



ประกาศจังหวัดน่าน
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดน่านได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสุอาภรณ์ ไหลพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๖


(นายสุริ ทอญี่ยม)
ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสุอาภรณ์ ไหลพานิช	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลปากเกร็ด</u> <u>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ</u> <u>และองค์กรร่วม</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๗๔๔	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลปากเกร็ด</u> <u>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ</u> <u>และองค์กรร่วม</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๖๗๔๔	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้รอยต่อสู่ชุมชน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน พ.ศ. 2566 รวม 28 สัปดาห์
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดำเนินคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบคลุม 4 มิติ ประกอบด้วย การดูแล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งให้บริการส่งเสริม ป้องกัน ค้นหาและให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเขตรับผิดชอบ รวมถึงเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติและในชุมชน และวางแผนงานการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล คำนึงถึงร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Creating of a therapeutic) เป็นเสมือนตัวแทนของแม่ (Mothering role) เป็นตัวแทนสังคม (Socializing agent role) เป็นเสมือนครู (Teaching role) และเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling role)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเภท ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ปี 2562, 2563, 2564 ร้อยละ 22.15, 24.24, 41.81 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดของกระทรวงคือร้อยละ 75.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำ ในปี 2563 จำนวน 22 ราย ปี 2564 จำนวน 39 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด, 2564) จากรายงานการเยี่ยมบ้าน พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย อายกลัวสังคมรังเกียจ ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวเบี่ยงเบนในการรักษา ขาดการยอมรับจากชุมชน และมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2563) แพทย์ บุคลากรพยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทกลัวถูกทำร้าย พยาบาลจบใหม่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ จำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัว ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามนโยบายรัฐบาลข้อ ๕ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี แผนที่ 2 ซึ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

4.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

4.3 วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตาม DSM-IV หรือ ICD-10 เคยมีประวัติขาดยาและต้องกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีอาการสงบ สามารถควบคุมตนเองและดูแลตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของกรมสุขภาพจิตคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทั้งหมด 28 สัปดาห์ การศึกษาผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้รับรหัสการรับรองการวิจัยในมนุษย์คือ 23/2565 วันที่ 20 กันยายน 2565

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดัดแปลงมาจากโปรแกรมการดูแลที่บ้านของ จลี เจริญสรรพและคณะ (2552) โดยเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมที่ 4 คือ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และในกิจกรรมที่ 5 เพิ่มเนื้อหา อาการเตือน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย 5) อาการเตือนและการป้องกันภาวะวิกฤตภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และ 6) การจัดการความเครียด โดยมีการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ หรือวันอังคารและวันพฤหัสบดี) เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 45- 60 นาที ณ บ้านผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลักษณะตัวอย่าง ได้แก่แบบประเมินความรุนแรงทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2551) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แบบประเมินความรู้โรคจิตเภทใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดยพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.91 ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองใช้ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดย จันทรา อีระสมบูรณ์ (2543) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.90 ใช้เครื่องมือนี้ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินความรู้โรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

5. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

4.6 ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมิน เอกสารอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม และฝึกทักษะเทคนิคต่าง ๆ ฝึกการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและการใช้เครื่องมือ
2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ผู้ดูแล 30 คน นัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินผลการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน (Post – test)

