ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๑๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นายมนตรี มังคลาด	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานบริหารทั่วไป
๒	นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๓	นางสาวสุภาพร เทียนทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระยาอนุบาลดิตถกรรม (เสน โกศะโยดม)
๔	นายสนั่น แตงบัว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวัดแดง หมู่ที่ ๑ ต.ไทรม้า
๕	นายสุรศักดิ์ เนียมปาน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางรักน้อย หมู่ที่ ๓
๖	นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองตาคล้าย
๗	นางกนกภัณฑ์ วีรปกรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย หมู่ที่ ๕ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๘	นายวิชัย สุขภาคกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางรักน้อย
๙	นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลาดวัดมะเกลือ ต.หนองเพรางาย
๑๐	นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง
๑๑	นางนันทวรรณ ว่องไวคุณอนันต์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางไกรใน ต.บางขุนกอง
๑๒	นางแดงน้อย พ่วงรัก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดปลายคลองขุนศรี ต.ไทรใหญ่
๑๓	นางนวลพรรณ ขวัญเมือง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่
๑๔	นางนริศรา ทะแดง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด
๑๕	นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงหิน
๑๖	นางสาวนวิยา ไสยรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ต.บางรักพัฒนา

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคลหากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
๑	นายมนตรี มังคลาด	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	๕๕๖๗	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ	๕๕๖๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี”				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๖๗ - มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ควบคุมจัดทำบัญชี เอกสารรายงานความเคลื่อนไหวทางการเงิน ทั้งเงินในและเงินนอกงบประมาณ เงินทุนหมุนเวียน เพื่อแสดงสถานะทางการเงินและใช้เป็นฐานข้อมูลที่ถูกต้องตามระเบียบวิธีการบัญชีของส่วนราชการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลและรายงานการเงินของส่วนราชการ เพื่อพร้อมที่จะปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องและทันสมัย ประเมินผลและติดตามผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณของหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดทำและจัดสรรงบประมาณ วางแผนและควบคุมการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเงินและบัญชี เช่น การจัดสรรประมาณ การรับและจ่ายเงิน สถานะการเงิน การตรวจสอบเอกสารสำคัญการรับและจ่ายเงิน เพื่อให้การรับ-จ่ายเงินขององค์กรมีประสิทธิภาพ และถูกต้องตามระเบียบปฏิบัติของราชการ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การบริหารการเงินการคลังให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) การดำเนินงานตามโครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตัวชี้วัดของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๔ ทำให้ต้องมีการจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาข้อมูลด้านการเงินและระบบบัญชีของหน่วยบริการในสังกัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการที่สามารถวิเคราะห์สถานะการเงินการคลัง จึงได้จัดทำแนวทางประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการประเมินข้อมูลทางการเงิน ดังนี้

๑. ด้านตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)
   ๑.๑ การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกลบไม่เกิน ๕%
   ๑.๒ การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน
   ๑.๓ การบริหารจัดการ
๒. ด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน
   ๒.๑ ความสามารถในการทำกำไร
   ๒.๒ การวัดสภาพคล่องทางการเงิน

หน่วยบริการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หลายๆปีที่ผ่านมาสถานการณ์การเงินการคลังไม่ได้ดีมากแต่ไม่ถึงขั้นวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ซึ่งในช่วงสถานการณ์โรคแพร่ระบาดโคโรน่า COVID-๒๐๑๙ หน่วยบริการทุกแห่งได้รับเงินสนับสนุนและรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้สถานการณ์การเงินการคลังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น และแนวโน้มที่จะประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ลดลงอย่างต่อเนื่อง คือสภาพคล่องทางการเงินของแต่ละโรงพยาบาลดีขึ้น ค่าอัตราส่วนทางการเงินสูงขึ้น แต่เมื่อมีการตรวจราชการและนิเทศงานปกติ ตามตัวชี้วัด หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ พบว่าการดำเนินงาน

ของหน่วยบริการยังไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)

โดยมีขั้นตอนของการดำเนินงานเป็น ๒ ระยะด้วยกัน คือ

ระยะที่ ๑ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการศึกษาสถานการณ์การเงินการคลัง รวบรวมข้อมูลด้านการเงินการคลังและข้อมูลผลงานการให้บริการ เพื่อวิเคราะห์ในประเด็น

- สถานการณ์การเงินของหน่วยบริการด้านสถาพคล่องทางการเงิน
- ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) ของหน่วยบริการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗

ระยะที่ ๒ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) คณะกรรมการด้านการเงินการคลังระดับจังหวัด ในการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

การพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เชิงคุณภาพ

๑. ผลการวิเคราะห์มาประกอบการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย ด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้

๒. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำผลการวิเคราะห์มาประกอบการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย ด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้

๒. สามารถพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การนำข้อมูลสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีตามตัวชี้วัด หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ในระดับต่างๆ พบว่าการดำเนินงานของหน่วยบริการยังไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มีการปรับปรุงการบันทึกบัญชีย้อนหลัง อาจจะทำให้ผลการวิเคราะห์มีการเปลี่ยนแปลง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. บันทึกบัญชีให้ถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา

๒. ตรวจสอบการบันทึกบัญชี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัยและเตรียมเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นายมนตรี มังคลาด เป็นผู้ดำเนินการ ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) .....-..... สัดส่วนของผลงาน.....-..... (ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายมนตรี มังคลาด)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

(วันที่) .....๘ ต.ค. ๒๕๖๗...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสันติ โพธิ์ทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ...../๘ ต.ค. ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิพร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...../ ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๗/.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ด้วยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ได้เข้าดำเนินการตรวจสอบรายงานการเงินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีและได้มีข้อทักท้วงข้อเสนอแนะการตรวจสอบการเงินสำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โดยมีข้อสังเกตประเด็นของงานการเงินและบัญชีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน คลาดเคลื่อนจนเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานอาจจะเกิดความเสี่ยงและผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕

๒. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๔

๓. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

๔. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษา
เงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. ๒๕๖๒

ด้วยพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง พ.ศ. ๒๕๖๑ มาตรา ๗๙ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง จึงเห็นว่าควรมีการทบทวนกระบวนการปฏิบัติงาน ด้านการเงิน การบัญชี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมกำหนด ปรับปรุง แนวทางการปฏิบัติงาน และให้สำนักงานมีคู่มือการปฏิบัติงานที่ถูกต้องและเป็นการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานได้

ทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการเงิน การบัญชี ที่เกี่ยวกับระเบียบที่เกี่ยวข้องพร้อมจัดทำคู่มือการบวนการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โดยกลุ่มงานบริหารทั่วไป งานการเงินและบัญชี มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานและบริหารความเสี่ยง ลดความผิดพลาดตามข้อทักท้วงของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ดังนี้

งานการเงิน

๑. การตรวจสอบเอกสารขอเบิกจ่ายเงินงบประมาณ
๒. การขอเบิกเงินงบประมาณในระบบ GFMIS (ขบ.๐๑,ขบ.๐๒,ขบ.๑๑)
๓. การจ่ายเงินงบประมาณ ระบบ KTB และการสั่งจ่ายเช็ค
๔. การขอจ่ายเงินงบประมาณในระบบ GFMIS (ขจ.๐๕)
๕. การตรวจสอบเอกสารขอเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ
๖. การขอเบิกเงินงบประมาณในระบบ GFMIS (ขบ.๐๑,ขบ.๐๓,ขบ.๑๑)
๗. การจ่ายเงินงบประมาณ ระบบ KTB,เขียนเช็ค
๘. การขอจ่ายเงินงบประมาณในระบบ GFMIS (ขจ.๐๕)

งานบัญชี

๑. การบันทึกบัญชีในระบบ NEW GFMIS Thai

๒. การตรวจสอบรายงานการเงินประจำปี AFS

๓. การจัดทำงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคาร

๔. การจัดทำบัญชีแยกประเภท

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีได้อย่างถูกต้อง

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี มีคู่มือขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีมีความถูกต้อง

๒. ร้อยละ ๑๐๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี มีคู่มือขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ) .....

(นายมนตรี มังคลาด)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

(วันที่) ...../๘ ต.ค ๒๕๖๗/.....

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		
๒	นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	๑๕๑๒๐๓	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	๕๖๒๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"การพัฒนากระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ"				๙๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"การพัฒนาโปรแกรมการเปรียบเทียบปรับเพื่อชำระค่าปรับทางอาญาและปรับเป็นพินัยสำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองบริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี"				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนากระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งวิเคราะห์รายงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน หรือรายงานการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โดยใช้การศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย รวบรวมข้อมูล เรื่องที่ยากและมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ทางวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข หรือประสบการณ์สูง เช่น กฎหมายด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาทิ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ กฎหมายด้านบริการ อาทิ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ การบังคับใช้กฎหมาย การคุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการค้นคว้าอ้างอิงหรือใช้ข้อมูลจากภายนอก เพื่อกำหนดทิศทางในภาพกว้างของงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข นำไปสู่การได้ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางมาตรฐานงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ในการปรับปรุงระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบของงานวิจัย โดยมีสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ดังนี้

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการดำเนินโครงการสำรวจความปลอดภัยน้ำแข็งหลอดที่จำหน่ายในร้านจำหน่ายเครื่องดื่มในห้างสรรพสินค้า จังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นการดำเนินการใน Phase ที่ ๑ สถานที่เป้าหมายเป็นสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่ม ที่รับน้ำแข็งมาจากโรงงานผลิตน้ำแข็งหรือสถานที่จำหน่ายน้ำแข็ง การดำเนินการประกอบด้วยการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในร้านจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบในห้างสรรพสินค้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๐ ร้าน พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ทั้งหมด (Total Plate Count) คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๗ พบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๑๗ พบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียชนิด E. coli คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๓ และพบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียชนิด S.aureus คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๓๓ และจากการสำรวจสถานที่ของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มและสำรวจสุขลักษณะของผู้จำหน่ายเครื่องดื่ม จำนวน ๖๒ ร้าน พบว่า ภาชนะตักน้ำแข็งเก็บปะปนอยู่ในถังใส่น้ำแข็ง จำนวน ๓๗ ร้าน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๖๘ มีการเก็บน้ำแข็งปะปนกับอาหารอื่นๆ จำนวน ๖ ร้าน คิดเป็นร้อยละ ๙.๖๘ พนักงานร้านเครื่องดื่มไม่ใส่ถุงมือ จำนวน ๓๒ ร้านคิดเป็นร้อยละ ๕๑.๖๑ พนักงานร้านเครื่องดื่มไม่สวมหมวก จำนวน ๔๑ ร้าน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๑๓

จากผลการตรวจสอบและการสำรวจดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นว่าน้ำแข็งที่ใช้ในเครื่องดื่มที่จำหน่ายในปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ในระดับค่อนข้างสูง คุณภาพของน้ำแข็งที่จำหน่ายไม่เป็นไปตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๗๘ (พ.ศ.๒๕๒๗) เรื่อง น้ำแข็ง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๑๖) พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน หลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการในการตรวจวิเคราะห์ ของอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ที่กำหนดว่า ต้องพบเชื้อแบคทีเรียชนิดโคลิฟอร์ม และแบคทีเรียชนิด S.aureus ไม่เกินมาตรฐาน และ

ไม่พบเชื้อแบคทีเรียชนิด E. coli และประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพทางจุลชีววิทยาของอาหารและภาชนะสัมผัสอาหาร ฉบับที่ ๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๐ กำหนดว่าต้องไม่พบเชื้อ *E. coli และ*เชื้อ S.aureus บนพื้นผิวภาชนะสัมผัสอาหาร และบนมือผู้สัมผัสอาหาร จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเห็นควรศึกษาการพัฒนากระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๒. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนากระบวนการการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งที่จำหน่ายในสถานจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๓. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำแข็งที่จำหน่ายในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๒. เพื่อศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในภาชนะ/ อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง (ภาชนะเก็บน้ำแข็ง ที่ตักน้ำแข็ง สำหรับตัก ใส่แก้ว) และมือผู้สัมผัส ในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๓. เพื่อศึกษาแหล่งที่มา การคัดเลือก การจัดเก็บ กระบวนการทำความสะอาดภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัส น้ำแข็งที่นำมาจำหน่ายในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

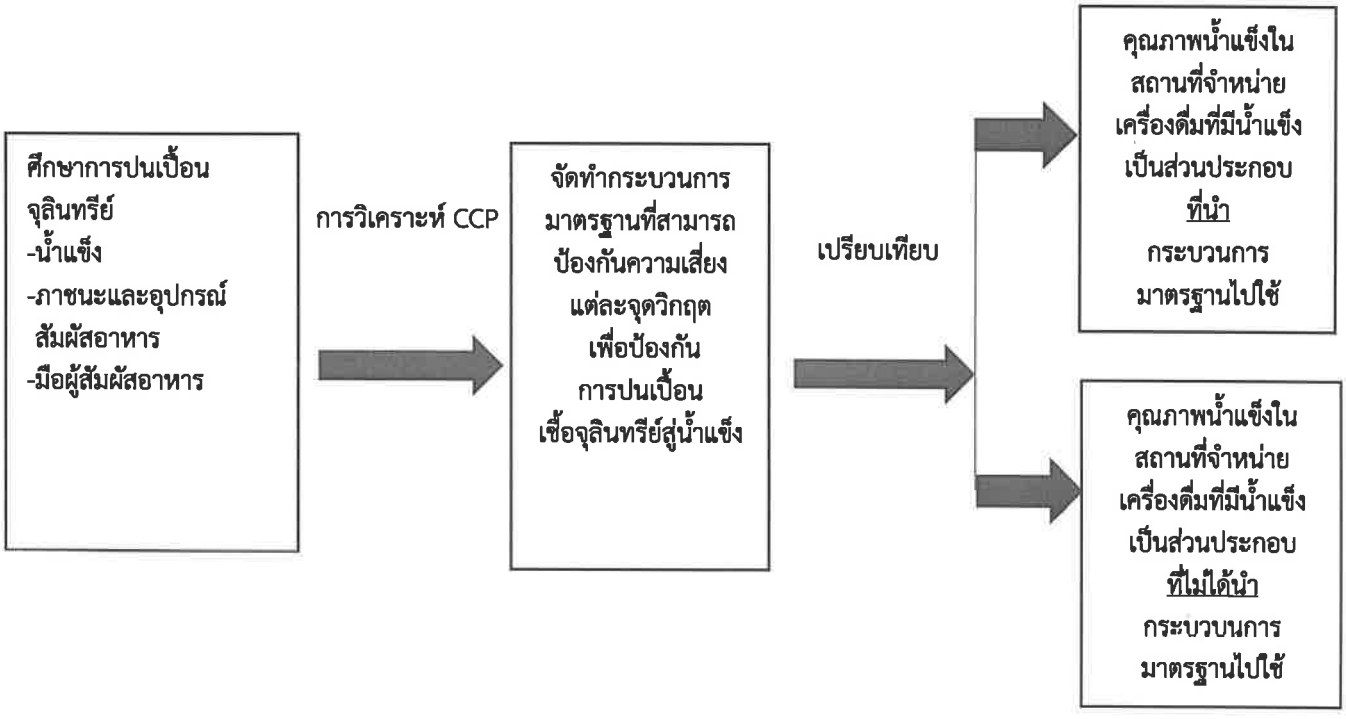
๔. เพื่อวิเคราะห์จุดเสี่ยงการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำแข็งที่จำหน่ายใน สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๕. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำแข็ง ภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง และมือผู้สัมผัส อาหาร ระหว่างสถานที่จำหน่ายที่นำกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งที่พัฒนาขึ้นมาใช้ กับ สถานที่จำหน่ายที่ไม่นำกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งมาใช้

๔. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบในห้างสรรพสินค้า จังหวัดนนทบุรี

๕. กรอบแนวคิดในการวิจัย



๖. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design) เป็นการวิจัย แบบ Experimental Research เพื่อพัฒนาให้ได้กระบวนการควบคุมการปนเปื้อนจุลินทรีย์ อย่างเป็นระบบ ที่ส่งผลให้น้ำแข็งมีคุณภาพ โดยประยุกต์หลักการของ HACCP เป็นกรอบการพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก คือ การศึกษาและจัดทำกระบวนการควบคุมที่ควรเป็นการวิเคราะห์หาจุดวิกฤตที่ต้องควบคุมตั้งแต่กระบวนการรับน้ำแข็ง หรือการผลิตน้ำแข็ง การขนส่ง และการเก็บรักษา การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมจุดวิกฤต และกระบวนการปฏิบัติมาตรฐานแต่ละขั้นตอน เพื่อควบคุมการปนเปื้อนจุลินทรีย์สู่น้ำแข็งที่จำหน่าย การดำเนินการตามวิธีการมาตรฐาน และการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของกระบวนการควบคุมความปลอดภัย

สถานที่ผลิตเป้าหมาย ที่ใช้ศึกษา คือ สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ จำนวน ๕๐ แห่ง ในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่จังหวัดนนทบุรี

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งการดำเนินการเป็น ๓ ระยะ

ระยะที่ ๑: ระยะก่อนการพัฒนากระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ แบ่งเป็นขั้นตอนการศึกษาออกเป็น ๕ ขั้นตอนย่อย ประกอบด้วย

๑. ตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำแข็ง

- เก็บตัวอย่าง น้ำแข็ง เพื่อตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ ๓ รายการ คือ ปริมาณจุลินทรีย์รวม (Total Plate Count) Coliform Bacteria Escherichia coli และStaphylococcus aureus (โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น)

๒. ตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ของภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง (ถังเก็บน้ำแข็ง ที่ตักน้ำแข็ง) และมือผู้สัมผัส

- ทดสอบความสะอาดของภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ เพื่อตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ ๓ รายการ คือ ปริมาณจุลินทรีย์รวม (Total Plate Count) Coliform Bacteria Escherichia coli และStaphylococcus aureus (โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น)

๓. สำรวจแหล่งที่มา การคัดเลือก การจัดเก็บ กระบวนการทำความสะอาดภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็งที่นำมาใช้ในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่ม

๔. วิเคราะห์จุดวิกฤตที่ต้องควบคุมเพื่อลดการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในน้ำแข็งที่ใช้เป็นส่วนประกอบในเครื่องดื่มที่จำหน่าย

๕. จัดทำกระบวนการควบคุมจุดวิกฤต เป็นกระบวนการควบคุมที่เป็นวิธีปฏิบัติงานสำเร็จ โดยนักวิชาการ

ระยะที่ ๒: ระยะระหว่างพัฒนากระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ แบ่งเป็น ขั้นตอนการศึกษาออกเป็น ๔ ขั้นตอนย่อย ประกอบด้วย

๑. คัดเลือกสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ๒ แห่ง เพื่อทดลองนำกระบวนการควบคุมที่เป็นวิธีปฏิบัติงานสำเร็จ มาใช้

๒. อบรมให้ความรู้พนักงานของสถานที่จำหน่ายฯที่คัดเลือกให้ดำเนินการตามชุดความรู้สำเร็จซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคัดเลือกน้ำแข็ง กระบวนการจัดเก็บน้ำแข็ง กระบวนการล้างทำความสะอาดภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง (ถังเก็บน้ำแข็ง ที่ตักน้ำแข็ง) และกระบวนการทำความสะอาดมือผู้สัมผัสอาหารขณะปฏิบัติงาน

๓. ดำเนินการทดลองตามกระบวนการควบคุมที่ได้จากการศึกษา การทดลอง ประกอบด้วย

๓.๑ ให้พนักงานของสถานที่จำหน่ายฯที่ได้รับการอบรมในสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ๒ แห่ง ที่คัดเลือก นำกระบวนการควบคุมที่เป็นวิธีปฏิบัติงานสำเร็จ ดังกล่าวไปทดลองทำทุกกระบวนการ

๓.๒ ตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในแต่ละจุดที่เป็นจุดวิกฤต ทุกวันจนกว่าจะตรวจพบจุลินทรีย์เกินมาตรฐานในระดับ lower limit

๓.๓ ดำเนินการทดลองซ้ำตามกระบวนการควบคุมที่เป็นวิธีปฏิบัติงานสำเร็จ ที่ได้จากการศึกษาเพื่อยืนยันผลการทดลองในสถานที่จำหน่ายฯคัดเลือกทั้ง ๒ แห่ง

๓.๔. เก็บตัวอย่างน้ำแข็งจากสถานที่จำหน่ายฯที่คัดเลือกทั้ง ๒ แห่ง ก่อนวันที่ตรวจพบเชื้อในระดับ lower limit ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันผลความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์

ระยะที่ ๓ : ระยะประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้นจุลินทรีย์ แบ่งเป็นขั้นตอนการศึกษาออกเป็น ๔ ขั้นตอนย่อย ประกอบด้วย

๑. ประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานโดยการสังเกต และสัมภาษณ์วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเทียบกับมาตรฐานวิธีปฏิบัติที่ได้จากการกำหนดโดยนักวิชาการ

๒. นำกระบวนการควบคุมที่เป็นวิธีปฏิบัติงานสำเร็จที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๕๐ แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้ กับกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่ไม่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้จำนวนเท่ากัน

๓. ประเมินการปนเปื้อนจุลินทรีย์ของภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง และมือผู้สัมผัสอาหาร โดยทดสอบความสะอาดของภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง (ถังเก็บน้ำแข็ง ที่ตักน้ำแข็ง) และมือผู้สัมผัสอาหาร เพื่อตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนจุลินทรีย์ ๓ รายการ คือ ปริมาณจุลินทรีย์รวม (Total Plate Count) Coliform Bacteria Escherichia coli และ Staphylococcus aureus (โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้กับกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่ไม่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้

๔. ประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ โดยเก็บตัวอย่างน้ำแข็งจากสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจวิเคราะห์จุลินทรีย์ ๓ รายการคือ Coliform Bacteria Escherichia coli และStaphylococcus aureus เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้ กับกลุ่มสถานที่จำหน่ายฯที่ไม่นำกระบวนการควบคุมฯไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. อุปกรณ์ในการทดสอบเชื้อ : อาหารเลี้ยงเชื้อ Compact Dry – Plate count

๒. อุปกรณ์ในการ Swab เชื้อ : ก้าน Swab

๓. แบบบันทึกการทดสอบเชื้อ

๔. แบบสำรวจ/สัมภาษณ์ ข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานที่จำหน่าย และ น้ำแข็งที่นำมาใช้ในเครื่องดื่ม

๕. บันทึกการเก็บตัวอย่างอาหาร

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผลให้ได้มาซึ่งกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯ สามารถนำใช้ได้โดยไม่มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการการควบคุมเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนสู่น้ำแข็งที่นำมาจำหน่าย พิจารณาได้จาก

๑. การเปรียบเทียบผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ของภาชนะ/อุปกรณ์ที่สัมผัสน้ำแข็ง (ถังเก็บน้ำแข็ง ที่ตักน้ำแข็ง) และมือผู้สัมผัสอาหาร ระหว่างสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯที่นำกระบวนการฯควบคุมมาใช้ และสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่ไม่ได้นำกระบวนการควบคุมฯมาใช้ พบว่า สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯที่นำกระบวนการควบคุมฯมาใช้ การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ที่ภาชนะเก็บน้ำแข็ง มือผู้สัมผัสอาหาร และที่ตักน้ำแข็งผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐

