. (๒๕๖๕). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย.วารสารวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม, ๒๘(๔), ๔๕-๖๒.
- วิชณู ประดิษฐ์ และคณะ. (๒๕๖๓). การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข, ๒๙(๑), ๑๑๒-๑๒๘.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (๒๕๖๗). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดอุบลราชธานีประจำปี ๒๕๖๗. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี. (๒๕๖๖). แผนงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลขี้เหล็ก.อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.