4.7 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและรูปแบบการดูแลผู้จิตเภทที่บ้านเมื่อผลลัพธ์ออกมาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จะได้นำโปรแกรมที่ผ่านการศึกษาแล้วไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนผู้ดูแลทุกคนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพดีในด้านเพิ่มระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่กับครอบครัวที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาล ลดอัตราครองเตียง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท บุคลากรเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การดำเนินงานส่งผลให้ โรงพยาบาลปากเกร็ด เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่งานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และในชุมชน รวมถึงระบบส่งต่อ ระบบการให้คำปรึกษา โดยจิตแพทย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีการสร้าง Flow Chart แนวทางการประเมินคัดกรองโรคจิตเภท/โรคซึมเศร้า ทำให้กระบวนการปฏิบัติงานมีระบบชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติ ทำให้บุคลากรเกิดความมั่นใจ มีความสุขในการทำงานมากขึ้นจากเดิมที่มีความหวาดกลัวผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังเกิดกระบวนการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมครอบคลุมมิติสุขภาพ และมิติสังคม สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราครองเตียงลดลง ประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องเป็นผู้จัดการกับสถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ต้องทำการประเมินและใช้วิจารณ์ญาณในการตีความ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะที่ดีของผู้รับบริการ โดยการปฏิบัติงานถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการพยาบาล การวางระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลดีในการปฏิบัติ ต้องการรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างจากเดิม เน้นเรื่องของการเป็น Mentoring / Coaching มากขึ้น ดังนั้นจึงต้องทำหน้าที่เป็น Mentor / Coacher แก่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานด้วย นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของระบบบริการพยาบาล ภายใต้สภาวะแวดล้อมในการทำงานในปัจจุบันที่จะต้องเผชิญเป็นเรื่องของการทำความเข้าใจเนื่องจากเป็นงานที่ต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติงาน ให้ประสบผลสัมฤทธิ์ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลที่เกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นงานที่ต้องใช้การสังเกต คำพูด ท่าที และความสามารถในการติดต่อสร้างสัมพันธภาพพฤติกรรมของบุคคลทั้งปกติและผิดปกติ เปราะบาง หากมีการเฝ้าระวังไม่ครบถ้วนหรือประเมินไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ด้านผู้ป่วย มีปัญหาด้านสายตา บางคนมีอาการทางจิต บางคนไม่มีความอดทน บ่นเบื่อเนื่องจากงานวิจัยระยะยาว
2. ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีเวลาต้องประกอบอาชีพ
3. ด้านชุมชน สมาชิกในชุมชนยังมีทัศนคติในแง่ลบ ไม่ยอมรับผู้ป่วยกลัวถูกทำร้าย ประกอบกับชุมชนเป็นเขตเมือง ลักษณะการดำเนินชีวิต ต่างคนต่างอยู่ ช่วงเช้าไปทำงาน ช่วงเย็นกลับบ้าน ลักษณะบ้านที่ตั้งเลขที่บ้านไม่เรียงลำดับ เป็นแบบกระจัดกระจาย บางบ้านไม่บ้านเลขที่ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว

9. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

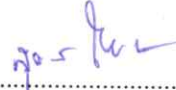
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ประเภทงานวิจัย (Research: Oral Presentation) ที่งานประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปประจำปี 2566 “The Challenge of Primary Care System in Changing World” ในวันที่ 11 - 13 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมเวลาดี อำเภอมือง จังหวัดนครพนม

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) ส่วนของผลงาน.....
- 2) ส่วนของผลงาน.....
- 3) ส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสุอาภรณ์ ไหลพานิช)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 ก.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางฐิติมา อินทร์เนตร)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) 17 ก.ค. 2566
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายอนุกุล เอกกุล)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) 17 ก.ค. 2566
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)
(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) 7 ต.ค. ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้รอยต่อสู่ชุมชน.

2. หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปี 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชในไทย เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1 ล้านคน ในปี 2558 เป็น 2.3 ล้านคนในปี 2564 สถิติผู้ป่วยจิตเวช ปี 2562,2563 และ 2564 พบว่าอัตราป่วยโรคจิตเวช 570.55,400.68 และ 494.95 ตามลำดับ ต่อประชากรแสนคน สังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาวิกฤตหลายด้าน เช่น การแพร่ระบาดของข่าวปลอม อาชญากรรมและความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ที่กำลังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เวลาที่สังคมมีปัญหา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องปากท้อง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การขัดแย้ง ทางความคิด ความรุนแรง การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรง โรคทางจิตเวช ติดสุรา พิการ์ ลูกมีปัญหาการเรียนหรือพฤติกรรม ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนทั้งสิ้น ในทางกลับกันการที่คน ในสังคมมีปัญหาสุขภาพจิต ก็มักจะส่งผลให้สังคมมีความเกือกลก้นน้อยลง ขาดความเมตตาและความเอื้ออาทรต่อกัน กลายเป็นสังคมที่ไม่น่าอยู่ ก่อให้บุคคลเกิดความเครียดอันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ทางร่างกาย อารมณ์ และการรับรู้ ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมก็อาจก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชได้