๒. การเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์น้ำแข็งด้านจุลินทรีย์ เปรียบเทียบระหว่างสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯที่นำกระบวนการควบคุมฯมาใช้ และสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่ไม่ได้นำกระบวนการควบคุมฯมาใช้ พบว่า สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯที่นำกระบวนการควบคุมฯ มาใช้ น้ำแข็งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๕.๐๐ สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่ไม่ได้นำกระบวนการฯมาใช้ น้ำแข็งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๑๓.๓๓

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผลให้ได้มาซึ่งกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ กระบวนการหลักๆ เพื่อนำมาใช้พัฒนาสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ให้มีความปลอดภัย ดังนี้

๑. ตรวจรับน้ำแข็งที่รับมาจำหน่าย (กรณี สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯ รับน้ำแข็งมาจากภายนอก)

กระบวนการควบคุมฯ:

- เลือกซื้อจากสถานที่ผลิตที่มีใบอนุญาตผลิตอาหารประเภทน้ำแข็งตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ที่ได้มาตรฐาน มีผลวิเคราะห์น้ำแข็งที่ผ่านมาตรฐานมาแสดง(ผลวิเคราะห์ไม่เกิน ๑ ปี)
- เลือกน้ำแข็งที่มีเลขสารบบอาหาร
- น้ำแข็งที่ซื้อ เลือกที่บรรจุในภาชนะชนิดใช้ครั้งเดียว แบบถุงพลาสติกใส ซิลปิดด้วยความร้อน

๒. ตรวจรับน้ำที่ใช้ในการผลิตน้ำแข็ง (กรณี สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯ ผลิตน้ำแข็งเอง)

กระบวนการควบคุมฯ:

- ติดตั้งเครื่องกรองน้ำ
- ล้างย้อนไส้กรองเครื่องกรองน้ำทุกวัน
- เปลี่ยนไส้กรองเครื่องกรองน้ำอย่างน้อยทุก ๓ เดือน

๓. ผลิตน้ำแข็งจากเครื่องผลิตน้ำแข็ง (กรณี สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯ ผลิตน้ำแข็งเอง)

กระบวนการควบคุมฯ:

- ล้างทำความสะอาดเครื่องผลิตน้ำแข็งทุก ๗ วันเป็นอย่างน้อย
- พ่นแอลกอฮอล์ ๗๐% ภาขนะเก็บน้ำแข็ง เพื่อฆ่าเชื้อ ทิ้งไว้ให้แห้งก่อนผลิตน้ำแข็ง

๔. เตรียมภาชนะเก็บน้ำแข็ง (ทำความสะอาดภาชนะเก็บน้ำแข็ง) เพื่อเตรียมไว้เก็บน้ำแข็งสำหรับจำหน่าย

กระบวนการควบคุมฯ:

- ล้างทำความสะอาดภาชนะเก็บน้ำแข็งทุก ๗ วันเป็นอย่างน้อย
- ภายหลังจากล้างทำความสะอาด ให้ใช้กระดาษที่ไม่เป็นขุย(ใช้แล้วทิ้ง) เช็ดให้แห้ง
- พ่นแอลกอฮอล์ ๗๐% ภาขนะเก็บน้ำแข็ง เพื่อฆ่าเชื้อ ทิ้งไว้ให้แห้งก่อนนำมาใส่น้ำแข็งใหม่

๕. จัดเก็บน้ำแข็งในภาชนะเก็บน้ำแข็งเพื่อจำหน่าย

กระบวนการควบคุมฯ:

- เปลี่ยนน้ำแข็งที่เหลือทิ้ง อย่างน้อยทุก ๗ วัน
- จัดเก็บน้ำแข็งในภาชนะที่มีฝาปิด
- ภาชนะที่ใช้เก็บน้ำแข็ง เก็บเฉพาะน้ำแข็ง ไม่เก็บรวมกับสิ่งอื่น

๖. เตรียมที่ตักน้ำแข็ง (ทำความสะอาดที่ตักน้ำแข็ง)

กระบวนการควบคุมฯ:

- ล้างทำความสะอาดที่ตักน้ำแข็งทุก ๑ ชั่วโมง
- มีที่ตักน้ำแข็งไว้สับเปลี่ยนอีก ๑ อันเป็นอย่างน้อย และสลับใช้ ทุก ๑ ชั่วโมง
- พ่นแอลกอฮอล์ ๗๐% ภาขนะเก็บน้ำแข็ง เพื่อฆ่าเชื้อ ภายหลังจากล้างทำความสะอาด
- วางที่ตักน้ำแข็งในที่วางเฉพาะ

๗. จัดเก็บที่ตักน้ำแข็ง

กระบวนการควบคุมฯ:

- ล้างทำความสะอาดที่วางที่ตักน้ำแข็งทุกวัน
- มีที่วางที่ตักน้ำแข็งสำหรับที่ตักทุกอัน

๘. ตักน้ำแข็งจำหน่ายให้ผู้บริโภค

กระบวนการควบคุมฯ:

- ล้างทำความสะอาดมือ ๗ ขั้นตอน ก่อนการปฏิบัติงาน
- ระหว่างปฏิบัติงานให้มีการล้างมือ หรือพ่นแอลกอฮอล์ ๗๐%มือผู้สัมผัสอาหารเพื่อฆ่าเชื้อทุก ๑ ชั่วโมง
- พ่นหรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% ทุกครั้งที่มีการหยิบจับสิ่งของ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑ นำผลการศึกษาจุดวิกฤตที่ และกระบวนการควบคุมฯที่ได้ มาปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ให้กับสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบที่อื่นได้

๖.๒ วิธีการในการเสาะหาได้มาซึ่งจุดวิกฤตที่ต้องควบคุมในกระบวนการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ ที่อยู่ในงานวิจัยนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้กับอาหารประเภทปรุงสำเร็จชนิดอื่นได้

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยทดลองเชิงวิทยาศาสตร์ การวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคในภาชนะอุปกรณ์ มือ (ใช้ชุด Test Kid) และน้ำแข็ง จำเป็นต้องใช้เทคนิคทางวิชาการ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บตัวอย่าง เทคนิคการ swab เทคนิคการตรวจเชื้อจุลินทรีย์ การดำเนินการตรวจสอบในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยความชำนาญในการปฏิบัติเชิงเทคนิค เพื่อให้ได้ผลการตรวจสอบที่แม่นยำและเชื่อถือได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การกำกับดูแลมาตรฐานสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นประกอบในห้างสรรพสินค้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีไม่มีอำนาจในการบังคับใช้กฎหมายโดยตรง อำนาจตามกฎหมายโดยตรง เป็นไปตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้กำกับดูแล ดังนั้นการตรวจประเมินสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มฯ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าของสถานที่คือ ห้างสรรพสินค้า ซึ่งมีสัญญาในการเช่าพื้นที่ของสถานที่จำหน่ายฯ และความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ประกอบการให้ความร่วมมือในการตรวจสอบ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยนำกระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ไปวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการดดยศึกษาในเชิงทดลองเปรียบเทียบ

๙.๒ กระบวนการควบคุมความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ที่ได้จากการพัฒนา ควรนำศึกษาเพื่อพัฒนาเป็น เกณฑ์มาตรฐาน สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำแข็งเป็นส่วนประกอบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างของการดำเนินงานเผยแพร่ผลงานวิจัย

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)..... นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง ..... สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๙๐.....

๒) ..... นางสาวโสภิฏดา สิรยากร .....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ

(วันที่) ๘ ต.ค ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง	
นางสาวโสภิฏดา สิรยากร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางปลีเพชร ฤกษ์มงคลกุล)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๘ ต.ค ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวอรุณศรี ทิพย์สมบัติ)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรเชี่ยวชาญ

(วันที่) ๘ ต.ค ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ..... ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๗ /.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเปรียบเทียบปรับเพื่อชำระค่าปรับทางอาญาและปรับเป็นพินัยสำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองบริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ได้รับมอบอำนาจ ให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีกฎหมายที่บังคับใช้ ทั้งสิ้น ๑๑ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ การดำเนินการกับผู้กระทำผิด ตามจากกฎหมายทั้ง ๑๑ ฉบับนั้น เป็นการดำเนินการตามประมวลกฎหมายอาญา ด้วยมีบทกำหนดโทษตามประมวลกฎหมายอาญา อาทิ จำคุก เปรียบเทียบปรับ เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจุบันประเทศไทยได้การออกกฎหมายใหม่ คือ พระราชบัญญัติปรับเป็นพินัย พ.ศ.๒๕๖๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้ ในวันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ที่ผ่านมา กฎหมายดังกล่าวจะให้ผู้กระทำความผิดบางประเภทที่เคยได้รับโทษทางอาญา แต่โดยแท้จริงแล้วโทษนั้นมิได้รุนแรงถึงขนาดที่เป็นโทษทางอาญา ปรับเปลี่ยนบทลงโทษจากความผิดอาญาเป็นมาตรการอื่นที่มิใช่โทษอาญา โดยสามารถกำหนดค่าปรับที่ต้องชำระให้เหมาะสมกับสภาพความร้ายแรงแห่งการกระทำผิด และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้กระทำความผิด หรือแม้แต่ผู้กระทำความผิดที่ไม่มีเงินชำระค่าปรับ อาจขอทำงานบริการสังคมหรือทำงานสาธารณประโยชน์แทนการชำระค่าปรับได้ ซึ่งย่อมจะช่วยทำให้ประชาชน ที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการทางอาญา และไม่มีประวัติอาชญากรรมติดตัวอีกต่อไป

ในรอบปีที่ผ่านๆมากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ มีคดีที่ต้องดำเนินการเปรียบเทียบปรับทางอาญา ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒๖๗ คดี ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕๓ คดี ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒๒๗ คดี และคดีปรับเป็นพินัย ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑๑๒ คดี ซึ่งถือว่ามีจำนวนค่อนข้างสูง กระบวนการเปรียบเทียบปรับทางอาญา และ กระบวนการปรับเป็นพินัย มีขั้นตอนและรายละเอียดในการดำเนินการ รวมทั้งการเปรียบเทียบปรับดังกล่าว มีความจำเป็นต้องรวบรวมเป็นข้อมูลประวัติการกระทำของผู้ประกอบการ การดำเนินในปัจจุบันซึ่งใช้ระบบ manual ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน และมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ โดยใช้เทคโนโลยีมาใช้ ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมการจัดการที่สามารถใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน และการจัดเก็บข้อมูลประวัติการกระทำผิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กฎหมายใหม่ พระราชบัญญัติปรับเป็นพินัย พ.ศ.๒๕๖๕ ซึ่งมีผลใช้บังคับในปัจจุบัน ส่งผลให้การดำเนินการเปรียบเทียบปรับเดิม ตามพระราชบัญญัติต่างๆบางฉบับ ที่ดำเนินการอยู่เดิม มีวิธีดำเนินการเปรียบเทียบปรับที่แตกต่างจากการเปรียบเทียบปรับทางอาญา เอกสารและขั้นตอนที่แตกต่างจากการเปรียบเทียบปรับทางอาญาอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกฎหมายที่อยู่ในข่ายที่ต้องดำเนินการตามพระราชบัญญัติปรับเป็นพินัย พ.ศ.๒๕๖๕ เป็นบางมาตรา มีจำนวน ๕ ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติสถาน

ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ดังนั้น การดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการเปรียบปรับจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในข้อกฎหมายที่บังคับใช้ และขั้นตอน รวมทั้งเอกสารที่ใช้ประกอบการดำเนินงานเปรียบเทียบปรับ ทั้งในส่วนที่เป็นการปรียบปรับทางอาญา และการปรับเป็นพินัย อย่างถ่องแท้ และมีการเก็บประวัติการกระทำผิดที่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ประกอบการกระทำผิดตามกฎหมายทั้ง ๕ ฉบับ ทั้งในส่วนที่เป็นบุคคลหรือ นิติบุคคล จะมีการประมวลเอกสารหลักฐานจากการกระทำผิด เพื่อพิจารณาว่า เป็นข้อหาเดิมที่ต้องดำเนินการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือข้อหาที่กำหนดใหม่ให้ดำเนินการในกระบวนการปรับเป็นพินัย ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องการจดจำข้อกฎหมาย และเอกสารที่ต้องใช้ในการเปรียบเทียบปรับในแต่มาตรา อาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน หรือเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ขั้นตอนและเอกสารในการดำเนินการ ที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางเปรียบเทียบ ด้านล่าง

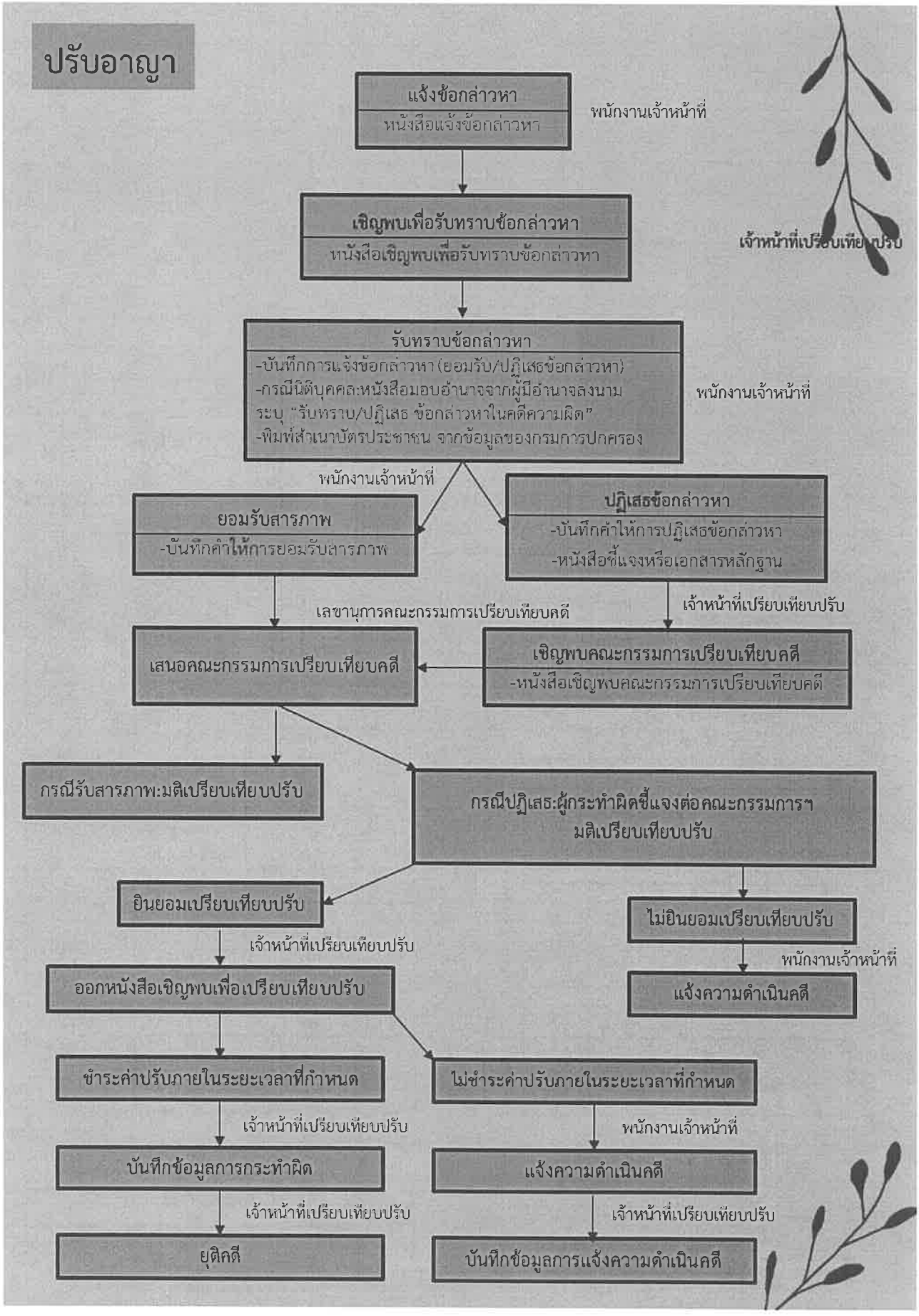
ตารางเปรียบเทียบการขั้นตอน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อ การดำเนินงานเปรียบเทียบปรับ
ระหว่าง การเปรียบเทียบปรับทางอาญา และ การปรับเป็นพินัย

ที่	ขั้นตอนการออกเอกสารต่อผู้กระทำความผิด	เปรียบเทียบปรับ (วิธีพิจารณาความอาญา)	ปรับเป็นพินัย
๑	แจ้งกระทำผิด	หนังสือแจ้งการกระทำผิด	หนังสือรับทราบข้อกล่าวหาการกรำทำความผิดทางพินัย
๒	รับทราบข้อกล่าว	-	๑.บันทึกการแจ้งข้อกล่าวหาการกระทำความผิดทางพินัย ๒.บันทึกคำให้การรับสารภาพของผู้กระทำความผิดทางพินัย ๓.บันทึกให้การรับปฏิเสธ ของผู้กระทำความผิดทางพินัย
๓.	เข้าคณะกรรมการเพื่อพิจารณาคดี	จัดทำวาระการประชุมพิจารณาคดีเพื่อให้คณะกรรมการเพื่อพิจารณาคดีลงมติ เปรียบเทียบคดี	จัดทำวาระการปประชุมพิจารณาคดีเพื่อให้องค์คณะปรับเป็นพินัย ลงมติปรับเป็นพินัย
๔.	เชิญเปรียบเทียบปรับ	หนังสือรับทราบข้อกล่าวหา และเปรียบเทียบปรับ	ออกคำสั่งปรับเป็นพินัย
๕	ชำระค่าปรับ	<u>กรณียินยอมเปรียบเทียบปรับ</u> -ลงนามในเอกสารแบบเปรียบเทียบปรับ ตามแบบ ปป.๒ ปป.๔ ปป.๕ (กฎหมายภายใต้ อย.) และ ตามแบบ คป.๒ คป.๔ คป.๕ (กฎหมาย ภายใต้กรม สบส) -ออกใบเสร็จชำระค่าปรับ <u>กรณีไม่ยินยอมเปรียบเทียบปรับ</u> ลงนามในเอกสารแบบ ตามแบบ ปป.๓ (กฎหมายภายใต้ อย.) และ ตามแบบ คป.๓ (กฎหมาย ภายใต้ กรม สบส)	<u>กรณียินยอมเปรียบเทียบปรับ</u> -ชำระค่าปรับ ผ่านระบบ bill paymant -ออกใบเสร็จการชำระค่าปรับ <u>กรณีไม่ยินยอมเปรียบเทียบปรับ</u> ตระเตรียมเอกสาร การปฏิเสธข้อกล่าวหาส่งอัยการจังหวัด เพื่อยื่นต่อศาล

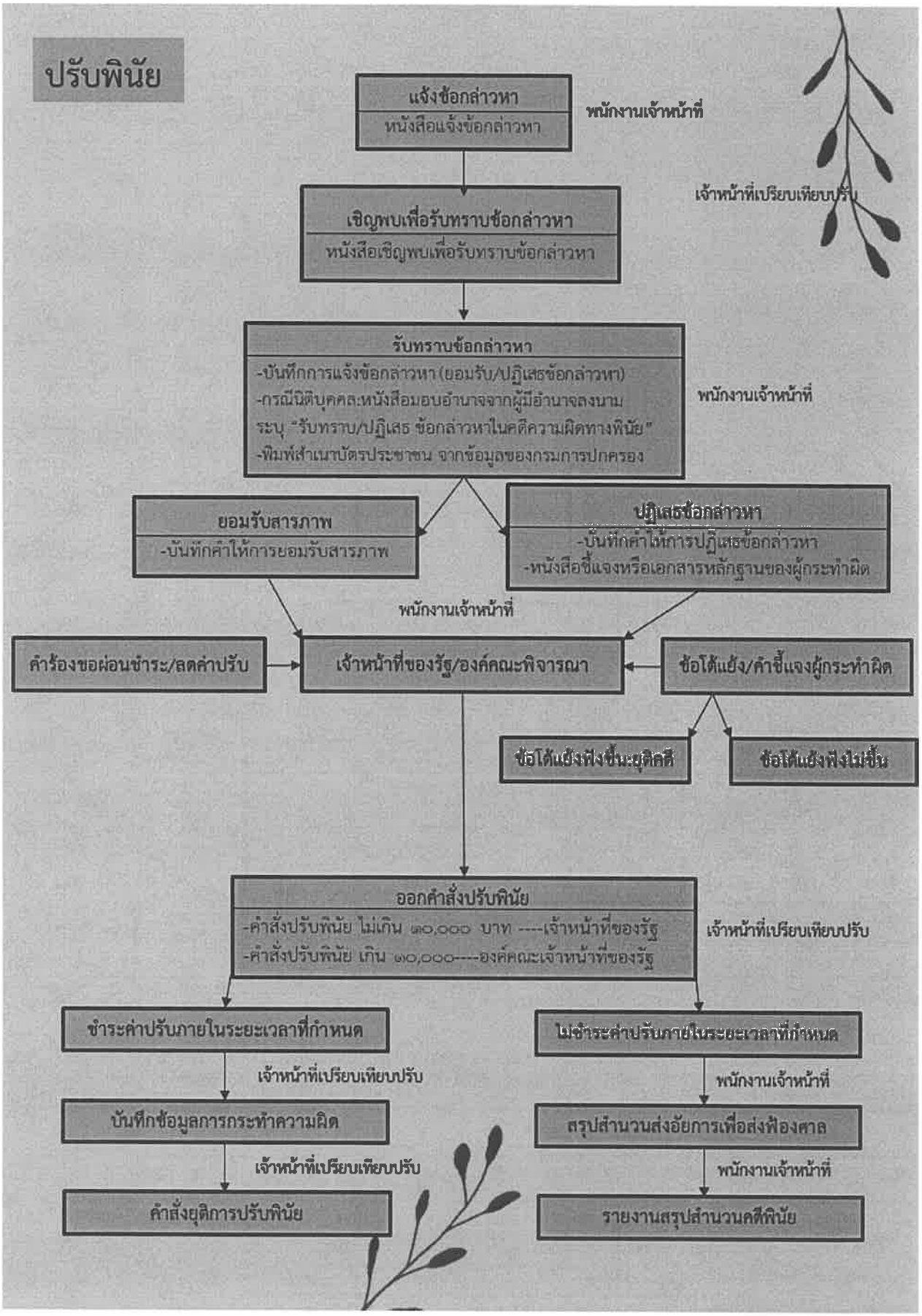
๖	สรุปรายงาน	สรุปรายงานการเปรียบเทียบปรับ (รายเดือน/ปี)	สรุปรายงานการเปรียบเทียบปรับเป็นพินัย (รายเดือน/ปี)
๗	ประวัติผู้กระทำผิด	จัดทำประวัติผู้กระทำความผิด	จัดทำประวัติผู้กระทำความผิดทางพินัย
๘	ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดทำเอกสาร (ยกเว้นขั้นตอนที่ ๓)	๓ ชั่วโมง/คดี	๒.๕ ชั่วโมง/คดี

จากตารางเปรียบเทียบขั้นตอน เพื่อการดำเนินงานเปรียบเทียบปรับ ระหว่างประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กรณีเปรียบเทียบปรับทางอาญา และ พระราชบัญญัติปรับเป็นพินัย พ.ศ.๒๕๖๕ กรณีปรับเป็นพินัย จะเห็นว่ามีรายละเอียด และเอกสารที่แตกต่างกันหลายประเด็น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการจัดทำเอกสาร และ เพิ่มความรวดเร็วในการดำเนินการให้ทันอายุความ และการกำหนดอัตราค่าปรับที่ถูกต้อง กรณีมีการกระทำความผิดซ้ำๆ เห็นควรมีการพัฒนาจัดทำโปรแกรมการเปรียบเทียบปรับเพื่อชำระค่าปรับทางอาญาและปรับเป็นพินัย สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองบริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยดำเนินการเปรียบเทียบปรับทางอาญา และปรับเป็นพินัย ให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้เปรียบเทียบปรับ รายละเอียดตามแผนผังโปรแกรมเปรียบเทียบคดี/ปรับเป็นพินัย และ กรอบการจัดทำโปรแกรมเพื่อสะดวกต่อการใช้งาน ดังนี้

แผนผังโปรแกรมเปรียบเทียบคดี



แผนผังโปรแกรมปรับเป็นพินัย



๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. พนักงานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สามารถใช้โปรแกรมฯ ดังกล่าวในการออกเอกสารเพื่อดำเนินการเปรียบเทียบเพื่อชำระค่าปรับทางอาญา และปรับเป็นพินัย เพื่อลดระยะเวลาการทำงานในการดำเนินการดังกล่าวได้

๒. เอกสารการดำเนินการเปรียบเทียบปรับ ทั้งทางอาญาและทางพินัย ไม่มีความผิดพลาด หรือพบความผิดพลาดน้อย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีโปรแกรมเพื่อดำเนินการเปรียบเทียบเพื่อชำระค่าปรับทางอาญา และปรับเป็นพินัยสำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองบริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๒. โปรแกรมฯ ดังกล่าวสามารถลดระยะเวลาการดำเนินในการออกเอกสารเพื่อดำเนินการเปรียบเทียบปรับทางอาญา และพินัย ลงได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ) .....
(นายพันธ์เทพ เพชรผึ้ง)
(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ
(วันที่) ..๘ ต.ค ๒๕๖๗..
ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระยาอนุบาลดิตถกรรม (เสน โกศะโยดม)		
๓	นางสาวสุภาพร เทียนทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๙๕๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๑๓๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี”				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมหาสวัสดิ์”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. โรคความดันโลหิตสูง
๒. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
๓. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล ซึ่งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ จากข้อมูลขององค์การ อนามัยโลก พบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ สมอง และไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับต้น ๆ ของโลกสูงเป็นจำนวน ๗.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘ ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยในปี ๒๐๑๙ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกอยู่ที่ ๑.๒๘ พันล้านคน (World Health Organization (WHO), ๒๐๒๑) และคาดการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นจำนวน ๑.๕๖ พันล้านคน และพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราความชุกของโรคนี้มากกว่าประชากรทั่วไปโดยพบร้อยละ ๖๗.๒ ของประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (Benjamin et al, ๒๐๑๘) แม้ว่าการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจะตรงไปตรงมา และค่อนข้างง่ายในการรักษาโรคด้วยยารา ราคาย่อมเยาว์ แต่ยังพบช่องว่างที่สำคัญในการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๕๘๐ ล้านคน (ผู้หญิง ๔๑% และผู้ชาย ๕๑%) ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้เนื่องจากไม่เคยได้รับการวินิจฉัย (WHO, ๒๐๒๑)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐.๗ และเริ่มเป็นปัญหาใน วัยกลางคนต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ ๖๑.๕ และ ๕๙.๖ ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นเช่นกัน โดยช่วงอายุอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี พบร้อยละ ๕๓.๕ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๗๔.๗ และ ๗๘.๕ ในผู้ที่อายุ ๗๐-๗๙ ปี และ ๘๐ ปีขึ้นไป โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยอื่นๆ โดยพบร้อยละ ๓๑.๒ (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๖๔) นอกจากนั้นโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควรสำหรับประชากรในประเทศไทยด้วย จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย จำนวน ๙,๓๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มวัยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากที่สุด โดยพบว่ามีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ๑) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง (ธันย์สิตา ยอดอ่อน และ มุกดา หนุ่ยศรี, ๒๕๖๓) ๒) การมีกิจกรรมทางกายน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ สม่ำเสมอ หรือขาดการออกกำลังกาย ดังการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรรพ์ และคณะ (๒๕๖๒) พบว่า ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจำนวนมากมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย อันเกิดจากการมีข้อจำกัด ด้านกิจกรรมทางกายลดลงจากอายุที่เพิ่ม

มากขึ้น โดยผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการออกกำลัง กายง่าย ๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การยืดเหยียดแขน ขา และการแกว่งแขน หรือผู้สูงอายุบางกลุ่ม เลือกวิธีเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันจากการทำงานบ้าน การถางหญ้า การทำสวน เป็นต้น ซึ่งเป็น รูปแบบที่ไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย ๓) การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจาก แอลกอฮอล์จะกระตุ้นระดับคอร์ติซอล และสารนอร์อีพิเนฟรินให้หลั่งมากขึ้นซึ่งมีผลทำให้หลอด เลือดหดตัว เพิ่มแรงด้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น หากได้รับพลังงานส่วนเกินของแอลกอฮอล์ที่เกินไปจะเพิ่มการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือดและทำให้เปราะบาง ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, ๒๕๕๗) ๔) การสูบบุหรี่ (อัญชลี สามงามมี และคณะ, ๒๕๖๓) ผลา างนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบของร่างกายทำให้หลอดเลือดมี ความเปราะและกระตุ้นไฮโปทาลามัสเพิ่มการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น (วนิดา สติประเสริฐ และคณะ, ๒๕๕๘) ๕) ความเครียด เนื่องจากโรค เรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายที่รักษาไม่หายขาด จากพยาธิสภาพของโรคเอง จนนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและเกิดปัญหาด้านสภาพจิตใจ จากความรู้สึกไม่แน่นอนของผลการรักษา (เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, ๒๕๖๔) เมื่อผู้สูงอายุเกิด ภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ทำให้มีอารมณ์ด้านลบ เพิ่มความวิตกกังวล ความเครียด และ ภาวะซึมเศร้าได้ (Kretchy et al, ๒๐๑๔) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นครอบครัวเดี่ยว สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัว และรู้สึกโดดเดี่ยวจากสัมพันธภาพในครอบครัวลดลง (เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, ๒๕๖๔) นำไปสู่ผลกระทบด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (พรรณพิไล วิริยะ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ๒๕๖๐) ๖) ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ ๗๐ อันเนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและมีความ ซับซ้อนของการรักษาด้วยยา พบว่าเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยามากที่สุด (อรทัย ชูเมือง และคณะ, ๒๕๕๗) ด้วย เหตุนี้เป็นผลให้เกิดอุปสรรคกับผู้สูงอายุที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับยาได้ครบถ้วน ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทหลักในการจัดการตนเอง ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมที่จะกำหนดแรงจูงใจและความสามารถระดับบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและ รักษาภาวะสุขภาพ (Nutbeam, ๒๐๐๐) ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) เป็นทักษะด้านสติปัญญา ขั้นพื้นฐาน คือทักษะในการอ่าน การเขียน การเข้าใจคำศัพท์ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ๒) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive health literacy) เป็นทักษะทางสังคมในการดำรงชีวิต เพื่อจัดการกับข้อมูลที่หลากหลายจากการสื่อสารกับ บุคคลอื่นและตัดสินใจนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ๓) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะขั้นสูงทั้งทักษะทางสติปัญญาและสังคมในการ คิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ เปรียบเทียบ ประมวลผลข้อมูลเพื่อการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๘๘ ราย ในจังหวัดปัตตานีของ อามานี แดมะยุ และคณะ (๒๕๖๓) ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยรวมและระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับสูงแต่ระดับวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้บุคคลเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำเป็นผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพลดลง การแก้ไขปัญหา รวมทั้งการตัดสินใจที่ลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Guo et al., ๒๐๒๓)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) เป็นกระบวนการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้โดยใช้ทักษะความสามารถ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stewart, ๒๐๑๒) และยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับข้อมูลประมวลผล และการคงไว้ซึ่งข้อมูลอย่างเป็นระบบในระยะยาว โดยกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค (Falvo, ๒๐๐๔, as cited in Stewart, ๒๐๒๐) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรู้และเข้าใจสุขภาพตนเองจะช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังของตนเอง และลดความรุนแรงของโรค (Nutbeam. ๒๐๑๕)

ประเทศไทยให้ความสนใจโดยมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือตามหลัก ๓อ. ๒ส. ได้แก่ จัดการด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization, ๑๙๙๘) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในระดับเขตสุขภาพและจังหวัดได้สนับสนุนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ให้แก่ประชาชน โดยกลุ่มประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๒) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า หากผู้สูงอายุได้รับความรู้ย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพกล่าวคือประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (เอื้อจิตสุขพูล,และคณะ, ๒๕๖๒; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, ๒๐๑๑; Nutbeam, ๒๐๐๘; World Health Organization, ๒๐๐๙) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของกระบวนการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการ ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

๒. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการให้ความรู้พื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการให้ความรู้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. มีรูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองมากขึ้น

เชิงคุณภาพ

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทราบข้อมูลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๒. ได้รูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ เพื่อพิจารณาในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

๓. หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในการดำเนินงาน หรือพัฒนางาน

๔. หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ไปดำเนินงานหรือปรับปรุงการดำเนินงาน หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น หรืองานอื่นได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่ม โดยมีการวัด ก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) เป็นการวิจัยที่เน้นกระบวนการค้นหาความเป็นจริง หลักการทฤษฎี องค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมุ่งเน้นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงของตัวแปร ที่เกี่ยวข้องภายใต้เงื่อนไขที่มีการควบคุมโดยกระบวนการวิจัย โดยวิธีการเปรียบเทียบของความแตกต่าง ของตัวแปรที่เปลี่ยนไป หากขาดการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่รัดกุม อาจจะทำให้ผลการทดลองไม่ได้เป็นผล มาจากการทดลองที่แท้จริง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บข้อมูลเกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๒ กลุ่มให้ครบทุกคน และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีโรคเรื้อรังซึ่งมีปัญหาความเสื่อมตามวัยทำให้ต้องสื่อสารมากขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำรูปแบบการสอนไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) .....นางสาวสุภาพร...เทียนทอง..... สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐.....(ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวสุภาพร เทียนทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์

(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุภาพร เทียนทอง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายนพรุจ ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางกรวย

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...../20 พ.ย. 2567/.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมหาสวัสดิ์

๒. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล ซึ่งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือในประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ จากข้อมูลขององค์การ อนามัยโลก พบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ สมอง และไต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับต้น ๆ ของโลกสูงเป็นจำนวน ๗.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘ ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยในปี ๒๐๑๙ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั่วโลกอยู่ที่ ๑.๒๘ พันล้านคน (World Health Organization (WHO), ๒๐๒๑) และคาดการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นจำนวน ๑.๕๖ พันล้านคน และพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราความชุกของโรคนี้มากกว่าประชากรทั่วไปโดยพบร้อยละ ๖๗.๒ ของประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป (Benjamin et al, ๒๐๑๘) แม้ว่าการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจะตรงไปตรงมา และค่อนข้างง่ายในการรักษาโรคด้วยยารา ราคาย่อมเยาว์ แต่ยังพบช่องว่างที่สำคัญในการวินิจฉัย และ การรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๕๘๐ ล้านคน (ผู้หญิง ๔๑% และผู้ชาย ๕๑%) ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้เนื่องจากไม่เคยได้รับการวินิจฉัย (WHO, ๒๐๒๑)

ในผู้สูงอายุของประเทศไทย อัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐.๗ และเริ่มเป็นปัญหาใน วัยกลางคนต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ พบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ ๖๑.๕ และ ๕๙.๖ ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นเช่นกัน โดยช่วงอายุอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี พบร้อยละ ๕๓.๕ และเพิ่มเป็น ร้อยละ ๗๔.๗ และ ๗๘.๕ ในผู้ที่อายุ ๗๐-๗๙ ปี และ ๘๐ ปีขึ้นไป โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมี สัดส่วนของผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัย อื่นๆ โดยพบร้อยละ ๓๑.๒ (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๖๔) นอกจากนั้นโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควรสำหรับประชากรในประเทศไทยด้วย จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๐) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย จำนวน ๙,๓๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มวัยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากที่สุด โดยพบว่ามีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องที่สำคัญคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง (ธันย์สิตา ยอดอ่อน และ มุกดา หนุ่ยศรี, 2563) 2) การมีกิจกรรมทางกายน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ หรือขาดการออกกำลังกาย ดังการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรรพ์ และ คณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจำนวนมากมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย อันเกิดจากการมีข้อจำกัด ด้านกิจกรรมทางกายลดลงจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายง่าย ๆ

เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การยืดเหยียดแขน ขา และการแกว่งแขน หรือผู้สูงอายุบางกลุ่ม เลือกวิธีเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันจากการทำงานบ้าน การถางหญ้า การทำสวน เป็นต้น ซึ่งเป็น รูปแบบที่ไม่ถูกต้องตามหลักการออกกำลังกาย 3) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เ เนื่องจาก แอลกอฮอล์จะกระตุ้นระดับคอร์ติซอลและสารนอร์อิพิเนฟรินให้หลั่งมากขึ้นซึ่งมีผลทำให้หลอด เลือดหดตัว เพิ่มแรงด้านในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น หากได้รับพลังงานส่วนเกินของแอลกอฮอล์ที่สูงเกินไปจะเพิ่มการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือดและทำให้เปราะบาง ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, 2557) 4) การสูบบุหรี่ (อัญชลี สามงามมี และคณะ, 2563) ผลของนิโคตินและ คาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบของร่างกายทำให้หลอดเลือดมี ความเปราะ และกระตุ้นไฮโปทาลามัสเพิ่มการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น (วนิดา สติประเสริฐ และคณะ, 2558) 5) ความเครียด เนื่องจากโรค เรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายที่รักษาไม่หายขาด จากพยาธิสภาพของโรคเอง จนนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและเกิดปัญหาด้านสภาพจิตใจ จากความรู้สึกไม่แน่นอนของผลการรักษา (เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, 2564) เมื่อผู้สูงอายุเกิด ภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นทำให้มีอารมณ์ด้านลบ เพิ่มความวิตกกังวล ความเครียด และ ภาวะซึมเศร้าได้ (Kretchy et al., 2014) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็น รอบครัวเดี่ยว สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัว และรู้สึกโดดเดี่ยวจากสัมพันธภาพในครอบครัวลดลง (เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ, 2564) นำไปสู่ผลกระทบด้านจิตใจตามมา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้ ฆ่าตัวตาย (พรรณพิไล วิริยะ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2560) 6) ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ากลุ่ม ผู้สูงอายุมีปัญหาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70 อันเนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและมีความ ซับซ้อนของการรักษาด้วยยา พบว่าเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยามากที่สุด (อรทัย ชูเมือง และคณะ, 2557) ด้วย เหตุนี้เป็นผลให้เกิดอุปสรรคกับผู้สูงอายุที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับยาได้ครบถ้วน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาด้านพฤติกรรมด้านพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ การหลงลืมับประทานยา การรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามแผนการรักษาและการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ปรับขนาดยาด้วยตนเอง หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (ตาลีมา สำแดงสาร, 2561) และจากควาบไม่เข้าใจวิธีรับประทานยา เมื่อเลยเวลามื้ออาหาร จะต้องรอทานยามือถัดไป ประกอบกับการซื้อยามารับประทานเมื่อยาหมด เป็นต้น (วนิดา สติประเสริฐ และคณะ, และคณะ, 2558) ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ คั ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโค ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องมีบทบาทหลักในการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองเพื่อช่วยในการปฏิบัติ พฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค

แนวคิด

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการ (สมาคม ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ตามเกณฑ์ของ สาเหตุการเกิดโรค โดยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (primary hypertension or essential hypertension) พบได้มากในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๙๕ ของผู้เป็น โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Bunker, ๒๐๑๔) ในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่เนื่องมาจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการชรา (aging process) ได้แก่ ผนังหลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้เกิดแรงต้าน

ภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และการคลายตัว กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงลดลง ประกอบกับในผนังหลอดเลือดมีการสะสมของไขม้านและ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ๒๕๕๔) การตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติคลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการหดและคลายตัวของหลอดเลือดลดลง เมื่อหลอดเลือดสูญเสียความสามารถหดตัวกลับทำให้แรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูง (นิพพาภัทร์ สินทรัพย์ และคณะ, ๒๕๖๐)

การจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นทักษะการปฏิบัติของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้ โดยผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองไป ตลอดชีวิต ตามแนวคิดของลอริก และ ฮอลแมน (Long & Holman, ๒๐๐๓) โดยเน้นการจัดการ ๓ ด้าน คือ ๑) การจัดการด้านการแพทย์ (medical management) ตามบริบทของโรคเรื้อรัง อาทิเช่น การรับประทาน อาหารให้เหมาะสมกับกลุ่มโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ และ การแพทย์ทางเลือก (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องมี การจำกัดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น เลิกบุหรี่ งดดื่มสุรา การลดน้ำหนัก และ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเองให้ได้ตามเป้าหมาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตโดยรวม (Niriayo et al., ๒๐๑๙) ๒) การจัดการด้านการ สร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ (behavioral management or role management) จากการเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ได้แก่ จำกัดการทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ หรือในผู้ที่มีอาการปวดหลังต้องมี การปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย (Lerig & Holman, ๒๐๐๓) ๓) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นทักษะที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต้องจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดจากการ จัดการโรคได้เช่น ความเรียด ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด คับข้องใจ อารมณ์โกรธ (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) เช่น การทำสมาธิ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ตำบลมหาสวัสดิ์มีรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. หน่วยบริการสาธารณสุข มีการพัฒนาศักยภาพทีมส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการดำเนินการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม

๓. เกิดภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมสร้างสุขภาพ และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔. มีฐานข้อมูล ภาคีเครือข่ายในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นในตำบลมหาสวัสดิ์

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. หลังเข้าร่วมกิจกรรม บุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกกว่าร้อยละ ๘๐ มีผลการทดสอบ พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองอ ยู่ในระดับดี จากการทำแบบประเมิน

๒. หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกกว่าร้อยละ ๘๐ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากการทำแบบประเมิน

๓. ภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรม มากกกว่าร้อยละ ๘๐

๔. ผลการประเมินการจัดกิจรรม มากกกว่าร้อยละ ๘๐ มีระดับความพึงพอใจ ระดับดี

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวสุภาพร เทียนทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์

(วันที่) ๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี** **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** **บ้านวัดแดง หมู่ที่ ๑ ตำบลไทรม้า** **กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค**		**จังหวัดนนทบุรี** **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี** **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** **บ้านวัดแดง หมู่ที่ ๑ ตำบลไทรม้า**		
๔	นายสนั่น แตงบัว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๖๑๐๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๑๐๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี"				๙๑%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"กลยุทธ์ในการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี"				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	**"แนบท้ายประกาศ"**				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๖ – ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระที่สำคัญในการวิจัยประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และ แรงสนับสนุนทางสังคมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่ อายุ ๑๘ ขึ้น ไป ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรใน การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Daniel (๑๙๙๕) การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการ ดังนี้ ๑) คำนวณจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวที่ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สูตรในการคำนวณ ๒) หลังจากนั้นได้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผลกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหมอครอบครัว (family care team) เกิดขึ้นเป็นการบูรณาการในแนวดิ่งในระบบสาธารณสุข และมีการผลักดันสู่การปฏิบัติ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากยังมีข้อจำกัดจากปัญหาโครงสร้างระบบการจัดบริการ จำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ รวมทั้งแนวคิดของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับปฏิบัติ และระดับบริหารที่ยังยึดติดกับวิธีจัดบริการแบบที่ให้สถานพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ยกระดับความเข้มข้นของนโยบาย พร้อมทั้งนำแนวคิดทีมหมอครอบครัวมาบูรณาการกับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Organization management) ทำให้เห็นภาพการขับเคลื่อนที่ชัดเจนมากขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ปัจจุบันได้มีการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทีมหมอครอบครัว หรืออาจเรียกได้ว่า “Family medical care team” ร่วมกันดูแลประชาชน ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือ ที่เราเรียกย่อๆ ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนใน การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวน

การอบรมให้ความรู้จากพี่เลี้ยง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ท้องที่และชุมชน/ตำบลตามโครงการตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมหมอครอบครัวได้ ดังนั้น การมีบทบาทสำคัญในการบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนมิใช่เป็นการดำเนินงานแต่เพียงงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการบูรณาการงานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน จึงเป็นบทบาทที่จะต้องตอบสนองความต้องการของประชาชนสำหรับบทบาท และความรับผิดชอบหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บทบาทในการแก้ข่าวร้ายกระจายข่าวดีชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบการทำแผนงานโครงการการบริหารจัดการงบประมาณ และการบริการสุขภาพผสมผสานการป้องกัน รักษาส่งเสริมและฟื้นฟูภาพครอบคลุมกิจกรรม ๑๔ กิจกรรมหลัก เพื่อดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชนสาธารณสุขในระดับชุมชน มีความสำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/จำเป็นต้องรู้เข้าใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์และสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง หากสามารถวางแผนงานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองได้ ด้านหน่วยงานสาธารณสุขได้การกระตุ้นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเสริมสร้างเรื่องผลประโยชน์ตอบแทนและให้ความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานจะทำให้ประชาชนยอมรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอรอบครัว จากข้อเท็จจริงที่ว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำผลวิจัยที่ได้ไปวางแผนในทีมหมอครอบครัว และเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่ อายุ ๑๘ ขึ้น ไป ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒,๓๓๓ คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่อายุ ๑๘ ขึ้นไปปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Daniel (๑๙๙๕) จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๗๖๗ คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่า

จะเกิดขึ้นร้อยละ ๕ (๓๘ คน) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น ๘๐๕ คน เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยมี ดังนี้ (๑) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม หมอครอบครัวอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานอย่างน้อย ๑ ปี (๒) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัยมี ดังนี้ (๑) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม (๒) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่ ปฏิบัติงานน้อยกว่า ๑ ปีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๖ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็น อสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๗ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว จำนวน ๒๐ ข้อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity)

๒. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๓. จัดหาผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

๔. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

๕. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล

๕.๑ โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach, ๑๙๗๐)