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลปากเกร็ด ปี 2562,2563,2564,2565 จำนวน 1,143, 1,080, 1,034,938 ราย ตามลำดับ และปี 2566 (ต.ค.-มี.ค.) จำนวน 794 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังจากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้สมควรได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ลดอัตราครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดนนทบุรีมีโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์ประจำร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตจังหวัดนนทบุรีและเครือข่าย สำหรับอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นเครือข่ายในการรับและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชนจากโรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันจิตเวชอื่น ๆ โรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีหน้าที่ในการให้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

สำหรับบทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา พบว่าด้านระบบการทำงาน งานสุขภาพจิต ภาระงานค่อนข้างมาก จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มาตรวจรักษา หรือส่งต่อ งานให้คำปรึกษา งาน OSCC และงานเยี่ยมบ้าน ในส่วนของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน รับผิดชอบหน้างานแต่ละแผนกเน้นดูแลผู้ป่วยทางกายมากกว่าอาการทางจิต ทำให้บุคลากรขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การดำเนินงาน จะเป็นลักษณะงานที่ต่างคนต่างทำและไม่มีรูปแบบแนวทางการทำงานอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบปัญหาและระบบบริหารจัดการจัดการทางเภสัชกรรม การขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการบริการจัดการและปัญหาการดูแลส่งต่อในเครือข่าย ส่วนลักษณะของผู้มารับบริการแบ่งตามระยะของการดำเนินของโรคและการรักษาโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยระยะเร่งด่วน (acute phase) จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าหรือมีผู้นำส่งโดยไม่ผ่านระบบการส่งตัวตามปกติหรือใช้สิทธิฉุกเฉิน และบางกลุ่มไปรับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ดซึ่งเกือบทั้งหมด จะได้รับการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

2. ระยะต่อเนื่อง (continuation phase) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการดีขึ้นเป็นบางส่วน แต่ยังจำเป็นต้องติดตามการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยจิตแพทย์ส่วนใหญ่จะได้รับการนัดติดตามอาการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ผู้ป่วยมารับการรักษาอยู่

3. ระยะคงสภาพ(maintenance phase) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ แต่ยังคงต้องรับยาหรือติดตามอาการการรักษาจนครบระยะเวลาของการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (relapse prevention) ผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่สามารถติดตามโดยบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มนี้ได้รับการส่งต่อกลับไปสู่โรงพยาบาลปากเกร็ดหรือส่งคืนสู่ชุมชนของผู้ป่วย เพื่อรักษาและฟื้นฟู แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระบบการดูแลและยา รวมถึงความยอมรับของหน่วยบริการและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางส่วน ยังจำเป็นต้องติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่มีจิตแพทย์หรือมียาที่ผู้ป่วยได้รับ

จากลักษณะของผู้มารับบริการทำให้เกิดปัญหาความแออัดของผู้มารับบริการที่มีอาการทางจิต เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยอาจเกิดจากสาเหตุ เช่น ความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไป ระบบการคัดกรองโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพดีขึ้น แต่ขาดระบบการดูแลทำให้จำเป็นต้องส่งต่อ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลปากเกร็ดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบโรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ และยังขาดระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรองรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

แนวความคิด ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต มีแนวคิดให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดและมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ศึกษาต้องหากลไกและพัฒนาระบบการดูแล ที่จะทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลป้องกันได้อย่างเหมาะสมดังนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามหน่วยงานต่าง ๆ พร้อมฝึกการใช้แบบ 2Q,9Q และ 8Q

2. พัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษา ให้ความรวดเร็ว ครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาเพิ่ม กำหนดให้ทุกแผนกมีบุคลากรสามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ และมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยจากจุดบริการต่าง ๆ และกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้ประสานงาน ส่งต่อพยาบาลจิตเวชและควรมีตารางเวลาการให้บริการที่ชัดเจน

3. พัฒนาศูนย์จิตเวชของโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นระบบ Telemedicine ในวันที่ไม่มีจิตแพทย์ลงตรวจ เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ด ได้รับการสนับสนุนจิตแพทย์จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าออกตรวจโรค เดือนละ 1 ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ตามนัดหรือรายใหม่ไม่ได้รับการรักษา การใช้ระบบ Telemedicine ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้นและผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ได้ทันทั่วทั้ง