๕.๒ Descriptive ในส่วนค่า Characteristics พรรณนา ร้อยละ เปอร์เซ็น ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัย

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๗.๖ เพศชาย ร้อยละ ๑๒.๔ อายุ ๖๐-๗๙ ปี ร้อยละ ๖๙.๗ โดยมีอายุน้อยสุด ๒๓ ปี และอายุสูงสุด ๘๕ ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๖๔.๓ (SD =๗๙.๕๘) สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสแต่งงานมากที่สุด ร้อยละ ๖๕.๑ ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ ๖๒.๕ ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน มากที่สุดร้อยละ ๓๔.๔ รายได้ต่อเดือน ≤ ๑๐,๐๐๐ บาท มากที่สุด ร้อยละ ๙๐.๙ โดยมีรายได้ต่ำสุด ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีรายได้สูงสุด ๓๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย เท่ากับ ๔,๓๕๖.๗ บาทต่อเดือน (SD = ๗๖.๓๐) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการทำงาน ๑๖ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๒.๑ โดยมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่ำสุด ๓ ปี มีระยะเวลาในการเป็น อสม.สูงสุด ๔๑ ปี มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ยเท่ากับ ๒๔.๘๙ ปี (SD=๖๖.๗๕) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๐๐	๑๒.๔
หญิง	๗๐๕	๘๗.๖
อายุ (ปี)		
< ๒๐-๓๙ ปี	๑๔	๑.๗
๔๐-๕๙ ปี	๑๓๘	๑๗.๒
๖๐-๗๙ ปี	๕๖๑	๖๙.๗
๘๐ ปีขึ้นไป	๙๒	๑๑.๔
$\bar{X}$= ๖๔.๓, SD = ๗๙.๕๘, Min = ๒๓ ปี, Max = ๘๕		
สถานภาพสมรส		
โสด	๗๐	๘.๗
สมรส/คู่	๕๒๔	๖๕.๑
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	๒๑๑	๒๖.๒
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๕๐๓	๖๒.๕
มัธยมศึกษาตอนต้น	๑๐๖	๑๓.๒
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	๘๘	๑๐.๙
อนุปริญญา/ปวส.	๕๓	๖.๖
ปริญญาตรีขึ้นไป	๕๕	๖.๘
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	๒๓๐	๒๘.๖
ประมง	๐	๐
รับจ้างทั่วไป	๑๗๒	๒๑.๔

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	๙๓	๑๑.๖
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๒๗๗	๓๔.๔
อื่นๆ	๓๓	๔.๐
รายได้ต่อเดือน		
≤ ๑๐,๐๐๐ บาท	๗๓๒	๙๐.๙
๑๐,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท	๖๑	๗.๖
๒๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐ บาท	๘	๑.๐
๓๐,๐๐๑ บาท	๔	๐.๕
$\overline{X}$= ๔,๓๕๖.๗, SD = ๗๖.๓๐, Min = ๒,๐๐๐, Max = ๓๕,๐๐๐		
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)		
๑-๕ ปี	๖๐	๗.๕
๖-๑๐ ปี	๑๒๗	๑๕.๘
๑๑-๑๕ ปี	๑๙๘	๒๔.๖
๑๖ ปี	๔๒๐	๕๒.๑
$\overline{X}$= ๒๔.๘๙, SD = ๖๖.๗๕, Min = ๓, Max = ๔๑		

๒. ระดับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ บทบาท แรงจูงใจ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก

๓. การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๖๔.๕

๔. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแคว์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<๐.๐๕) ระดับความสัมพันธ์น้อย ได้แก่ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน (r=๐.๓๙๒) และระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ได้แก่แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (r=๐.๕๐๗) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=๐.๕๗๔) การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน (r=๐.๔๗๒) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว (p-value >๐.๐๕) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน (ดังตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว (n=๘๐๕)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานตามบทบาท		แปลผลระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	
การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน	๐.๔๗๒	< ๐.๐๐๑**	ปานกลาง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	๐.๕๐๗	< ๐.๐๐๑**	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน	๐.๓๙๒	< ๐.๐๐๑**	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคม	๐.๕๗๔	< ๐.๐๐๑**	ปานกลาง

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๕)

๕. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้:

๑. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพหลักเป็นตัวแปรที่ไม่ได้วัดอยู่ในระดับอันตรภาค (Interval Scale) หรือระดับมาตราส่วน (Ratio Scale) จึงได้แปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยตัวแปรหุ่นแต่ละตัวมีค่า ๐ กับ ๑ เช่น ตัว แปร เพศ กำหนดให้ค่า ๐ เมื่อตัวอย่างเป็นเพศชาย และ ๑ เมื่อตัวอย่างเป็นเพศหญิง เป็นต้น

๒. ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ดังนี้ ทดสอบภาวะ Multicollinearity โดยใช้ Collinearity statistic ได้ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง ๐.๕๓๒-๑.๐๐ ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ ๑ แสดงว่า ตัวแปรเป็นอิสระจากกันและได้ค่าVIF (Variance Inflation Factors) อยู่ระหว่าง ๑.๔๓๘-๑.๘๗๙ ถ้าค่า VIF>๑๐ แสดงว่า มีสหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายมากหรือมีภาวะร่วมของตัวแปรสูง ผลการทดสอบสรุปได้ว่า ไม่มีภาวะ Multicollinearity ตัวแปรเป็นอิสระจากกันผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<๐.๐๕ เมื่อพิจารณาจากค่า beta เรียงตามลำดับอิทธิพลจากมากไปน้อย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=๐.๔๔๐) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta= ๐.๑๗๔), การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน (Beta=๐.๑๔๓), และทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน (Beta=๐.๐๙๕) ดังแสดง ในตารางที่ ๓ ซึ่งร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ ๔๑.๓๑๐

ตารางที่ ๓ ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. ในทีมหมอครอบครัว

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEb	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	๐.๔๔๐	๐.๐๓๙	๐.๓๗๗	๑๑.๑๕๗	๐.๐๐๐
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	๐.๑๗๔	๐.๐๓๘	๐.๑๗๐	๔.๕๕๒	๐.๐๐๐
การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน	๐.๑๔๓	๐.๐๔๑	๐.๑๒๘	๓.๔๕๙	๐.๐๐๑
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน	๐.๐๙๕	๐.๐๓๒	๐.๑๐๐	๒.๙๙๕	๐.๐๐๓
ค่าคงที่	๐.๕๖๒	๐.๒๐๔		๒.๗๕๓	๐.๐๐๖

R = ๐.๖๔๓, R^2 = ๐.๔๑๓, F = ๕๐.๗๓๙, p value < ๐.๐๕

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว โดยรวม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาทิ เช่น การปฏิบัติตัวให้เป็นต้นแบบหรือแบบอย่างของคนในชุมชนเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพในฐานะที่ทำงานในทีมหมอครอบครัว, การประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีที่จะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ปัจจัยการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทีมหมอครอบครัวรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เช่น การเสริมพลังให้กับประชาชนและครอบครัวให้เข้าใจสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ ซึ่งสามารถเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้งานประสบผลสำเร็จโดยมีการให้ความช่วยเหลือกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมของการทำงาน ของมนุษย์มี ๒ ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายและการบริหารองค์กร, ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ความสัมพันธ์กับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สภาพของงาน, และสิ่งตอบแทน ปัจจัยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า การส่งเสริมให้คนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว, การที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นประจำมีส่วนช่วยทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ง่ายขึ้น, การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในทีมหมอครอบครัวไม่ได้เป็นไปด้วยการบังคับที่ต้องทำตามหน้าที่ รวมทั้งสัมพันธภาพในทีม หมอครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานประสบความสำเร็จได้ดี ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่าสมาชิกในครอบครัว

ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการทำงานกับทีมหมอครอบครัว, การได้รับการยกย่อง ชื่นชม จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการทำงานกับทีมหมอครอบครัว รวมทั้งได้รับการชี้แจงแนวทางปฏิบัติในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้ตัวเองสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี ซึ่งแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน แต่ผู้วิจัยได้ นำมาใช้ ๓ ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์, การสนับสนุนในการให้ข้อมูล ข่าวสารและคำแนะนำ, และการสนับสนุนด้านสิ่งของ ซึ่งปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิ เช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยในทีมหมอครอบครัว ซึ่งจากการศึกษานี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการชี้แจง แนวทางปฏิบัติ รับคำแนะนำ การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาจากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ, อยากได้รับการยอมรับและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งจากการศึกษานี้ อสม.รู้สึกว่างานที่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวเป็นงานที่น่าสนใจท้าทาย อาศัยความคิดริเริ่มและได้ช่วยเหลือผู้อื่น ปัจจัยการรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานเป็นการยืนยันการปฏิบัติงานของอสม.และทราบขอบเขตของการทำงาน รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาที่มีความมุ่งมั่น ความตั้งใจในทีมหมอครอบครัว ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทเกิดจากความรู้สึก และการรับรู้ถึงสถานการณ์ในทีมหมอครอบครัว ซึ่งจากการศึกษานี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่า การสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่ คนแออัดจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทีมหมอครอบครัวเพิ่มเติมเป็นต้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวของแต่ละพื้นที่ย่อมมีบริบทที่แตกต่างกัน อีกทั้งนโยบายทีมหมอครอบครัวเป็นแนวคิดที่มีการทำงานร่วมกันของหลายฝ่ายทั้งในส่วนของสาธารณสุข ชุมชนและท้องถิ่น อาจมีความพร้อมและศักยภาพการดำเนินงานที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างทีมในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อ รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น พบว่า การทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้เปลี่ยนวิธีการทำงาน มีการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๓ ประการได้แก่

(๑) การบูรณาการดี (Integration) คือการบูรณาการทีมหมอครอบครัวเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีเป้าหมาย (๒) มีการเรียนรู้ (Learning) คือการคิดวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ และ (๓) มีแผนงานชัด (On tract) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลมีทิศทางที่ชัดเจน มีการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม และต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมาย ๕ กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) โดยการรวมพลังสังคมจากภาคีเครือข่ายต่างๆ และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของในแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการซึ่งจากสถานการณ์การดำเนินงานในเบื้องต้น พบว่า ยังมีข้อจำกัด และ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่โดยเฉพาะในส่วนของกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการรวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว และดำเนินการประเมินผลกระทบการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ซึ่งลักษณะงานที่ปฏิบัติของ อสม. ในชุมชนส่วนใหญ่ จำเป็นต้องใช้ความรู้ในการปฏิบัติ และยังต้องแสวงหาศึกษาโรคใหม่ๆ มีความกระตือรือร้น มีความจำ สามารถให้คำแนะนำแก่คนอื่นได้ และมองเห็นว่าการทำงานสาธารณสุขเป็นงานที่น่าสนใจและท้าทาย ส่วนทักษะความสามารถที่ อสม. ต้องมี ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การคิดค่าดัชนีมวลกาย และแปลผลได้อย่างถูกต้อง และการเขียนแผนงานโครงการ รวมถึงการมีความสามารถ พิเศษอื่นๆ ได้แก่ การพูด และความกล้าแสดงออก ทักษะความสามารถการทำงาน อสม. ที่พบค่อนข้างมาก คือ การจัดการเฝ้าระวังโรค ท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และที่พบค่อนข้างน้อย คือ การเขียนโครงการ การเป็นผู้นำกระบวนการ การเป็นวิทยากรอบรม/ประชุม และการเจรจาต่อรอง แต่ในกลุ่ม อสม.ทั่วไปบางคน กลับไม่มีความมั่นใจในความรู้ของตนเอง ไม่สามารถให้คำแนะนำแก่คนอื่นได้ และบอกไม่ได้ว่าอะไรคือทักษะ ความสามารถในการทำงานเป็น อสม.

ลักษณะการทำงานในอดีตและปัจจุบันมีความแตกต่างกันชัดเจนในเรื่องของ จำนวนรายละเอียด ความยาก และการมีความรับผิดชอบมากขึ้น รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงาน และลักษณะงานส่วนใหญ่ที่ทำในชุมชน จะเป็นงานป้องกันและควบคุมโรค เช่น โรค ไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ งานส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย งานนมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว อาหารปลอดภัย และงานเยี่ยมบ้าน บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่ที่ อสม.ได้ปฏิบัติ คือ ด้านการป้องกนควบคุมโรค และการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ มีศักยภาพสูงในด้านการทำงานที่สำเร็จเสร็จสิ้นเป็นครั้งคราว เช่น การสำรวจข้อมูล การรณรงค์ด้านการควบคุมโรคระบาด ซึ่งเป็นงานที่ไม่ยืดเยื้อ ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน โดย การพูด ทั้งตัวต่อตัว และเป็นกลุ่มในงานต่างๆ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ งานบวช รองลงมา คือ การประกาศเสียงตามสาย แจกแผ่นพับความรู้ และการแจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และให้ความสำคัญกับใช้การพูด ที่ต้องพูดดี เหมาะสม และการมีอัธยาศัยที่ดี อสม. ซึ่งงานที่อสม.ปฏิบัติในชุมชนนั้นมีความเหมาะสมกับชุมชนตนเอง เพราะเป็นงานที่

เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนโดยตรง และยังพบว่าเป็นปัญหาของคนในชุมชน อสม. เป็นตัวกลางประสานระหว่างชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งานด้านสาธารณสุขคงไม่สามารถพัฒนาไปได้ อสม. มีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยเพียงแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น จนกล่าวได้ว่า อสม. เป็นเสมือนทูตที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ดีอยู่เสมอ

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบปัจจัยที่สำคัญที่สุด และปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การชอบทุ่มเทแรงกายแรงใจ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่าง อสม.และผู้ที่เกี่ยวข้อง การได้รับการยอมรับ การได้รับความร่วมมือจากอสม. ประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน การมีใจรักในงานที่ทำ การสื่อสารใช้คำพูดที่เหมาะสม และงบประมาณการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ คาดว่าน่าจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้ดังนี้

๑. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักและให้ความสำคัญของการพัฒนา ส่งเสริมปัจจัยต่างๆเหล่านี้ เพื่อให้การทำงานของอสม. มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ

๒. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพของการทำงานของ อสม.

๓. ควรมีการพัฒนารูปแบบและการกระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานของ อสม.

๔. ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรสาธารณสุขให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม.

๕. เจ้าหน้าที่ของรัฐควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง ทันกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเพิ่มศักยภาพและความมั่นใจในงาน

๖. ควรมีการประชาสัมพันธ์ ชี้แจงให้แก่ประชาชนรับทราบบทบาทหน้าที่ ความรู้ ความสามารถที่ อสม. มีและพร้อมที่จะให้บริการแก่ประชาชน ชุมชน สังคม รวมทั้งชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญของการมี อสม. ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของ อสม. เกิดการยอมรับนับถือและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานของ อสม.

๗. ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเสริมแนวคิดการทำงานด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทต่อการทำงานของ อสม.ในด้านการสนับสนุนงบประมาณ ควรชี้แจงให้สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เห็นบทบาทและความสำคัญของ อสม. เพื่อการสนับสนุนการทำงานด้านสุขภาพของ อสม. ให้สำเร็จต่อไป

๘. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ควรรักษารูปแบบการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเสียสละ ไม่ใช่การทำงานที่มุ่งหวังค่าตอบแทน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (อยู่ระหว่างการจัดทำ draft ฉบับที่ ๔ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

ทางวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ ๙๑

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายสนั่น แตงบัว สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๑
๒) นางสาวธัญวรรณ เกิดดอนทราย สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๓
๓) ดร.นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๓
๔) นายวีรพงษ์ อุมัด สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๓

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....
(นายสนั่น แตงบัว)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสนั่น แตงบัว	
นางสาวธัญวรรณ เกิดดอนทราย	
ดร.นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส	
นายวีรพงษ์ อุมัด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายเจริญชัย เปรมจันทร์วงษ์)
ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี
วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
วันที่ 20 พ.ย. 2567 เดือน พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สนั่น แตงบัว ส.บ. [1]

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย ส.ม. [2]

นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส ป.ด. [3]

วีระพงศ์ อุมัด ส.บ. [4]

บทคัดย่อ

บทนำ: การวางแผน และเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ที่อายุ 18 ขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 2,333 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 805 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Stepwise Multiple Regression

ผลการวิจัย: 1) ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.5 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน, และทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวได้ร้อยละ 41.3

สรุป: การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือและด้านนโยบายที่จูงใจและการสนับสนุนปัจจัยค้ำจุนแก่ อสม.ในทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้อสม.สามารถปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ทัศนคติแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาท อสม.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี

[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* Corresponding author : E-mail: thanyawan1134@gmail.com

[3] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

[4] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง กลยุทธ์ในการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัว "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว " ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาสู่การปฏิบัติ โดยดำเนินการขับเคลื่อนงานนโยบายทีมหมอครอบครัว "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว " ทำให้ช่วยแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขได้ ทำให้ประชาชนมีความเท่าเทียมในการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพให้ประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU/NPCU ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย ๑.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (หมอครอบครัว), คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ๒.หมอสาธารณสุข และ ๓.หมอประจำบ้าน (หมอ อสม.) รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแพทย์ที่ทัดเทียมกัน ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน โดยประชาชนทุกหลังคาเรือนสามารถขอคำแนะนำหรือขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัว ผ่านช่องทางโทรศัพท์ / ID line ได้โดย อสม.หมอประจำบ้านจะได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถให้การให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ประชาชนในแต่ละแวกบ้านที่รับผิดชอบได้ และหากไม่สามารถให้คำแนะนำ หรือ คำปรึกษาแก่ประชาชนได้ ก็สามารถใช้เบอร์โทรศัพท์ โทรหาหมอสาธารณสุข หรือหมอครอบครัวได้ ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับการดูแลตามหลักการเข้าถึง ครอบคลุม ต่อเนื่อง” ซึ่งเน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว (หมอประจำบ้าน : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), หมอสาธารณสุข : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ หมอครอบครัว: แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว/แพทย์ทั่วไป) อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ได้ดำเนินงานนโยบายทีมหมอครอบครัว "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว" โดยสรุป กิจกรรมหลักที่สำคัญ ๕ กิจกรรม ดังนี้ ๑.) วางแผนการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย กำหนด Timeline และชี้แจง นโยบาย "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว" ๒.) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ร่วมกันจัดทำข้อมูลตั้งต้น นำเข้าระบบทีมหมอครอบครัว นำส่งส่วนกลาง ๓.) จัดกิจกรรมขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว และดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และได้มีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์การขับเคลื่อนนโยบาย "คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว" ให้กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ ๔.) ระดับพื้นที่ได้ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ ๕.) หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU/NPCU ได้มีจัดทำระบบ การติดต่อสื่อสารระหว่างหมอคนที่ ๑ หมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๓ เชื่อมต่อประสานงานกันอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานทั้ง ๕ กิจกรรมก็เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัด ลดการรอคอย ลดภาระค่าใช้จ่าย สามารถดูแลสุขภาพตนเองครอบครัว ชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพื่อวางแผนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อกำหนดเป้าหมายดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการขับเคลื่อนนโยบาย คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว เมื่อ อสม.สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทในทีมหมอครอบครัวได้เป็นอย่างดีแล้ว ก็จะมีการพัฒนา อสค. เพื่อมี อสค. ไปดูแลผู้ป่วย LTC NCD CKD และผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิเช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยในทีมหมอครอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการชี้แจง แนวทางปฏิบัติ รับคำแนะนำ การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา จากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ สำหรับปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท ของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ, อยากได้รับการยอมรับและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ทำให้ อสม.รู้สึกว่า งานที่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวเป็นงานที่น่าสนใจ ท้าทาย อาศัยความคิดริเริ่มและได้ช่วยเหลือผู้อื่น ปัจจัยการรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงาน พบว่า การรับรู้บทบาทต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานเป็น การยืนยันการปฏิบัติงานของอสม.และทราบขอบเขตของการทำงาน รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาที่มีความมุ่งมั่น ความตั้งใจในทีมหมอครอบครัว ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทเกิดจากความรู้สึก และการรับรู้ถึงสถานการณ์ในทีมหมอครอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านรู้สึกว่า การสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่คนแออัดจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นประจำมีส่วนช่วยทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาทง่ายขึ้น

การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย ๑.) การดูแลเยี่ยมและติดตามประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ยังไม่ครอบคลุม เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) ที่มีภาวะแทรกซ้อน Loss follow up , ระบบการติดตาม ประชาชนเป้าหมายทุกรายให้มารับบริการสุขภาพในพื้นที่ ๒.) อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) หมอประจำบ้าน ยังมีไม่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ ทำให้ประชากรบางส่วน อาจยังไม่เข้าถึงบริการการดูแลที่จำเป็นต่างๆ หรืออาจได้รับข่าวสารที่สำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และการดูแลสุขภาพล่าช้าไม่ค่อยทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ๑.) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีความชัดเจนทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ ๒.) การบันทึกข้อมูลทีมหมอครอบครัว ลงระบบโปรแกรมฯ ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ช่วยลดภาระงานของ รพ.สต.ด้วยระบบงาน IT ในการประสานเชื่อมโยงข้อมูลของระดับพื้นที่กับส่วนกลาง ๓.) ระบบงาน IT เชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการทุกระดับ ช่วยในการติดตามข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในระดับพื้นที่

ข้อจำกัด จากบริบทความเป็นเขตเมืองหนาแน่นที่มีประชากรจำนวนมาก และมีความหลากหลายทางสังคม การดูแล สุขภาพของประชาชนในเขตเมืองให้ครอบคลุมจำเป็น ต้องสร้างแกนนำเครือข่ายชุมชนในแต่ละพื้นที่ให้เข้มแข็ง เพื่อขยายเครือข่ายสุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และ ทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล เอกชน คลินิกเอกชน และหน่วยงานท้องถิ่น ในการดูแล สุขภาพประชาชนในเขตเมืองหนาแน่น

ข้อเสนอแนะ สำหรับทีมหมอครอบครัว ควรสร้างทีมหมอครอบครัวทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว อสม. ชุมชน และทีมสหวิชาชีพที่มีความเข้มแข็งของทีมทุกระดับ ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงชุมชน ในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เมื่อทีมมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมาเติมเต็มเป็นหัวหน้าทีมและทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่ดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ยิ่งก่อให้เกิดความเป็นทีมหมอครอบครัวเข้มแข็งสมบูรณ์ และเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำงานครอบคลุมในทุกมิติบริการมากยิ่งขึ้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีบทบาทเป็น หัวหน้าทีมหมอครอบครัว และให้คำปรึกษา รวมไปถึงการเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับชุมชนด้วย พยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว ควรมีศักยภาพในการเชื่อมโยงการดูแลทางการพยาบาลจากในคลินิกหมอครอบครัวลงสู่ชุมชน และการประสานวางแผน การดูแลทางการพยาบาลกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำทีมและทีมสหสาขาวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ต้องมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานชุมชนในมิติของ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ตามหลัก เวชศาสตร์ครอบครัว การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงระบบการรักษาพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น อาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการ พัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น .สำหรับทีมหมอครอบครัว

แนวทางแก้ไข สำหรับการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว สำหรับพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เน้นการจัดรูปแบบบริการในรูปแบบเขตพื้นที่เมืองหนาแน่น ควรแบ่งลักษณะของชุมชนที่มีความเฉพาะ เช่น ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร ชุมชนแออัด และชุมชนคอนโดเมือง เพื่อความสอดคล้องของการจัดบริการที่เหมาะสมกับ บริบทของชุมชนนั้นๆ มีการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัว เกิดเป็นระบบที่ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและต้นทุน ทางสังคม เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวเป็น ระบบบริการปฐมภูมิที่มีการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความเข้มแข็งทุกระดับต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว

๑. การปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทีมหมอครอบครัว รับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี เช่น การเสริมพลังให้กับประชาชนและครอบครัว ให้เข้าใจสุขภาพตนเอง ในเรื่องการปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ และการได้รับโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ ซึ่งสามารถเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้งานประสบผลสำเร็จโดยมีการให้ความช่วยเหลือกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

๒. แรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมของการทำงานของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายและการบริหารองค์กร, ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ความสัมพันธ์กับเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สภาพของงาน, และสิ่งตอบแทนที่ได้รับอย่างเหมาะสม

๓. ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวในเชิงบวก ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทเกิดจาก ความรู้สึก และการรับรู้ถึงสถานการณ์ในทีมหมอครอบครัว เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่า การสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่คนแออัดจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นประจำมีส่วนช่วยทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาทง่ายขึ้น

๔. แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในทีมหมอครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิเช่น ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และเจ้าหน้าที่มีส่วนช่วยในทีมหมอครอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการชี้แจง แนวทางปฏิบัติ รับคำแนะนำ การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา จากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรจาก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัว เพิ่มเติมเป็นระยะจนทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดผลความสำเร็จ ดังนี้

๑.มีส่วนร่วมในการกระบวนวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพสุขภาพของชุมชน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนนั้นๆ เช่น การทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของชุมชน แผนพัฒนาระบบสุขภาพของหมู่บ้าน/ตำบล แผนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับตำบล (ตำบลLongTermCare) เป็นต้น

๒. มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เฝ้าระวังโรคที่พบบ่อยเป็นต้น

๓. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔. สื่อสารข้อมูลชุมชนภายในทีมงาน เพื่อรายงานสถานการณ์ ข้อมูลด้านสุขภาพ ปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในชุมชน เพื่อให้มาฝากครรภ์ภายใน ๑๒ สัปดาห์, เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการหรือได้รับวัคซีนไม่ครบหรือมีปัญหาภาวะโภชนาการ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดนัดไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง, ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว, ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลแม่ข่าย/รพ.อื่นๆ โดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อจากคลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

๕. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างทีมหมอครอบครัวและประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข เจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคระบาดในท้องถิ่น เป็นต้น

๖. สำรวจ คัดกรอง และจัดทำข้อมูลสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว เช่น คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเบื้องต้น คัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุ คัดกรองแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ คัดกรองผู้พิการในชุมชน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เป็นต้น

๗. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพ และการสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล

๘. ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ สุขศึกษาให้แก่เพื่อนบ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) แกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยให้น้อยที่สุด

๙. ติดตาม รวบรวมและรายงานผลการดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านสุขภาพ

๑๐. เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) เพื่อการเรียนรู้ของคนในชุมชน

(ลงชื่อ) .....

(นายสนั่น แตงบัว)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นายสุรศักดิ์ เนียมปาน	**จังหวัดนนทบุรี** **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี** **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)	๖๑๒๒	**จังหวัดนนทบุรี** **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี** **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๑๒๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี”				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	**“แนบท้ายประกาศ”**				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๓.๒ ความรู้เกี่ยวพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓.๔ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓.๕ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิค บายส์

๓.๖ ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ประชากรโลกตายก่อนวัยอันควร ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ ๑.๒๘ พันล้านคนที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๗๙ ปี มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕๖ พันล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (WHO, ๒๐๒๓) ในประเทศไทยจากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๖.๘ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒ แสนคน และในปี ๒๕๖๓ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ พบมากถึงเกือบร้อยละ ๓๕ ของประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๕) กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๒) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน เน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูงในช่วงปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ มีอัตราป่วยต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน คือ ๑๔,๖๕๑.๓๙, ๑๕,๑๑๐.๐๔ และ ๑๕,๖๖๗.๒๗ ตามลำดับ พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๕.๔ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๕)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Buys (๑๙๙๑) นำไปใช้เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เน้นความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่ได้รับการกระตุ้นจากบุคลากรด้านสุขภาพให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ อาศัยกระบวนการกำกับตนเองที่สามารถกระตุ้นจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมาย กลวิธีการจัดการตนเองแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การเตรียมความพร้อม ระยะที่ ๒ การจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงมีการกำกับตนเอง โดยมี ๓ กิจกรรม ดังนี้ ๑) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ ๒) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) คือ การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เมื่อตนเองสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ระยะที่ ๓ การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการจดบันทึกระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา และประเมินผลการปฏิบัติแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่นำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลิค-บายส์ มาใช้เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุสบา สันหละ (๒๕๖๔) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต (X= ๒.๗๗, S.D.= ๐.๑๓) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (X = ๒.๕๑, S.D.= ๐.๒๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพาภรณ์ จันทร์ศรี และคณะ (๒๕๖๓) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean= ๒.๕๒, S.D.= ๐.๑๗) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean= ๒.๑๕, S.D.= ๐.๓๗) และมากกว่ากลุ่มเปรียบทียบ (Mean= ๒.๐๔, S.D.= ๐.๒๒) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .๐๐๑ (p-value < ๐.๐๐๐) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .๐๐๑ (p-value < ๐.๐๐๐)

จากข้อมูลอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า ในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๖,๓๗๐, ๖,๓๘๖ และ ๒๐,๐๕๗ คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี, ๒๕๖๕) จะเห็นได้ว่าประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลัง ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบมีจำนวน ๑,๙๙๗ คน (ร้อยละ ๑๕.๘๖), จำนวน ๒,๒๙๒ คน (ร้อยละ ๑๖.๘๑) และจำนวน ๘,๔๓๕ คน (ร้อยละ ๔๖.๘๖) ตามลำดับ (HDC จังหวัดนนทบุรี, ๒๕๖๕) จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ ตระหนักดีว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการ และเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ทั้งนี้ผลการศึกษายังสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

๑. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, ๑๙๙๑) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๗๐ ปี มารับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ตลอดเวลาที่รักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๑๑,๔๖๔ คน

กลุ่มตัวอย่างคัดลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก (Lottery) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๗๐ ปี มารับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ตลอดเวลาที่รักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๓๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ๓ ส่วน

ส่วนที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิตอล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ ได้รับการตรวจสอบเทียบเครื่องมือวัดที่มีการควบคุมมาตรฐานของเครื่องมือ โดยหน่วยงานศูนย์เครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ส่วนที่ ๒ เครื่องมือที่ใช้ในการทำโปรแกรม ได้แก่ ๑) โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิค (Kanfer & Gaelick-Buys, ๑๙๙๑) ประกอบด้วย ๑) คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการ

ตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ๒) สื่อการสอนและสไลด์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติตัวสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) โดยใช้โปรแกรมนำเสนองาน (Power point) ประกอบด้วย เนื้อหา ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยาที่เหมาะสม และ ๓) แบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงเป็นรายวัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกด้วยตนเองทุกวัน

ส่วนที่ ๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ๓ ส่วน

๓.๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ผู้ประกอบอาหารให้รับประทาน

๓.๒ แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย คำถาม ๓๐ ข้อ มีความครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน ๑๑ ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน ๘ ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน ๖ ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน ๕ ข้อ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน ๑๕ ข้อ คำถามด้านลบ จำนวน ๑๕ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ๑ ถึง ๕ คะแนน

โดยแปลความหมายค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

คะแนน ๑.๐๐-๑.๘๐	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม
คะแนน ๑.๘๑-๒.๖๐	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองพอใช้
คะแนน ๒.๖๑-๓.๔๐	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง
คะแนน ๓.๔๑-๔.๒๐	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี
คะแนน ๔.๒๑-๕.๐๐	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ไปตรวจ สอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของ เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ ๐.๙๐ และคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ ๐.๘๗

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ขั้นเตรียมการ

หลังผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

๑.๑ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบคุณภาพการบริการของหน่วยงานสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชี้แจงสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรูปแบบในการดำเนินงาน

๑.๒เตรียมผู้ช่วยวิจัยจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการดำเนินวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการบันทึกข้อมูล

๑.๓ ออกแบบกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีผสมผสาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค มาประยุกต์ใช้และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

๑.๔ประกาศเชิญชวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์ให้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

๑.๕ประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง เชิญผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มไลน์ เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารและจัดส่งเอกสารไฟล์สื่อทางอินเตอร์เน็ตต่าง ๆ

๑.๖ การดำเนินกการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา การให้ข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

๒. ขั้นดำเนินการวิจัย

ครั้งที่ ๑ (สัปดาห์ที่เริ่มต้น) การเตรียมความพร้อม และการติดตามตนเอง (Self-monitoring) ใช้เวลา ๔๐ นาที ที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. บางรักน้อย หมู่ที่ ๓

๑. ซักประวัติ คัดกรองตรวจรักษา ผู้วิจัยกล่าวทักทายสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนในโปรแกรมการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Pre test)

๒. ขณะรอเรียกรับยาและใบนัด ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม โดย

๒.๑ ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับพฤติกรรมการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด รับประทานยา การอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป โดยใช้โปรแกรมนำเสนองาน (Power point)

๒.๒ ให้ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลของตนเอง

๒.๓ สนับสนุนแนวทางปฏิบัติ มอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒.๔ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๒ (สัปดาห์ที่ ๒) กิจกรรมการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๒๐ นาที ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล

๑. ทักทายกลุ่มตัวอย่าง ซักถามสุขภาพทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย

๒. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และให้แรงเสริมตนเองตามความเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน

๓. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๓ (สัปดาห์ที่ ๔) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๓๐ นาที ที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. บางรักน้อย หมู่ที่ ๓

๑. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และดูแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อสะท้อนกลับข้อมูลโดยถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา การเสริมแรงตนเองให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการเสริมแรงตามความเหมาะสม เช่น ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้รางวัลตัวเอง เช่น การซื้อของให้ตนเอง หรือผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ

๒. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๔ (สัปดาห์ที่ ๖) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๑๐ นาที ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคล โดยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตาม

๑. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยสอบถามสุขภาพทั่วไปผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

๒. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และสะท้อนกลับข้อมูล โดยถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เช่น ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในเรื่องการออกกำลังกายได้ดี ให้รางวัลตัวเอง โดยการซื้อของ ให้ตนเอง ผู้วิจัยเสริมแรง โดยการให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชย

๓. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๕ (สัปดาห์ที่ ๘) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๓๐ นาที ที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. บางรักน้อย หมู่ที่ ๓

๑. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อสะท้อนกลับข้อมูล โดยถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้รางวัลตัวเอง เช่น การซื้อของให้ตนเอง

๒. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๖ (สัปดาห์ที่ ๑๐) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๑๐ นาที ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายบุคคล โดยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตาม

๑. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยสอบถามสุขภาพทั่วไปผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

๒. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และสะท้อนกลับข้อมูล โดยถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ผู้วิจัยให้ความรู้และให้

คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชย

๓. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๗ (สัปดาห์ที่ ๑๒) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ใช้เวลา ๓๐ นาที ที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. บางรักน้อย หมู่ที่ ๓

๑. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ครบ ๑๒ สัปดาห์ พร้องทั้งเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง

๒. ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ประเมินข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post test)

๓. ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๔. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยในความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

๒. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ ด้วยค่าสถิติ t-test

๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ๑๒ สัปดาห์ โดยใช้สถิติ t-test

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๐ คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ ๖๓.๓๓ และ เพศชาย ร้อยละ ๓๖.๖๗ อายุเฉลี่ย ๕๕.๑๓ ปี อายุส่วนใหญ่ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๐.๐๐ รองลงมาอายุ ๕๑-๖๐ ปี ร้อยละ ๓๓.๓๓ ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ ๖๓.๓๓ รองลงมาสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ ๒๖.๖๗ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ ๓๓.๓๓ รองลงมาจบชั้นปวช./ปวส. ร้อยละ ๒๖.๖๗ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๓.๓๓ รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๒๖.๖๗ ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๑๕,๕๕๖.๖๗ บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ๑๐,๐๐๑ -๑๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๖.๖๗ รองลงมารายได้น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๓.๓๓ ระยะเวลาป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย ๗.๔ ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา ๑-๕ ปี ร้อยละ ๔๓.๓๓ รองลงมาระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา ๖-๑๐ ปี ร้อยละ ๔๐.๐๐ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ ๘๐.๐๐ ส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ร้อยละ ๗๐.๐๐ และโรคเก๊าต์ร่วมด้วย ร้อยละ ๓๐.๐๐ ส่วนใหญ่ประกอบอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ ๔๓.๓๓ รองลงมาภรรยาหรือสามีทำให้รับประทาน ร้อยละ ๒๓.๓๓

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=๓๐)		การแปลผล	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=๓๐)		การแปรผล	t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
๑. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	๑.๓๗	๐.๖๓	ไม่เหมาะสม	๓.๘๗	๒.๘๖	ดี	-๗.๖๖	.๐๐๐**
๒. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	๒.๓๐	๐.๗๖	พอใช้	๓.๗๖	๑.๐๙	ดี	-๘.๐๙	.๐๐๐**
๓. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	๑.๖๒	๐.๗๓	ไม่เหมาะสม	๓.๗๓	๐.๗๘	ดี	-๖.๘๙	.๑๙๐
๔. พฤติกรรมด้านการรับประทานยา	๑.๖๘	๐.๗๔	ไม่เหมาะสม	๔.๕๑	๐.๗๑	ดีมาก	-๒.๕๒	.๐๔๗
รวม	**๑.๗๔**	**๐.๗๒**	**ไม่เหมาะสม**	**๓.๙๗**	**๑.๓๖**	**ดี**	**-๘.๑๒**	**.๐๐๐****

**P<.๐๐๑

จากตารางที่ ๑ พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (t=-๗.๖๖, P-value = .๐๐๐) ด้านการออกกำลังกาย (t=-๘.๐๙, P-value = .๐๐๐) ด้านการจัดการความเครียด (t=-๖.๘๙, P-value = .๑๙๐ ด้านการรับประทานยา(t=-๒.๕๒, P-value = .๐๔๗) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ (t=-๘.๑๒, P-value = .๐๐๐)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระดับค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=๓๐)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=๓๐)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
SBP (mmHg)	๑๕๑.๕๓	๕.๘๐	๑๒๙.๙๓	๙.๖๗	๙.๔๔	.๐๐๐*
DBP (mmHg)	๘๗.๗๗	๔.๘๖	๗๘.๔๗	๗.๐๗	๖.๔๓	.๐๐๐*

*P<.๐๕

จากตารางที่ ๓ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยของระดับค่าความดันโลหิต Systolic= ๑๒๙.๙๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= ๙.๖๗ ค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิต Diastolic= ๗๘.๔๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= ๗.๐๗ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยของระดับค่าความดันโลหิต Systolic= ๑๕๑.๕๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๕.๘๐ ค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิต Diastolic= ๘๗.๗๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= ๔.๘๖ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ (t=๙.๔๔, P-value= .๐๐๐ และ t=๖.๔๓, P-value= .๐๐๐)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองนนทบุรี จังกวัดนนทบุรี สามารถอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

๑. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล ซึ่งผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิค บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, ๑๙๙๑) ประกอบด้วย ๓ ระยะ ระยะที่ ๑ การเตรียมความพร้อม ระยะที่ ๒ การจัดการตนเอง (Self-management) ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรง (Self-reinforcement) ระยะที่ ๓ การติดตามผลและการประเมินผลการปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ วัดความดันโลหิต พร้อมทั้งค้นหาปัญหาอุปสรรคและปรับแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับปัญหา และผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมายให้การเสริมแรงร่วมกัน กลุ่มเป้าหมายและผู้วิจัยสรุปผลการจัดการตนเอง โดยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และวัดความดันโลหิต จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

๒. ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ค่าความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (๒๕๖๓) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.๐๕)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

๑. ในการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการที่ได้ศึกษาวิจัยไว้ โดยจุดสำคัญที่ควรต้องให้ความสำคัญในการปฏิบัติ คือ

๑.๑ การติดต่อสื่อสาร/พูดคุย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ รวมถึงเป็นการแสดงถึงความใส่ใจในการดูแลรักษาพยาบาลและการมีสัมพันธภาพที่ดีที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นทั้งนี้ในการพูดคุยควรใช้คำพูด วิธีการที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย และใช้เวลาให้มีความเหมาะสมไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ให้พิจารณาจากปัญหา และความสนใจของผู้ป่วย

๑.๒ กระบวนการในการสะท้อนข้อมูล ในเรื่องความรู้ การปฏิบัติตัว และปัญหาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้ และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ จากผลการวิจัยมีการสะท้อนข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอก และเสนอแนะ เกิดเป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดีต่อไป

๑.๓ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการติดตาม ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะ ๒ สัปดาห์แรก หลังจากการมารับบริการ และต้องมีการติดตามเป็นระยะๆ จนมั่นใจว่าผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงได้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

๒. สำหรับหน่วยงานที่จะนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงไปพัฒนาให้ความสำคัญกับการติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. การเยี่ยมบ้านโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เกิดการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการสับสนในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้อง และเหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง

๓. หน่วยงานหรือ รพ.สต. ที่จะนำรูปแบบโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ เจ้าหน้าที่หรือผู้รับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรพิจารณาปรับปรุง เรื่องระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม และการพูดคุยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมดังกล่าวมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาต่อยอดของกระบวนการอย่างต่อเนื่องในวงรอบต่อไปเพื่อให้ เกิดเป็นรูปแบบหรือระบบการดูแลที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของพื้นที่

๒. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา ส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำได้ยาก

๗.๒ ในกรณีที่ได้ติดตามให้คำแนะนำมาระยะหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยยังไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นพิเศษ เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาที่เรายังไม่ทราบ จะได้รู้ถึงปัญหาที่แท้จริงที่ผู้ป่วยมี และให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกจุด และอาจต้องให้ญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันช่วยกันดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

๗.๓ ความเชื่อที่บอกต่อกันมาโดยบางรายมีการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม การหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม

๗.๔ การสื่อสาร พูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาของตนเอง ต้องใช้เวลา ทักษะและการสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ข้อจำกัดของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี ยังคงประกอบอาชีพประจำ เวลาติดตามเยี่ยมบ้านต้องติดตามช่วงวันหยุด เสาร์ – อาทิตย์ หรือถ้าจะโทรติดตามทางโทรศัพท์ต้องติดต่อช่วงเย็น หรือจัดกิจกรรมต้องเลือกตรงกับวันหยุด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเข้าร่วมได้อย่างต่อเนื่อง

๘.๒ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารรสเค็ม ซึ่งส่วนมากจะซื้อมาจากร้านค้า ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารทำได้ช้า

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรนำผลการวิจัยนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมวางแผนและประเมินผล จังหวัดนนทบุรีในเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับหน่วยงานอื่นที่สนใจนำไปปรับใช้

๙.๒ สำหรับหน่วยงานที่มีบุคลากรน้อย และภาระงานมาก การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การใช้การเยี่ยมทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกที่ดี เพราะทำให้ได้เยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุม ครบถ้วน ต่อเนื่อง และเป็นการสื่อสาร ๒ ทาง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ผลงานวิชาการเผยแพร่ทาง Website ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/f๕e๘๓๘๘๒๖๗๕d๒d๔f๔๔c๗๙๗d๑๕๐bcd๘๒f ตามหนังสือรับรองการเผยแพร่ผลงานวิชาการ เลขที่ ๑๐๐๒๖๗๐๒๖ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน ๑๐๐%

๑) นายสุรศักดิ์ เนียมปาน สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสุรศักดิ์ เนียมปาน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

(วันที่) ๗/ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสุรศักดิ์ เนียมปาน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายเจริญชัย เปรมจันทร์วงษ์)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี
(วันที่) ๑๖/ตุลาคม./.๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)
(ตำแหน่ง) .....
(วันที่) 20 พ.ย. 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ.)