4. ระบบคลินิกชุมชน เป็นระบบบริการหลายระบบดำเนินการควบคู่กันไปในช่วงเวลาเดียวกัน โดยแต่ละส่วนมีอิสระในการจัดการ และตัดสินใจในขอบเขตที่กำหนดไว้ มีความเชื่อมโยงและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำให้เกิดการไหลเวียนของผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลที่เหมาะสม ประกอบด้วย

4.1 คลินิกที่ดูแลโดยจิตแพทย์ กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยระยะเร่งด่วน

4.2 คลินิกที่ดูแลโดยพยาบาลจิตเวช โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้การปรึกษาและติดตามการรักษา กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยรับยาเดิม และการดูแลติดตามผู้ป่วยในชุมชน

6. พัฒนาระบบการส่งต่อ การประสานงานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด ร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยเสมือนเป็นหน่วยบริการเดียวกัน จัดทำกรุปไลน์เพื่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยและความรู้ต่าง ๆ และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยทำให้ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงระบบบริการเข้าด้วยกัน

7. พัฒนาระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการพูดคุยภายในงาน ทุกครั้งการประชุมหรือมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เช่น ทีมพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยาและทีมองค์กรแพทย์

8. พัฒนาระบบการส่งต่อสู่ชุมชน โดยการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด เทศบาลนครปากเกร็ด ร่วมจัดทำทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน

9. จัดตั้งกรุปไลน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อติดตามอาการ การมาตามนัด การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ด้านต่าง ๆ

ข้อเสนอ

1. การจัดบริการเชิงรุกโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปสู่การป้องกันและช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและเป็นการส่งเสริมการสุขภาพจิตที่ดี

2. การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหลังการจำหน่าย

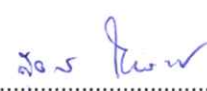
3. การประสานงานเครือข่ายในการเยี่ยมผู้ป่วยใน CUP

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลที่เน้นการรักษาทางกาย เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง อาจปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายได้
2. ขาดบุคลากรเนื่องจากภาระงานเพิ่มขึ้น

แนวทางแก้ไข

1. จัดทำระเบียบปฏิบัติ และฝึกอบรมบุคลากร ทุกๆ 3 เดือน
 2. จัดอบรมให้ความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขทางด้านสุขภาพจิต เพื่อคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและรายงานทางกรุปไลน์ ลดความแออัดในโรงพยาบาล
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. มีระบบการให้บริการในลักษณะคลินิกจิตเวชเต็มรูปแบบ มีมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
 2. มีการประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การดำเนินของโรคและการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อการดูแลหรือส่งต่ออย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
 3. มีระบบสื่อสารและส่งต่อข้อมูล ทั้งด้านข้อมูลและองค์ความรู้ ในระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
 4. มีการแลกเปลี่ยนความรู้ทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่าย
 5. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่และตอบสนองตามความต้องการได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาได้รับการเคารพและคุ้มครองในสิทธิผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ลดการกลับเป็นซ้ำ
 6. ผลลัพธ์ของญาติ ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางการแก้ปัญหาได้ ได้รับทราบปัญหา/การเจ็บป่วยและแผนการดูแล
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้รอยต่อสู่ชุมชน
 2. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร้อยละ 100
 3. อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ไม่เกิน ร้อยละ 10
 4. การเข้าถึงบริการโรคจิตเภท ร้อยละ 75
 5. การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 80
 6. การฆ่าตัวตายไม่เกิน ร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร

(ลงชื่อ) 

(นางสุอาภรณ์ ไหลพานิช)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 ก.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน

4. แบบสรุปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล

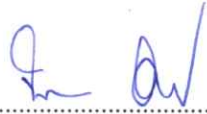
ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกรณีย์ ไหลพานิช

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	19
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	27
3. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	27
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	9
รวม	100	90

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ) 

(นางจิรติมา อินทร์เนตร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) / 17 ก.ค. 2566

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- (☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ)

(นายอนุกุล เอกกุล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่)/ 17 ก.ค. 2566

(ลงชื่อ)

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่)/ 14 ส.ค. 2566

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีความรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(..... (นายสุริ ทอ้งแค้น))

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๖