---

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยช่วงระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต มักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว หรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage renal disease: ESRD) การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต มีค่าใช้จ่ายสูงมาก และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม ปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกระจายอยู่ในชุมชนและหมู่บ้านทั่วประเทศ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๕ พบว่า ๑ ใน ๒๕ ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย ระยะ ๔ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย และระยะที่ ๕ ที่ต้องล้างไต มากถึง ๖๒,๓๘๖ ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการรักษาโรคไตเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค,๒๕๖๖)

จากรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยที่รักษาด้วยโรคเบาหวาน จำนวน ๖๑,๙๕๘ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๑๔,๗๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๓ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๒,๓๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๒๒ ของผู้ป่วยเบาหวานของได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งหมด และพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยแบ่งเป็นระยะที่ ๓,๔,๕ ร้อยละ ๔๕.๔๕,๙.๒๕ และ ๗.๔๐ ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จึงมีการตรวจคัดกรองภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเสื่อมของไตระยะที่ ๔,๕ และการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้(HDCจังหวัดนนทบุรี,๒๕๖๖)

ในปี ๒๕๖๖ สถานการณ์โรคไตเรื้อรังตำบลบางรักน้อย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน ๒๓๖ ราย โดยแบ่งเป็น ระยะที่ ๓,๔ และ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๐, ๐.๙๔ และ ๐.๔๒ ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่รักษาด้วยโรคเบาหวาน จำนวน ๙๕๓ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๙๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๖ ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีจำนวน ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีจึงมีการตรวจคัดกรองภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด การเสื่อมของไตระยะที่ ๔,๕ และการรักษาโดยบำบัดทดแทนทางไต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ในกลุ่มนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ โดยจัดบริการแบบองค์รวม ผสมผสานจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน มีความสำคัญ เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติสุขเหมือนคนทั่วไป จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการ

ปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สถานะสุขภาพของประชาชนคนไทยมีความเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าของประเทศ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีผลต่อโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประเทศ สาเหตุการป่วยตายที่สำคัญในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง ๔ แบบ คือ ๑.) โรคเรื้อรังซึ่งมีผลที่เกิดจากการเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภค การออกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ๒.) โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การระบาดอย่างรวดเร็วและรุนแรง ๓.) อุบัติเหตุทางถนนการบาดเจ็บเสียชีวิตที่เกิดจากความประมาทและขาดวินัยจราจร ๔.) โรคเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์องค์กร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการ SWOT Analysis จุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรค โอกาส จากผู้เกี่ยวข้องในส่วนต่างๆ ซึ่งสามารถกำหนดและวิเคราะห์ *SWOT Analysis* ดังนี้ **จุดแข็ง** ๑).ผู้บริหารองค์กรมีเป้าหมายการพัฒนาชัดเจน ๒.)อาคาร สถานที่ ลาดจอดรถ ห้องจัดให้บริการ มีความพร้อมเพียงพอ ๓.) บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนเพียงพอ ๔.)เงินบำรุงมีจำนวนเพียงพอ ๕.)คณะกรรมการพัฒนาสถานบริการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ๖.) ครุภัณฑ์ทางการแพทย์มีความพร้อมให้บริการ ๗.) กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลบางรักน้อยสนับสนุนงบประมาณการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ๘.) ระบบน้ำ ระบบไฟฟ้ามีความพร้อม ๙).โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ รับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ และมีการชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาลงสู่ผู้ปฏิบัติ **จุดอ่อน** ๑.) ขาดเจ้าหน้าที่การเงิน ๒.) การใช้เงินบำรุงไม่คล่องตัว **โอกาส** ๑.)สำนักงานเขตสุขภาพที่๔ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีกำหนดนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ(NPCU) ๒.) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดชัดเจน ๓.) เทคโนโลยีและสารสนเทศมีประสิทธิภาพมีความรวดเร็ว ครอบคลุม **อุปสรรค** ๑.)กฎหมายการกระจายอำนาจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนั้น ระบบการดูแลรักษาสุขภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาหรือ ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับมิติพฤติกรรมและมิติทางสังคม (Psychosocial) ที่มีผลต่อการเกิดโรค หน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลไกที่สำคัญ ต่อการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน

การกำหนดกลยุทธ์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางาน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ด้วยการทำ SWOT Analysis และการวิเคราะห์ TOWS MATRIX ประเมินสภาพแวดล้อมภายในและประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก โดยการนำจุดแข็ง – จุดอ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในมาเปรียบเทียบกับโอกาสและอุปสรรคซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนา ปรับปรุง และขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

กลยุทธ์เชิงรุก

-พัฒนารูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรังทั้งในหน่วยบริการและชุมชน

-สร้างทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

กลยุทธ์เชิงเพื่อพัฒนา

-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกระดับการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

กลยุทธ์เชิงป้องกัน

-ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลยุทธ์เชิงรับ

-พัฒนาด้านสื่อสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ทางโซเชี่ยลมีเดีย เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

เสนอแผนงาน โครงการการ เพื่อพัฒนาตามภารกิจ

แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลบางรักน้อย

๑.โครงการชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยง ลดโรค ชุมชนบ้านบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒.โครงการชะลอไตเสื่อม เพื่อลดผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต จังหวัดนนทบุรี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ ๒,๓ (CKD Stage ๒,๓) มีระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ดีขึ้นหรือคงที่

๒. เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยง ลดโรคแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบางรักน้อย

๓. มีเครือข่ายชุมชนลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในชุมชน

๔.มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามบริบทเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและช่วยให้ทีมสหวิชาชีพ มีระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และคนในครอบครัว อย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง ภายใต้การดำเนินงาน แบบสหสาขาวิชาชีพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีรูปแบบการจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ ๒,๓ (CKD Stage ๒,๓) มีระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ดีขึ้นหรือคงที่ร้อยละ ๕๐

๓. มีMini CKD Clinic ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย หมู่ที่ ๓ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(ลงชื่อ) .....

(นายสุรศักดิ์ เนียมปาน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

(วันที่) ...๒๙.../ตุลาคม /.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาคล้าย		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาคล้าย		
๖	นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๕๙๖๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๕๙๖๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบการดูแลและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **“แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติด

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

จากข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วย ยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime [UNO) พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ ๑๕-๖๔ ปี ส่วนใหญ่เพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน ๑ ในทุก ๆ ๑๘ คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบวาจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ๒๖% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), ๒๐๒๒) และมีการคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ใช้ยาเสพติด ๒๙๙ ล้านคน สำหรับประเทศไทยการแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่มากขึ้นตามการเคลื่อนของอุปทาน (Supply) ของ การผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้นส่งผลให้ยาเสพติดกระจาย ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติด ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูล ผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบ จะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ ๗๐.๓๔ ไม่นับผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อน ไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจาก ยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปรามปรามยาเสพติด, ๒๕๖๔) การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัย ความร่วมมือจากพหุภาคี สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลงคือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือ เลิกยาเสพติดได้ ผู้ปฏิบัติงานจึงมุ่งมันพัฒนาระบบงาน เพื่อคืนคนดีสู่สังคม ในการดำเนินงานด้าน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยถือว่า "ผู้เสพติด คือ ผู้ป่วย" เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, ๒๕๖๕)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจากอดีตจนถึงปัจจุบันที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในสังคมโลก คือการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่เรียกว่า Classical Model แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของ ยาเสพติด ผนวกกับจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น บุคคลในกลุ่มนี้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ในภาครัฐได้เพียง ๒๐๐,๐๐๐ รายต่อปีเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ต่างๆ ในประเทศไทยยังคงมีปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดอีกเป็นจำนวนกว่าล้านคน และยังคงอาศัยอยู่ในชุมชน ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบัน ภาครัฐเองก็ไม่สามารถนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดเข้าสู่สถานพยาบาล (Hospital based) ได้ทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Treatment and Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดแบบบูรณาการให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น สามารถใช้ชีวิตตามวิถีเดิม ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ และช่วยให้ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๒)

ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน ๒, ๔ และ ๗ ราย ตามลำดับ และ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพรายใหม่เพียง ร้อยละ ๒.๘๙, ๓.๕๔ และ ๕.๔๑ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใช้มาก คือ ยาบ้า ผลการบำบัดฟื้นฟูปี ๒๕๖๖ พบว่า ผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด เลิกได้ ร้อยละ ๗๑.๔๐ และใช้ยาน้อยลง ๒๘.๖ หลังบำบัดฟื้นฟู ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และพบว่าปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย (โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช, ๒๕๖๕) ซึ่งการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงาน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยใน ทั้งนี้การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูโดยผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด (วีรวัต อุครานันท์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๒)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมขนจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมตามสภาพการบำบัดผู้ติดสารเสพติดในชุมชน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกลุ่มแกน นำชุมชน เมื่อผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน และนำไปใช้ประโยชน์ในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดยาเสพและญาติในการเข้ารับการบำบัดจน ครบกระบวนการของผู้ติดยาเสพติด

๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

๓. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยมุ่งศึกษา รูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑. ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและญาติที่เคยเข้ารับการบำบัด บำบัดไม่ครบกระบวนการ และถูกส่ง เข้ามาบำบัดใหม่ จำนวน ๒๐ ครอบครัว และทีมบำบัดประกอบด้วยทีมผู้บำบัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓ คน ทีมงาน ยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง และโรงพยาบาลบางบัวทอง จำนวน ๕ คน

๒. ขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา โดยการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ระยะที่ ๑

๑. กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและญาติที่เคยเข้ารับการบำบัด บำบัดไม่ครบกระบวนการ และถูกส่งเข้ามาบำบัดใหม่ จำนวน ๕ ครอบครัว ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในการขาดบำบัด โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลคือกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและ

ญาติที่เคยเข้ารับการบำบัด บำบัดไม่ครบกระบวนการ และถูกส่ง เข้ามาบำบัดใหม่ จำนวน ๒๐ ครอบครัว ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในการขาดบำบัด โดยใช้แนวคำถาม แบบกึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก เสียงการสนทนากลุ่ม และถอดการบันทึกเสียง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหาขั้นตอนนี้จะได้ทราบสภาพปัญหาอุปสรรคในการมารับการ บำบัดจนครบกระบวนการของการบำบัดในรูปแบบเดิมรวมถึงความต้องการของผู้ติดยาเสพติดและ ญาติ เพื่อนำข้อมูลคืนกลับให้กับทีมบำบัดในขั้นตอนการระดมสมองต่อไป นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม และถอดการบันทึกเสียง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหาขั้นตอนนี้จะได้ทราบสภาพปัญหาอุปสรรคในการมารับการบำบัดจนครบกระบวนการของการบำบัดในรูปแบบเดิมรวมถึงความต้องการของผู้ติดยาเสพติดและญาติ เพื่อนำข้อมูลคืนกลับให้กับทีมบำบัดในขั้นตอนการระดมสมองต่อไป

๒. ระดมสมองร่วมกับทีมบำบัดประกอบด้วยทีมผู้บำบัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓ คน ทีมงาน ยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง และโรงพยาบาลบางบัวทอง จำนวน ๕ คน

ระยะที่ ๒ Planning (สร้างร่างรูปแบบการบำบัด) จากขั้นตอนศึกษาสภาพปัญหา และการระดมสมองโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ที่ได้เสนอต่อผู้บริหาร และนำไปประเมินคุณภาพความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ในการนำรูปแบบไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ๓ คน ได้แก่ ๑) หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตยาเสพติดโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒) จิตแพทย์โรงพยาบาลบางบัวทอง ๓) หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และนำร่างรูปแบบที่ได้เสนอต่อทีมบำบัดประกอบด้วยทีมผู้บำบัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓ คน ทีมงาน ยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทองและโรงพยาบาลบางบัวทอง จำนวน ๕ คน ขั้นตอนนี้จะได้รูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ระยะที่ ๓ Action (ขั้นปฏิบัติ/ทดลองใช้รูปแบบ) การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการนำรูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ไปทดลองใช้กับผู้ติดยาเสพติดในอำเภอบางบัวทองที่ขาดบำบัดจากโรงพยาบาลบางบัวทอง

ระยะที่ ๔ Observe (ประเมินผลรูปแบบฯ) ประเมินผลโดยเก็บข้อมูลโดยการบันทึก เสียงการสนทนา กลุ่มทดลองและญาติ โดยใช้แนวคำถามขั้นประเมินหลังทดลอง และถอดการบันทึกเสียง ประเมินผลจาก (๑) ความพึงพอใจต่อการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว (๒) การมาบำบัดต่อต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ (๓) ข้อดีที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการไม่ขาดบำบัดและไม่กลับไปเสพยาซ้ำของผู้ติดยาเสพติด

ระยะที่ ๕ Reflect (การสะท้อนผล) มี ๓ ขั้นตอนคือ

๑) สะท้อนผลโดยการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review) เพื่อสะท้อนผล สะท้อนคิด ถอดบทเรียนและพัฒนา นำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุงรูปแบบฯ โดยใช้ข้อมูล ข้อคิดเห็นจากผู้ติดยาเสพติดและครอบครัว ทีมผู้บำบัดตำบลบางบัวทอง คณะกรรมการศูนย์คัดกรองตำบลบางบัวทองและทีมผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง ขั้นตอนนี้จะได้ รูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติด อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีที่สมบูรณ์

๒) นำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ไปใช้บำบัดกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องจนครบ ๑๒ สัปดาห์

๓) ประเมินผลการใช้รูปแบบฉบับสมบูรณ์โดยเก็บข้อมูลโดยการบันทึก เสียงการสนทนากลุ่มผู้ให้ ข้อมูลคือกลุ่มทดลองและญาติ โดยใช้แนวคำถามขั้นสะท้อนผล และถอดการบันทึกเสียง ประเมินผลจาก (๑) ความพึงพอใจต่อการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว (๒) การมาบำบัดต่อต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ (๓) ผลดีที่เกิดขึ้นจากการไม่ขาดบำบัดและไม่กลับไปเสพยาซ้ำของผู้ติดยาเสพติด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. ความพึงพอใจต่อการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว อยู่ในระดับดี

๒. การมาบำบัดต่อต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐

๓. ผลดีที่เกิดขึ้นจากการไม่ขาดบำบัดสามารถติดตามผู้ติดยาเสพติดได้ ร้อยละ ๑๐๐

เชิงคุณภาพ

การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ได้รูปแบบใหม่ในการบำบัดผู้ติดสารเสพติด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สามารถนำรูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ไปปรับใช้กับศูนย์คัดกรองอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๖.๒ ผู้บำบัดได้รับการบำบัดที่เป็นมาตรฐานตามกระบวนการบำบัดยาเสพติดแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

๖.๓ ผู้รับผิดชอบด้านการบำบัดในชุมชนสามารถนำรูปแบบการบำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การนำผู้เสพยาเข้าสู่ศูนย์คัดกรองบำบัดรักษาทำได้ยาก ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆภาคส่วน ทั้งในครอบครัว และตัวผู้บำบัด ต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้บำบัด

๗.๒ ผู้ให้การบำบัดต้องใช้ทักษะและความพยายามอย่างสูงที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เข้าร่วมการบำบัดทุกครั้งไม่ขาดหายไป โดยการฝึกการให้บริการแบบกลุ่มในศูนย์คัดกรอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างกลุ่ม สร้างบรรยากาศความสนุกสนาน ไม่ตึงเครียดจนเกินไป เพื่อให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย เปิดใจให้ข้อมูล และยอมรับกติกามารยาทในการร่วมกลุ่ม จนกระทั่งมาร่วมกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มคงสภาพต้องติดตามสมาชิกให้มาเข้าร่วมกลุ่มให้ครบในทุกครั้งต้องใช้ความยืดหยุ่นโอนอ่อนผ่อนตามเพื่อให้สมาชิกยังคงอยู่ในระบบ เพื่อให้ระยะเวลาและโปรแกรมของกลุ่มปรับกระบวนการความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เข้ารับการบำบัดให้สามารถเลิกยาเสพติดได้ในที่สุด

๗.๓ ด้านการประเมินความเสี่ยงการกลับไปเสพซ้ำ ผู้ให้การบำบัดต้องใช้ทักษะอย่างสูงในการสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจ เสริมแรงพลังบวก เพื่อให้ผู้มาบำบัดได้มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองที่จะคงสภาพการหยุดใช้ยา นอกจากนี้ผู้ให้การบำบัดยังต้องมีทักษะในการสังเกตพฤติกรรม คำพูด การโต้ตอบระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม การตอบคำถามในใบงาน เพื่อค้นหาความเสี่ยงในความคิดที่จะไปใช้ยาซ้ำ หรือพฤติกรรมการแสดงออกว่าใช้ยาเสพติด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ปัญหาคือการติดตาม สื่อสาร กับผู้บำบัด พบว่าบางรายไม่มีโทรศัพท์ต้องติดตามโดยลงพื้นที่ให้ผู้นำชุมชน อสม เป็นผู้ช่วยเหลือในการติดตามให้มาบำบัดตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย

๘.๒ ระหว่างการบำบัดได้ตรวจปัสสาวะทุกครั้งที่มาบำบัด ยังพบว่าผู้บำบัดยังใช้สารเสพติดอยู่

๘.๓ ในการรับผิดชอบงานยาเสพติดพบว่า เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ทำหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน จึงเกิดความไม่ราบรื่นในการทำกิจกรรมบำบัด เมื่อถึงเวลานัดหมายแล้วต้องให้ผู้บำบัดรอเจ้าหน้าที่

๘.๔ ผู้บำบัดทำกิจกรรมกลุ่มที่ต้องใช้ความรู้ด้านการอ่าน การเขียน พบว่ามีผู้บำบัดบางราย ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ทำให้เกิดความล่าช้าต่อผู้บำบัดรายอื่นในตอนทำกิจกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหาร

๑. ผู้บริหารส่วนสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้มีความต่อเนื่อง จัดทำยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยเฉพาะการกำหนดตัวชี้วัดทั้งด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนชุมชนที่มีการดำเนินการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ได้แก่ จำนวนผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด (เทียบกับจำนวนผู้เสพยาเสพติด) และจำนวนชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านยาเสพติด ควรกำหนดนโยบายให้เป็นเอกภาพ ระหว่างการปราบปราม ความมั่นคงของประเทศ การป้องกัน และการบำบัดรักษา โดยทบทวนกฎหมายและระเบียบการดำเนินงานที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เพื่อลดความสับสนในการดำเนินงานของผู้บังคับใช้กฎหมาย มิให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ปฏิบัติงาน

ผู้ปฏิบัติ

๑. ฝ่ายปกครอง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเป็นแกนนำหรือส่งเสริมสนับสนุนการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในทุกชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล

๒. ผู้ที่รับผิดชอบด้านการบำบัดยาเสพติดไม่ควรโยกย้ายบ่อย เพราะการสร้างความไว้วางใจร่วมกับชุมชนจำเป็นต้องใช้ความคุ้นเคยและระยะเวลา การสลับผู้เข้ามารับหน้าที่ จะทำให้ การดำเนินงานบำบัดขาดความต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / ๓.๑ / ๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายไพโรจน์ ชมชู)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง
(วันที่) ๑๐ / ๓. ๑ / ๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(.....(นายรุ่งฤทัย มาลประสิทธิ์พร).....)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ...../ 20 พ.ย. 2567 /.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย
๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดยังคงมีแนวโน้มที่เป็นปัญหาในชุมชนมากขึ้นที่สำคัญเป็นสาเหตุของการก่อความรุนแรงในชุมชนเช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทะเลาะวิวาท ข่มขืน ชิงทรัพย์ ไปจนถึงการฆ่าการสังหารหมู่ และเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามข่าวอยู่เนื่องๆ การติดสารเสพติดเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นทีละน้อย จากการใช้ยาเป็นครั้งคราวสู่การใช้ถี่ขึ้น จนใช้ทุกวัน วันละหลายครั้ง ซึ่งเมื่อใช้บ่อยๆ อย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่ภาวะ "สมองติดยา" โดยที่สารในตัวยาจะเข้าไปทำลายสมองส่วนคิด ทำให้การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียไป สมองส่วนอยากจึงเข้ามามีอิทธิพลเหนือสมองส่วนคิด โดยเฉพาะช่วงอยากสารเสพติด ทำให้ผู้เสพติดทำอะไรตามใจตามอารมณ์มากกว่าเหตุผลผู้ที่ใช้สารเสพติดจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น อารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมที่พบเห็นอยู่บ่อยๆ และหากติดตามผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดไปนานๆ จะพบว่า ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น เป็นโรคจิตหวาดระแวง ประสาทหลอนเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อม ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยทางจิต ที่อยู่ระหว่างการรักษา แล้วไปดื่มสุรา สูบบุหรี่ เสพยาบ้า หรือ กัญชา ซึ่งเป็นข้อห้ามสำคัญที่ไม่ควรทำในระหว่างการรักษา ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีแล้ว ยังทำให้การกำเริบของโรคเร็วขึ้น เพราะสารเสพติดเหล่านี้ จะไปมีปฏิกิริยากับยาที่รักษาอยู่ ทำให้ยาหมดฤทธิ์ ไม่เพียงพอในการควบคุมอาการ อาการจึงกำเริบขึ้น นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมเช่นเดียวกัน จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที การไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดทุกชนิด จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด (เจษฎา โชคดำรง สุข.๒๕๖๓)

ผู้ที่ใช้ยาหรือสารเสพติดอย่างต่อเนื่องนานๆจะส่งผลให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมักก่อความรุนแรง สร้างความเดือดร้อน ไม่สงบในชุมชน ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น เรียกว่าผู้ป่วย SMI-V หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (นพ.กิตต์กวี โพธิ์โน)

ผอ.รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กล่าวว่า โรคจิตอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "แอมเฟตามีนและสารระเหย" ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพจะมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วย "โรคจิตเภท" คือนอกจากหวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิดแล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง มีความบกพร่อง ขาดการดูแลตนเองและการดำรงชีวิตประจำวันอีกด้วยทั้งนี้ "แนวทางสังเกตผู้ป่วยติดยาก่อนก่อเหตุรุนแรง" คือ "ชอบแยกตัว ไม่สุงสิงพูดจากับใคร หงุดหงิดง่าย พูดเสียงดัง โมโหง่าย บางรายมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง บ่นพึมพำคนเดียว ประสาทหลอน ตลอดจนอาจมีอาการมาก เช่น เตรียมสะสมอาวุธ พูดบ่นคนเดียวว่าจะมีคนมาทำร้าย ระแวง กลัว หรือพูดบ่นจะทำร้ายผู้อื่น"

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ การใช้สารเสพติดไม่ว่าจะชนิดใดก็ตามล้วนส่งผลต่อสมอง ในระยะสั้นจะสร้างความตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า ฮึกเหิม เคลิบเคลิ้ม และมึนเมา ในทางกลับกัน การใช้ยาเสพติดในระยะยาวจะค่อยๆ รบกวนการทำงานของระบบประสาทในสมองและทำลายเซลล์สมอง ทำให้เกิดอาการต่างๆดังนี้

- สูญเสียความทรงจำ
- ขาดสติและสมาธิ
- ตอบสนองช้าลง
- วิตกกังวล ซึมเศร้า นำไปสู่โรคจิตเภท
- สูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง

แนวความคิด การพัฒนาระบบการดูแลและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย ตำบลบางบัวทอง มีแนวคิดหลักการที่นำไปสู่กระบวนการและให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในสังคมไทย โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น จาก ๑.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๕๘ เป็น ๒.๙ ล้านคน ในปี ๒๕๖๖ แม้ว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ๒.๙ ล้านคน แต่ผู้มีปัญหาอาจมากถึง ๑๐ ล้านคน ทำให้สัดส่วนผู้มีปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก และสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่ไม่ได้เข้ารับรักษาเป็นจำนวนมาก และผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมีสัดส่วนสูงเช่นกัน โดยระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗ พบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ ๑๕.๔๘ เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ ๑๗.๒๐ และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ ๑๐.๖๓ ซึ่งแย่ลงกว่าในช่วงปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ถึง ๑ ใน ๔ ที่ได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด (สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สคช.)) และมีผู้ป่วยจิตเวชขาดยา นานกว่า ๕ เดือน ร่วมกับใช้สารเสพติดเป็นประจำจนเกิดอาการคลุ้มคลั่ง พูดคนเดียว ขู่ทำร้ายพ่อแม่เป็นประจำทุกวัน จนมีชาวบ้านร้องเรียนขอความช่วยเหลือนั้น สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีความเดือดร้อนจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีสัญญาณเสี่ยง ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ที่กำหนดให้มีการควบคุมตัวบุคคลลักษณะนี้เข้ารับการรักษา (PRdmh.com ประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนจำนวน ๑๖ คนและขาดยา จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ปัญหาการขาดยาเกิดจาก ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามที่แพทย์สั่งได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ประกอบกับผู้ดูแลต้องไปทำงานประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย การขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ผู้แลครอบครัว และชุมชนอย่างมาก เพราะการขาดยาในผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบก้าวร้าว ทำร้ายคนในครอบครัว ทำร้ายคนในชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน

ประเด็นสำคัญของปัญหา มีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดไม่รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงต้องการพัฒนาระบบการดูแลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยการใช้พลังชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาจก่อความรุนแรงในชุมชน พื้นที่ดำเนินการ ชุมชนหมู่ ๖, ๗, ๘, ๙ และหมู่ ๑๑ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ตัวชี้วัด ร้อยละ ๘๐ กบบส๑ - อุบัติการณ์ความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อแสนประชากร (ลดลง๕%) (ข้อที่ ๑ กรมสุขภาพจิต) วิธีการดำเนินการ

๑. ประชุมผู้รับผิดชอบ ๒. แต่งตั้งทีมดำเนินงาน ประกอบด้วย ตัวแทนเทศบาลเมืองใหม่บางบัวทอง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย ผู้ดูแลผู้ป่วย ๓. ดำเนินกิจกรรม ๔. ประเมินผล ผลลัพธ์ตามอุบัติการณ์ความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อแสนประชากร (ลดลง๕%)

บทเรียนที่ได้รับ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นกิจกรรมของ ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเป็นพี่เลี้ยง เมื่อได้แนวทางที่ดีแล้วชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเองได้เมื่อมีกรณีต่อไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนในชุมชนมีความสำคัญเท่ากัน เครือข่ายมีความสำคัญ การติดต่อประสานงานทุกภาคส่วนมีความสำคัญ การรับรู้ปัญหาร่วมกัน ความพร้อมเพรียงสามัคคี และความเข้มแข็งของทีมมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงระบบบริการ เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความรู้สึก เป็นเจ้าของ รู้ซึ้งถึงปัญหา มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและพร้อมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเป็นส่วนหนึ่งในการเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีกในชุมชน

ข้อเสนอในการพัฒนาระบบการดูแลและการได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย

๑)จัดตั้งคณะทำงานในชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชทุกราย ในระดับตำบลเป็นทางการให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยเสนอขอความเห็นชอบในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการของอำเภอบางบัวทอง

๒)พัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชนโดยการจัดอบรมให้ความรู้ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การประเมิน การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การติดตามดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวัง การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ การเจรจาต่อรอง การประสานส่งต่อ

๓)สำรวจและลงทะเบียนผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง เพื่อเฝ้าระวัง และติดตามดูแลการรับประทานยาต่อเนื่อง

๔)จัดทำทีมดูแลประจำคุ้มในพื้นที่เขตรับผิดชอบได้แก่ หมู่ ๖,๗,๘,๙และหมู่ ๑๑ ตำบลบางบัวทอง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาคล้าย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลเมืองใหม่บางบัวทองและ จิตอาสา เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านช่วยเหลือความเป็นอยู่ กระตุ้นผู้ดูแลหรือญาติให้ดูแลผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ และมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง โดยมีปฏิทินดูแล มีระบบ line ในการติดต่อ

๕)จัดทำขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือ(Flow)เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจในทีม

๖)จัดประชุมเพื่อชี้แจงขั้นตอน กระบวนการดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

๗)จัดอบรม เจ้าหน้า และบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาต่อเนื่อง และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาเลิกสารเสพติดอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

๘)เสนอให้มีการจัดทำระบบป้องกันความเสี่ยงและการรักษาความปลอดภัย แก่ผู้ป่วยและทีมดูแลทั้ง ๕ คุ้ม

๙)รับประสานการส่งต่อ (refer) เพื่อการรักษาเมื่อเกินศักยภาพ และรับตัวกลับ (refer back)พร้อมประสานส่งต่อดูแลในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งตัวกลับชุมชน

๑๐)จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับทีมดูแลช่วยเหลือและทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นช่องทางในการประสานขอความช่วยเหลือ และเป็นที่ปรึกษาของทีม ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และอาจก่อความรุนแรงในชุมชน

๑๑)จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน เป็นไลน์ออฟฟิเชียลเพื่อเป็นช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการดูแล และพิทักษ์สิทธิ์ในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นไลน์ระบบปิด

๑๒)จัดตั้งระบบ Tele counseling ในการให้คำปรึกษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและมีระบบ วิดิโอคอล ในการติดตามเยี่ยมแบบ online

๑๓)จัดประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา อุปสรรค

๑๔)จัดทำผลการปฏิบัติงานที่ดี(best practice)เพื่อนำเสนอและถ่ายทอดเป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานอื่น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาและได้รับการดูแลช่วยเหลือรักษาอย่างเป็นระบบ
- บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้รับความปลอดภัย และมีวิธีการป้องกันตนเองและวิธีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ
- ลดความรุนแรงในชุมชน ลดความศูนย์เสียชีวิตและทรัพย์สิ้นที่อาจกำลังจะเกิดขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้รับการประเมินความเสี่ยง การรับยาและติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งหมด

๕.๒ ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จะมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ดูแลประจำตัว

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวจิตราณัฐ ปานปิ่น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๐ / ๓.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย หมู่ที่ ๕		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย หมู่ที่ ๕		
๗	นางกนกภัณฑ์ วีรปกรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๑๓๒๐๑๕	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๑๓๒๐๑๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย”				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	**“แนบท้ายประกาศ”**				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ วางแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ วิเคราะห์ นโยบายและข้อกฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ตั้งวัตถุประสงค์ต่างๆ และนำข้อมูลและผลสัมฤทธิ์ที่ได้มาใช้เป็นตัวแปร มีความเป็นกลางในการประเมินผลงานโดยการนำไปเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างชัดเจน มีความรู้เข้าใจถึงระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานด้านสาธารณสุข และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ราชการให้แก่หน่วยงานหรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องมีความสามารถในการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ เรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลังตามความสำคัญและสถานการณ์เร่งด่วนเพื่อให้งานสำเร็จได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด โดยสามารถตรวจสอบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและพร้อมแก้ปัญหาต่างๆได้ มีความสามารถวางแผนจัดระบบงานในการบริหารงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำปรึกษา แนะนำและถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงร่วมสอนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ทีมงานได้ มีความสามารถใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีในการสื่อสารในระดับดีได้ มีความสามารถในการนำองค์กรและผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน ให้องค์กรประสบความสำเร็จทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุดในการรับบริการ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันเวลา ประสานงานภาคีเครือข่าย รวมทั้งให้ข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง มีทักษะความสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดชีวิต มีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารงานสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและศาสตร์ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่นเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การตลาด ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม มีทักษะในการทำงาน การประสานงานในทีมสุขภาพและวิชาชีพอื่นๆได้ มีความเอาใจใส่กระตือรือร้น มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการ ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะในการปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ค้นคว้าข้อมูลพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เปิดกว้าง เพื่อให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในการทำงานและให้การบริการกับประชาชน

งานการบริการโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เป็นงานที่มีความท้าทายเนื่องจาก มีการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการตรวจรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒๔๙ คน (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย,๒๕๖๖) มีขั้นตอนการให้บริการคือ ประเมินภาวะสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจรักษาและรับยากลับบ้าน จากรูปแบบการให้บริการดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ ๓๖.๓๖ (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย, ๒๕๖๖) ตามตัวชี้วัดคุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ แต่จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้เร็วขึ้น เช่นระบบหลอดเลือดเสื่อม ระบบประสาทเสื่อมสภาพ เกิดโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบเพราะไม่มี อาการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานไม่มีแนวทางการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer&Gaelick (๑๙๙๑) มาช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มารับการตรวจรักษาและรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง ๓๐ ราย และกลุ่มควบคุม ๓๐ ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย เป็นกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ต้องจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick (๑๙๙๑) ใช้ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ ๑ ตรวจเลือดเพื่อประเมินผลเลือดครั้งที่ ๑ กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมความสามารถการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเบาหวาน และการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ ๒ กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ ๒ ฝึกทักษะการจัดการตนเองและให้แรงเสริม

ขั้นตอนที่ ๓ กิจกรรมติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมแรง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านทางกลุ่มไลน์ (line application) จำนวน ๗ ครั้ง

ขั้นตอนที่ ๔ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมแรงทางโทรศัพท์ ๑ ครั้ง

ขั้นตอนที่ ๕ กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ ๓ สรุปการเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมตรวจเลือดเพื่อประเมินผลเลือดครั้งที่ ๒

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ วิเคราะห์สภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ายังไม่มีแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ กำหนดหัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์ สมมติฐาน ขอบเขตและนิยามศัพท์ที่จะใช้ในการวิจัย

๔.๒.๒ ทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๒. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

๓. การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

๔. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกับกระบวนการกลุ่ม

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๓ ออกแบบการวิจัย โดยกำหนดประชากรที่ใช้ในการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การสร้างโปรแกรมการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่

ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๒.๔ วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล จัดทำรายงานการวิจัยและข้อเสนอแนะ รอดำเนินหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

๔.๒.๕ เผยแพร่ผลงานวิชาการ รอดำเนินหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เป้าหมายของงาน คือผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ ได้ผลงานวิจัย ๑ เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย

๕.๒ เชิงคุณภาพ จากผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย สามารถนำโปรแกรมไปจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์ ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทีมสุขภาพนำไปใช้เป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๖.๒ ผลกระทบ ลดภาระค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ ที่เกิดจากการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การสร้างเครื่องมือและการทดลองใช้ ต้องใช้เวลานานเพราะ ต้องทบทวนวรรณกรรมและมีการทดลองใช้ เพื่อให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรง

๒. การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานการวิจัย อาจจะมีการแก้ไขหลายครั้งตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา อาจจะทำให้ใช้เวลานานขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ขณะนี้ยังไม่พบปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

จะให้ข้อเสนอแนะหลัง ดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

จะเผยแพร่ผลงานหลังการทำวิจัยเสร็จสิ้น

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางกนกภัณฑ์ วีรปกรณ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๗ / ๓๑ ต.ค. / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางกนกภัณฑ์ วีรปกรณ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายนพรุจ ปิ่นทอง)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางกรวย
(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) 20 พ.ย. 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

---

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองป่วยจึงไม่ได้ดูแลตนเองเท่าที่ควร ทำให้เกิดอาการป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือก่อให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมตกต่ำ ซึ่งผู้ป่วยบางพื้นที่ของประเทศยังขาดโอกาส ในการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ที่ควรจะได้รับตามสิทธิ์ อาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การขาดอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรอง หรืออุปกรณ์ในการตรวจรักษา(World Health Organization,๒๐๑๕) ซึ่งสอดคลอดกับนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลประชาชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน ให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัวเป็นที่ปรึกษา ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวและชุมชน และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ ข้อมูลจังหวัดนนทบุรี อัตราป่วยของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย มีผู้ป่วยโรคโรคเรื้อรัง จำนวน ๑,๔๙๑ คน โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๗๘๒ คนคิดเป็นร้อยละ ๕๒.๔๕% โรคเบาหวาน จำนวน ๑๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๖๐% โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน ๕๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๙๕% เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการดำเนินของโรคไปตามทิศทางที่ดี ผู้ป่วยเองจึงจำเป็นต้องมีบทบาทในการเรียนรู้และร่วมดูแลรักษาตนเอง

จากข้อมูลข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความพร้อมทั้งบุคลากรการแพทย์ ครุภัณฑ์การแพทย์ ระบบสารสนเทศ โดยมีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงข้อมูล สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความชัดเจนและส่งต่อการดูแลในแต่ละคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย และส่งข้อมูลลงสู่ชุมชนให้แก่ภาคีเครือข่าย เพื่อการติดตามดูแลส่งเสริม ผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเองในระดับชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับมาตรฐานการดูแลโรคเรื้อรังที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดโรค ลดเสี่ยง และได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการงานควบคุมโรคเรื้อรัง ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. เพื่อบูรณาการการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง

๓. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. เพื่อให้ระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัจจัยการเกิดภาวะที่รุนแรงของโรค

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งระดับประเทศ และระดับโลกเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย มีผู้ป่วยโรคโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๑,๔๙๑ คน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๗๘๒ คนคิดเป็นร้อยละ ๕๒.๔๕% โรคเบาหวาน จำนวน ๑๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๖๐% โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน ๕๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๙๕% ซึ่งการที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากควบคุมโรคประจำตัวได้ไม่ดีอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัวลดลง เพิ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เพิ่มการใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย/วิเคราะห์ตระหนักถึงปัญหาปัจจุบันและอาจเพิ่มมากในอนาคตหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการรักษาแบบบูรณาการองค์รวม (Integrated Care)

การวิเคราะห์องค์กรเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย **จุดแข็ง** ๑.) บุคลากรในองค์กรมีเป้าหมายในการพัฒนาชัดเจน ๒.)มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งและประจำอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวย ๓.)ผู้รับบริการมีความสะดวกในการเข้ารับบริการ ๔.)ได้รับการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพแพทย์ เภสัช นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ๕.)มีกรอบยาที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ๖.)ครุภัณฑ์ทางการแพทย์มีความพร้อมให้บริการ ๗.)กองทุนพัฒนาโรงไฟฟ้าพลังงานความร้อนร่วมพระนครเหนือสนับสนุนงบประมาณการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ๘.)มีกองทุนสปสช.เทศบาลเมืองบางกรวยสนับสนุนงบประมาณการแก้ไขปัญหาด้านการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **จุดอ่อน** ๑.)บุคลากรด้านการพยาบาลมีไม่เพียงพอตามกรอบ FTE ๒.)อาคารสถานที่ที่ให้บริการมีสถานที่จำกัด **โอกาส** ๑.)สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ และสำนักงานสาธารณสุขนนทบุรี กำหนดนโยบายสำคัญและชัดเจนในการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒.)รพ.สต.มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ชัดเจน สามารถเชื่อมโยงและติดต่อประสานผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ๓.)รพ.สต.บางกรวยขอรับการประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ขั้นพัฒนา (สรพ.) **อุปสรรค** ๑.)ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงอายุการรับรู้หรือความตระหนักอาจต้องใช้เวลาในการรับรู้หรือตระหนักมากกว่าปกติ จึงต้องใช้เวลาในการให้การดูแลมากกว่าปกติ ๒.)กฎหมายการกระจายอำนาจถ่ายโอนส่งผลให้สูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไปสังกัดกับองค์การบริการส่วนจังหวัด ๓.)บุคลากรมีภาระงานที่มีมากเกิน ดังนั้น จากการวิเคราะห์ข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวยมีจุดแข็งและมีโอกาสในการพัฒนาที่ดี ซึ่งจะส่งเสริมแนวคิดของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษา เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ สุขภาพในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง รูปแบบการดูแล กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง มองภาพการดูแลแบบ ระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึง ประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับ กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่า การรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา การดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชนที่ประกอบด้วยนโยบายและทรัพยากรใน ชุมชนทั้งสาธารณะหรือเอกชน ส่วนที่เกี่ยวข้องระบบสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบบูรณาการ และผสมผสาน โดยทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ เพื่อให้การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

เศรษฐกิจสังคม และการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีศักยภาพสูงขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกรวยจึงได้จัดคลินิกให้บริการ ดังนี้

๑. คลินิกชะลอไตเสื่อม

๑.๑ จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓a และ ๓b โดยแบ่งเป็นรายที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน เพื่อง่ายต่อการเตรียมเนื้อหาความรู้ และการปรับยา

๑.๒ เตรียมเนื้อหาที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ประกอบไปด้วยการทานอาหาร การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การเลิกเหล้า/บุหรี่การออกกำลังกาย

๑.๓ จัดตั้งคลินิกทุกวันจันทร์และพฤหัสที่ ๑ ของทุก ๓ เดือน โดยจันทร์จะเป็นผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วม และพฤหัสเป็นผู้ที่ไม่มีเบาหวานร่วม

๑.๔ นัดติดตามผลเลือดทุก ๖ เดือนและบันทึกผลข้อมูลตลอดจนคืนข้อมูลให้ผู้ป่วย

๑.๕ รายที่มีค่าการกรองของไตลดลงมากผิดปกติจะประสานส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. DM Remission clinic

๒.๑ จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่า ๖.๕% ร่วมกับการรับประทานยาเบาหวานไม่เกิน ๒ ชนิด

๒.๒ สอบถามความสมัครใจของการเข้าร่วมคลินิกเพื่อพยายามหยุดยาเบาหวาน

๒.๓ ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายขอการสนับสนุนบุคลากรได้แก่ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

๒.๔ ผู้ป่วยที่สามารถใช้ LINE ได้จะได้รับการเพิ่มเพื่อนกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นช่องทางถาม-ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย

๒.๕ ผู้ป่วยที่สามารถใช้ LINE ได้จะได้รับการเพิ่มเพื่อนกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นช่องทางถาม-ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย

๒.๖ จัดตั้งคลินิกทุกวันอังคารที่ ๔ ของเดือน

๒.๗ ผู้ป่วยแต่ละรายนัดติดตามที่ ๑, ๒, ๓, ๖, ๑๒ เดือน โดยที่ ๑ และ ๒ เดือนจะเป็นการเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ที่ ๓, ๖, ๑๒ เดือนจะเป็นการตรวจระดับน้ำตาลสะสม น้ำหนักตัว เพื่อประกอบการพิจารณาลดยาโดยแพทย์

๓. Patient-centered medicine (PCM) clinic

๓.๑ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวจะทำการคัดเลือกเคสผู้ป่วย และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการมาตรวจเนื่องจากใช้เวลาพูดคุยนานกว่าปกติ

๓.๒ นัดหมายวันเวลากับผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวันพฤหัสช่วงบ่างหรือวันศุกร์ช่วงเช้าได้ตามความสะดวกของผู้ป่วย

๓.๓ ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกเวชระเบียนอย่างละเอียดเพื่อการติดตามในครั้งถัดไป

๓.๔ ลดการทำงานยุ่งยากซ้ำซ้อน หลายขั้นตอนที่ไม่จำเป็นเพื่อมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

๓.๕ ผู้ป่วยที่ประเมินแล้วมีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน จะถูกส่งเคสให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและทีมช่วยเหลือทางการแพทย์ และภาคีเครือข่ายลงติดตามในชุมชน

๓.๖ ยกเลิกการใช้แฟ้มเวชระเบียนใน Excel เนื่องจากข้อมูลไม่ Update

๓.๗ Update ข้อมูลแฟ้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน MyPCU ใหม่ โดยการนำออกข้อมูลของผู้เสียชีวิต ผู้ที่ย้ายออกไปรักษาที่อื่น ผู้ที่ติดต่อไม่ได้และไม่มาตรวจรักษาเป็นเวลามากกว่า ๒ ปี

๓.๘ แบ่งหน้าที่การบันทึกการตรวจร่างกาย Thai-CV risk ICD-๑๐ และ Chronic FU ให้ชัดเจน

๓.๙ ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลหลังการให้บริการทุกครั้ง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวม มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ตามเป้าหมายการรักษาและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โดยทีมงานมีการใช้หลักคิดส่งเสริม(ระบบสนับสนุน) ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ร่วมกับการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง โดยได้รับการดำเนินการปรับปรุงพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ที่ได้มาตรฐานครอบคลุมเป็นปัจจุบันและสามารถดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในระบบการบริการได้เป็นอย่างดี มีระบบให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม เพื่อป้องกันไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระบบบริการคลินิกPatient-centered medicine(PCM) ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีระบบบริการคลินิกDM remission เพื่อฟื้นฟูคนไข้ให้หายจากโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพิ่มขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจในชุมชน สามารถชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓a หรือ ๓b ได้ตามเกณฑ์หรือมากกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และเกิดการประสานความร่วมมือเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยกับภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เพิ่มร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ ๔๐ ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๒. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เป็นน้อยกว่า ๓๐ รายต่อแสนประชากร ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๓. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่เป็นน้อยกว่า ๒๐ ต่อแสนประชากรภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓a และ ๓b มีค่าการกรองของไต (eGFR) ลดลงไม่เกิน ๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ต่อปี มากกว่าร้อยละ ๖๙ ภายใน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๕. เกิดทีมช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยจิตอาสา อสม. ผู้นำชุมชน ภาคเครือข่ายในการช่วยเหลือติดตามดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกันในระดับชุมชน

(ลงชื่อ) .....

(นางกนกภัณฑ์ วีรปกรณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๓๑...../ตุลาคม /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย		
๘	นายวิชัย สุขภาคกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)	๖๑๑๐	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๑๑๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"ประสิทธิผลของการให้โปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี"				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มพื้นที่อาคารที่มีประชากรอาศัยหนาแน่น ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี"				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)**

๑. เรื่อง ประสิทธิผลของการให้โปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระบาดวิทยา สาเหตุการเกิดโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัย และการรักษาโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง

- ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก: รวมถึงการรู้จักเชื้อไวรัสเดงกี่ (Dengue Virus) ชนิดต่าง ๆ วิธีการแพร่เชื้อ อาการ และผลกระทบของโรค
- พาหะนำโรค: ความเข้าใจในวงจรชีวิตของยุงลาย (Aedes aegypti) ซึ่งเป็นพาหะหลัก รวมถึงพฤติกรรมการกัดและการแพร่กระจายของยุง
- วิธีการป้องกัน: การใช้สารเคมีและมาตรการอื่น ๆ เพื่อลดจำนวนยุงและป้องกันการติดเชื้อ

๓.๒ ทักษะทางด้านการสำรวจและตรวจสอบ

- การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง: ทักษะในการค้นหาและตรวจสอบพื้นที่ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น น้ำขังในบริเวณบ้าน หรือพื้นที่ชุมชน
- การวิเคราะห์ความเสี่ยง: สามารถประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงของการระบาดในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อกำหนดแผนการควบคุมโรคที่เหมาะสม

๓.๓ การจัดการและควบคุม

- การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์: ทักษะในการใช้สารเคมี เช่น การพ่นหมอกควัน การใช้สารละลายกำจัดลูกน้ำยุง และมาตรการในการกำจัดแหล่งน้ำขัง
- การจัดการสถานการณ์การระบาด: มีความสามารถในการจัดทำแผนการควบคุมและลดการแพร่กระจายของโรคเมื่อตรวจพบการระบาดในชุมชน

๓.๔ การสื่อสารและการให้ความรู้

- การให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้: การสื่อสารกับชุมชนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการใช้มาตรการป้องกันส่วนบุคคล เช่น การใช้ยาทากันยุง
- การทำงานร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน: การประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลบางรักน้อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๕ ความชำนาญเฉพาะทาง

- ผ่านการอบรมหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit; CDCU)
- การพ่นสารเคมีกำจัดยุง: มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการใช้สารเคมีและเครื่องพ่นอย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน
- การเฝ้าระวังโรค: ทักษะในการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยา วิเคราะห์แนวโน้มของการระบาด และการดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

๓.๖ ประสบการณ์ภาคสนาม

- การทำงานในพื้นที่: มีประสบการณ์การทำงานภาคสนามในพื้นที่เสี่ยง รวมถึงการเผชิญกับสถานการณ์การระบาดจริง มีความชำนาญในการจัดการปัญหา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓.๗ แนวทางการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

๓.๘ แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

๓.๙ แนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๑๐ แนวคิดเรื่องการเสริมพลังอำนาจในการสร้างสุขภาพ

๓.๑๑ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสภาวะสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วซึ่งแตกต่างจากในอดีต ที่ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคติดเชื้อและความยากจน ขาดแคลนการบริการ ขาดความรู้ รวมทั้งมีความเชื่อที่ผิด ๆ แต่ปัจจุบันปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มาจากปัญหาสังคม สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีพฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้อง ตลอดระยะเวลา ๕๐ ปีที่ผ่านมา โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังจะเห็นจากรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในปี ๒๕๖๒ มีรายงานผู้ป่วย ๘๘,๕๖๖ ราย เสียชีวิต ๑๐๕ ราย ปี ๒๕๖๓ มีรายงานผู้ป่วย ๕๔,๗๕๑ ราย เสียชีวิต ๔๑ ราย ปี ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วย ๗,๔๑๙ ราย เสียชีวิต ๖ ราย ในปี ๒๕๖๕ มีรายงานผู้ป่วย ๒๔,๐๙๔ ราย เสียชีวิต ๑๘ ราย ในปี ๒๕๖๖ มีรายงานผู้ป่วย ๘๘,๐๘๔ ราย เสียชีวิต ๘๘ ราย และในปี ๒๕๖๗(๑ มกราคม – ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗) มีรายงานผู้ป่วย ๖๘,๓๒๙ ราย เสียชีวิต ๕๑ ราย (สำนักระบาดวิทยา, ๒๕๖๗)

จังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกสูง สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๖๒ มีรายงานผู้ป่วย ๑,๔๖๕ ราย อัตราป่วย ๑๑๕.๕๘ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๓ มีรายงานผู้ป่วย ๗๓๗ ราย อัตราป่วย ๕๘.๑๓ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วย ๑๒๓ ราย อัตราป่วย ๙.๗๐ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๕ มีรายงานผู้ป่วย ๗๖๒ ราย อัตราป่วย ๖๐.๑๐ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๖ มีรายงานผู้ป่วย ๑,๘๔๐ ราย อัตราป่วย ๑๔๕.๑๔ ต่อประชากรแสนคน และปี ๒๕๖๗ ข้อมูล ๑ มกราคม - ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ พบว่า มีรายงานผู้ป่วย ๗๓๓ ราย อัตราป่วย ๕๗.๘๒ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบว่าป่วยมากที่สุดคือ ๑๐-๑๔ ปี รองลงมาคือ ๒๐-๒๙ ปี สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย ในปี ๒๕๖๒ มีรายงานผู้ป่วย ๑๓ ราย อัตราป่วย ๑๔๔.๐๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๓ มีรายงานผู้ป่วย ๑ ราย อัตราป่วย ๑๑.๒๐ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๔ ไม่มีรายงานผู้ป่วย ในปี ๒๕๖๕ มีรายงานผู้ป่วย ๑ ราย อัตราป่วย ๑๑.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๖๖ มีรายงานผู้ป่วย ๓๔ ราย อัตราป่วย ๓๗๖.๘๕ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๒.๙๔ และปี ๒๕๖๗ ข้อมูล ๑ มกราคม - ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ พบว่า มีรายงานผู้ป่วย ๔ ราย อัตราป่วย ๔๔.๓๓ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, ๒๕๖๗)

เด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนเป็นจำนวนมาก ตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งเป็นการสูญเสียงบประมาณของรัฐ อีกทั้งยังเสียเวลาในการศึกษาของเด็กและเวลาทำงานของผู้ปกครองอีกด้วย โรคไข้เลือดออกจึงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ หากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรคที่เข้มแข็งพอ เป็นที่น่าสังเกตว่าโรคไข้เลือดออกไม่ได้ระบาดเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น แต่ได้มีการ ระบาดต่อเนื่องทุกฤดูกาล หลายรายมีอาการรุนแรง ซึ่งหลาย ๆ ปัจจัยได้รับการพิจารณาว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
สถานการณ์โรคที่ผิดปกตินี้ เช่น ภูมิคุ้มกันในกลุ่มชุมชน (Herd Immunity) ลดลง เชื้อไวรัสความรุนแรงในการก่อโรคมากขึ้น ยุงพาหะเพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปเพราะปรากฏการณ์เอลนิโญ (El nino) ซึ่งก่อให้เกิดความแห้งแล้ง ประชาชนกักเก็บน้ำไว้บริโภคและใช้มากขึ้น และอุณหภูมิที่สูงขึ้น มีผลทำให้ยุงลายเจริญเติบโตครบวงจรชีวิตเร็วขึ้น ยุงลายออกหากินถี่ขึ้น สถานการณโรคจะรุนแรงมากขึ้น (กองโรคติดต่อทั่วไป, ๒๕๕๐)

การกำจัดยุงลายด้วยสารเคมีแม้จะทำให้ยุงลายลดปริมาณลง แต่ก็ลดลงในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น เมื่อยุงตัวแก่ตายไปแล้วเพียงไม่กี่วัน ลูกน้ำก็จะเจริญเติบโตขึ้นมาเป็นยุงได้อีก วิธีนี้จึงไม่มีผลต่อการคบคุมโรคโรคอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ในแง่ของสารเคมี อุปกรณ์ ค่าแรงงานเจ้าหน้าที่ และยังมีสารตกค้างที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม สิ่งมีชีวิต อื่น ๆ รวมทั้งอันตรายต่อตนเองอีกด้วย วิธีที่ดีที่สุดในการควบคุมไข้เลือดออกในปัจจุบันคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายและลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ เพื่อลดการป่วย การตาย และ ลดผลกระทบจากโรคไข้เลือดออกให้มากที่สุด โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน ซึ่งจะเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ การระบาดเกิดในช่วงฤดูฝนของทุกปี ซึ่งเป็นช่วงเปิดเรียน ประกอบกับยุงลายซึ่งเป็น พาหะนำโรค มักกัดกินเลือดของคนในช่วงเวลากลางวัน ประกอบกับชีวนิสัยของยุงลายมีรัศมีการบินไม่ไกล ราว ๕๐ เมตร ด้วยเหตุนี้จึงสันนิษฐานได้ว่าแหล่งเพาะพันธุยุงลายคงเกิดขึ้นในโรงเรียนและชุมชนเป็นสำคัญ (กิ่งกาญจน์, ๒๕๔๙) จึงควรที่จะทำการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ได้ผลดีที่สุดคือการกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธ์ยุง เป็นวิธีที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีและได้ผลจริง เพราะเป็นการควบคุมการเกิดยุง และจัดว่าเป็นเป้านิ่งในการควบคุมได้ดีที่สุด นอกจากนี้การไม่ใช้สารเคมียังเป็นการรักษาสภาพแวดล้อมอีกทางหนึ่งด้วย แต่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย โดยเฉพาะในโรงเรียนต้องอาศัยความร่วมมืออย่างดีจากครูและนักเรียน รวมทั้งมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในด้านการป้องกันและควบคุมโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อนักเรียนอยู่นอกรั้วโรงเรียน จะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป

ปัญหาโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยเรียน (นราภรณ์, ๒๕๕๐) โดยมีแหล่งการระบาดของโรคที่โรงเรียนและในชุมชนเป็นสำคัญ เป้าหมายสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคคือกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในชุมชน ดังนั้นนักเรียนจะต้องมีความรู้ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายและวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกเพื่อนำไปปฏิบัติ (กิ่งกาญจน์, ๒๕๔๙) ซึ่งจะเป็นการลดอัตราป่วยและยังช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขอีกด้วย

จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าโรคไข้เลือดออกนับวันจะพบการแพร่ระบาด และขยายพื้นที่มากขึ้นทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศ สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศของโลก ที่ส่งผลต่อวงจรชีวิตของยุงลายที่เป็นพาหนะนำโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์มากขึ้น จึงจำเป็นจะต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังในการป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกไม่มียารักษาโรคโดยตรง เนื่องจากเป็นเชื้อไวรัสที่รักษาได้ตามสภาพอาการที่พบ ฉะนั้นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนโดยบุคลากรในชุมชนเอง จึงเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนเพื่อนำมาให้ความรู้และจูงใจในการป้องกันโรค ให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้โปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคของนักเรียนนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้

๒. เพื่อศึกษาค่าความเปลี่ยนแปลงของความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักเรียนนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๓. เพื่อศึกษาค่าความเปลี่ยนแปลงของ HI CI BI และ PI ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ ของนักเรียนในชุมชนบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

สมมุติฐานในการวิจัย

๑. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก HI CI BI และ PI ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้

๒. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก HI CI BI และ PI ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๓. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป (Mean Change) ของความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก HI CI BI และ PI ในกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control Group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน ในทั้ง ๒ กลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ในชุมชน ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนในชุมชน ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๙๐ คน โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

๑. เลือกตำบลบางรักน้อย เนื่องจากในปี ๒๕๖๖ มีรายงานผู้ป่วย ๓๔ ราย อัตราป่วย ๓๗๖.๘๕ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๒.๙๔ ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลังมาก เลือกหมู่ที่ ๕ เป็นกลุ่มทดลอง และ หมู่ที่ ๔ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากทั้ง ๒ หมู่บ้านมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นลำดับที่ ๑ และ ๒ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา ๕ ปี ในตำบลบางรักน้อย

๒. เลือกนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ และ ๖ เนื่องจากเป็นวัยที่สามารถดำเนินกิจกรรมในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและเติบโตเป็นเยาวชนในอนาคต ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาทั้ง ๒ หมู่ เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

๓. ใช้จำนวนนักเรียนหมู่บ้านละ ๔๕ คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๙๐ คน โดยคำนวณได้จากสูตรกรณีการทดสอบสมมติฐานการวิจัยกึ่งทดลองที่มีความแปรปรวน ($\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$) แตกต่างกัน[๓] ภายใต้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ดังนี้

$$n = \frac{\left(\frac{Z_\alpha}{2} + Z_\beta\right)^2 \times \left(\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{C}\right)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑.๑ แบบสอบถามงานวิจัย ประกอบด้วย ๕ ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความสามารถในการประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๑.๒ แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายเพื่อหาค่าดัชนีชี้วัดความชุกลูกน้ำยุงลาย HI CI BI และ PI

๒. เครื่องมือที่ใช้ประกอบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา มีดังนี้

โปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อต่าง ๆ ในเรื่องความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ตลอดจนกระบวนการป้องกันและควบคุมโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ทำงานวิจัย และประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย หมู่บ้านละ ๕ คน เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของนักเรียน ทั้งในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ๓ เดือน โดยใช้เวลาทั้งสิ้นตั้งแต่การเตรียมชุมชนจนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล คือระหว่างเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึงเดือน มกราคม ๒๕๖๘ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ขั้นตอนการเตรียมชุมชน

๑. ศึกษาข้อมูลในชุมชน คัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อร่วมเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวนหมู่บ้านละ ๕ รวมเป็น ๑๐ คน โดย อสม. ๑ คน รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่าง ๙ คน รวมถึงคัดเลือกนักเรียนตามเงื่อนไขการคัดเข้าสู่การเป็นกลุ่มตัวอย่าง

๒. อบรม อสม.เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน ๑ วัน ในการเก็บข้อมูล การเป็นพี่เลี้ยงให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล ตลอดจนการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมเก็บข้อมูลก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จัดโปรแกรมกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน ๑ วัน เป็นการบรรยายโดยวิทยากรจากผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย บรรยายประกอบโปสเตอร์เรื่องโรคไข้เลือดออก แผ่นพับเรื่องโรคไข้เลือดออก และให้นักเรียนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมและเห็นถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออก

เก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๓ ครั้ง ได้แก่ ภายหลังการได้รับโปรแกรม ๑ เดือน ภายหลังการได้รับโปรแกรม ๒ เดือน และภายหลังการได้รับโปรแกรม ๓ เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

๒. ทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปที่มีลักษณะเชิงกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

๓. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วที่มีลักษณะเป็นข้อมูลตัวเลขต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

๔. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก HI CI BI และ PI ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

๕. เปรียบเทียบคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (Mean Change) ของความรู้ การรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก การประเมินศักยภาพตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก HI CI BI และ PI ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน ๓ ครั้ง โดยใช้สถิติ Mixed Model Analysis

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไป (Mean Change) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองตามระยะเวลาของการเก็บข้อมูล สรุปผลการวิจัย อยู่ระหว่างดำเนินการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

จากการจัดกิจกรรมโปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มเป้าหมายสามารถประเมินอันตราย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถศักยภาพตนเอง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หากผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จะส่งผลดีก่อให้ประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ด้วยการนำรูปแบบการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาต่อยอดให้สมบูรณ์ครบถ้วนต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเก็บข้อมูลอาจจำเป็นต้องใช้มีผู้ช่วยในการถามคำถาม ซึ่งอาจใช้เวลานานเนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนหลายข้อ และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ทำให้การสื่อสารหรือการฟังข้อคำถามเป็นไปด้วยความยากลำบากต้องมีการอธิบายซ้ำๆกันหลายครั้ง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้มีจำกัด ต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นในกรอบเวลาที่กำหนด

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉพาะในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ และ ๖ ในชุมชน ควรทำการศึกษาในนักเรียนชั้นอื่น ๆ ด้วย เพื่อนำมาเปรียบเทียบหาแนวทางการให้ความรู้ที่เหมาะสม

๒. การจัดโปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองแล้ว มากกว่า ๙ เดือน หรือมากกว่า ๑ ปีเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคงอยู่ของพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นายวิชัย สุขภาคกิจ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายวิชัย สุขภาคกิจ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

(วันที่) ๘ / ๓.๓. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวิชัย สุขภาคกิจ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

นายเจริญชัย เปรมจันทร์วงษ์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี

(วันที่) ๘ / ๓๐. / ๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ..... / ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๗ / .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง ระดับใด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มพื้นที่อาคารที่มีประชากรอาศัยหนาแน่น ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในอันดับต้นๆ ของพื้นที่เขตเมืองมากกว่าพื้นที่เขตชนบท ในแต่ละปีจะมีรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าพื้นที่เขตชนบท เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีประชากรจำนวนมาก อาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น และมีประชากรแฝงเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในเมืองอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐก็มีอยู่อย่างจำกัด การดูแลของเจ้าหน้าที่ภาครัฐทำได้ไม่ทั่วถึงทุกชุมชนภายในช่วงเวลาสั้นๆ ดังนั้นจึงต้องมีแนวทางการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทของพื้นที่เขตเมือง ซึ่งเน้นในเรื่องการจัดการที่ดี ควบคู่กับการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยมีระบบการเฝ้าระวังที่สามารถตรวจจับการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย มีพื้นที่รับผิดชอบอยู่ในบริบทของพื้นที่เขตเมือง การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความแตกต่างจากพื้นที่ชนบทอย่างชัดเจน โดยเฉพาะชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ตั้งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย ภายในโครงการมีอาคารชุดสูง ๕ ชั้น จำนวน ๔๐ อาคาร ๑,๗๕๖ ห้อง ผู้อาศัยประมาณ ๕,๐๐๐ คน เป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยหนาแน่น เป็นชุมชนขาดใหญ่ จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีความเฉพาะในบริบทของชุมชนนี้เป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มพื้นที่อาคารที่มีประชากรอาศัยหนาแน่น ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเป็นการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย มีบริบทสภาพพื้นที่เป็นชุมชนเขตเมืองเกือบทั้งหมด ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกปัจจัยสำคัญมาจากการเคลื่อนย้ายของประชากร (Population migration) ทั้งชาวต่างชาติและชาวไทย ในเรื่องต่างๆ เช่น การท่องเที่ยว การประกอบอาชีพ การศึกษา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน เป็นต้น และพบว่าการแพร่ระบาดในปัจจุบันมีสาเหตุหลักจากปัจจัยทางสังคม ระบบสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน แต่กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) นั้น

จากการวิเคราะห์ปัญหาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค(Concepts of Agent Host and Environment) ตามหลักองค์ประกอบของการเกิดโรค (Epidemiologic Triad) ของโรคไข้เลือดออก ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑. ปัจจัยด้านสิ่งที่ทำให้เกิดโรค(Agent)

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ไวรัสเดงกี

- การกลายพันธุ์ของไวรัส: เชื้อไวรัสเดงกีมี ๔ สายพันธุ์ (DENV๑, DENV๒, DENV๓, DENV๔) การกลายพันธุ์ของไวรัสอาจทำให้เกิดความยากในการพัฒนาวัคซีนที่ครอบคลุมทุกสายพันธุ์ ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสเดงกีจากสายพันธุ์หนึ่งแล้ว แม้จะมีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้น แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อจากสายพันธุ์อื่นได้ ทำให้เกิดโรคที่รุนแรงกว่าเดิม เช่น ภาวะไข้เลือดออกชนิดรุนแรง (Dengue Hemorrhagic Fever)

๑.๒ การดื้อยาของยุงลาย

- การใช้ยาฆ่าแมลงมากเกินไป: การใช้สารเคมีกำจัดยุงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ยุงลายเกิดการดื้อยา ซึ่งจะทำให้การควบคุมยุงลายด้วยวิธีเคมีเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น

๑.๓ ความชุกของลูกน้ำยุงลาย

- ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย: จากการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) พบว่าค่า HI, CI, และ BI เกินกว่ามาตรฐานหลายครั้งที่ดำเนินการสำรวจทั้งการสุ่มสำรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย

๒. ปัจจัยด้านมนุษย์ (Host)

๒.๑ พฤติกรรมการใช้ชีวิต

- การปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพของประชาชนซึ่งอยู่ในพื้นที่ต่างเขตรับรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย

๒.๒ การขาดการเข้าถึงข้อมูลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค: กลุ่มประชาชนอาจขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงไม่ทราบวิธีการป้องกันตนเองและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

๒.๓ การรณรงค์ที่ไม่ทั่วถึง: เนื่องจากเป็นชุมชนขนาดใหญ่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากภาครัฐด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ทั่วถึง อาจทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงหรือไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

๓. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

๓.๑ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

- อาคารห้องพัก: มีภาชนะกักเก็บน้ำหรือภาชนะอื่นๆที่มีน้ำขัง มีแจกันตกแต่งห้อง ขาดการดูแล กำจัด ทำลาย

- น้ำขังรอบอาคารและพื้นที่สาธารณะในชุมชน: แหล่งน้ำขังที่ไม่ได้รับการดูแล เช่น ยางรถยนต์เก่า อ่างน้ำ แจกัน หรือภาชนะที่สะสมหรือกักเก็บน้ำไว้เป็นระยะเวลานาน จะกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ขาดการดูแลอย่างสม่ำเสมอจากผู้อาศัยและนิติบุคคล

๓.๒ สภาพภูมิอากาศ

- ฝนตกบ่อยและอากาศชื้น: ในช่วงฤดูฝนหรือพื้นที่ที่มีความชื้นสูง ทำให้เกิดน้ำขังในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่สำคัญ

- อุณหภูมิที่สูงขึ้น: ยุงลายจะขยายพันธุ์ได้เร็วในสภาพอากาศที่อุ่นและชื้น ทำให้พื้นที่ในเขตร้อนชื้นมีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓.๓ สภาพแวดล้อม

- สภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ: ห้องพักอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) มีความแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีมุมอับ มืด เอื้อต่อการอาศัยของยุงลาย และบางพื้นที่ที่ขาดระบบระบายน้ำที่ดี มักมีน้ำขังและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย

๓.๔ การระบาดในพื้นที่ใกล้เคียง

- การแพร่กระจายของโรคจากพื้นที่ใกล้เคียง: ชุมชนอาคารชุดหมู่บ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) อยู่ในชุมชนเขตเมือง หมู่บ้านจัดสรร ตลาด หากมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ใกล้เคียง หรือผู้อาศัยในชุมชน ติดเชื้อป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อาจมีความเสี่ยงสูงในการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนหรือพื้นที่ใกล้เคียงได้ง่ายจากการเคลื่อนย้ายของประชากรและการเดินทางในชีวิตประจำวัน
- การเคลื่อนย้ายประชากรในช่วงฤดูกาลการท่องเที่ยว เทศกาลสำคัญ : ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด อาจนำเชื้อไวรัสเดงกีเข้าสู่พื้นที่ที่ยังไม่เคยมีการระบาด

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำข้อมูลที่ได้จากการนำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางรักน้อย , การประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลบางรักน้อย, ประชุมประชาคมท้องถิ่น(ระดับตำบล) ,ประชุมคณะกรรมการนิติบุคคลอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรท่าอิฐ, ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย รวมทั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response Team: SRRT) เพื่อนำประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวคิดต่างๆ จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยใช้เครื่องมือ SWOT Analysis เพื่อการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มพื้นที่อาคารที่มีประชากรอาศัยหนาแน่น ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยมีกรอบกระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนารูปแบบ ดังนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์ (Strategic transformational change)
๒. การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง (Structural change)
๓. การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร (People-centric organizational change)
๔. การเปลี่ยนแปลงด้านแนวทางปฏิบัติ (Practice solution change)

ข้อเสนอ

๑. ข้อเสนอต่อการเปลี่ยนแปลงด้านกลยุทธ์ (Strategic transformational change) ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์การบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยใช้เครือข่ายคณะกรรมการนิติบุคคลอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรท่าอิฐ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มแกนนำผู้อาศัยชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ประจำอาคาร เป็นกลไกหลัก และประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ๔.๐ จัดตั้งคณะทำงานการบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการของชุมชนเองและยั่งยืน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๒. ข้อเสนอต่อการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง (Structural change)

๒.๑ จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response Team: SRRT) โดยมอบหมายให้คณะกรรมการนิติบุคคลอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรท่าอิฐ ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มแกนนำผู้อาศัยชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ประจำอาคาร ทำหน้าที่เป็นทีมปฏิบัติการระดับชุมชน

๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรักน้อย ร่วมดำเนินการตามภารกิจการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นทีมสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ และร่วมดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

๓. ข้อเสนอต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร (People-centric organizational change)

๓.๑ พัฒนา ศักยภาพคณะทำงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รูปแบบ Digital Learning โดยใช้ Digital Platform : Google meeting หรือ อื่นๆที่เหมาะสม

๓.๒ ส่งเสริมให้กลุ่มแกนนำผู้อาศัยชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ)ประจำอาคาร มีความรู้ ความสามารถ ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓.๓ บุคลากรด้านสาธารณสุขผู้ทำหน้าที่นักเฝ้าระวัง สอบสวนโรคทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit; CDCU)

๓.๔ ส่งเสริมให้ผู้อาศัยชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) มีความรู้ ตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓.๕ ส่งเสริมกลุ่มแกนนำผู้อาศัยชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) จัดทำโครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเสนอของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบางรักน้อย

๔. ข้อเสนอต่อการเปลี่ยนแปลงด้านแนวทางปฏิบัติ (Practice solution change)

๔.๑ พัฒนาระบบการปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเสริมศักยภาพของการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น Line Group ประจำอาคารและชุมชน ,Facebook หรือสื่อโซเชียลมีเดียที่เหมาะสม โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ คือ

๔.๑.๑ การเตือนภัยในชุมชน (Community Early Warning)

๔.๑.๒ การรายงานข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายในชุมชน (Community Reporting)

๔.๑.๓ การจัดการด้านสุขภาพในชุมชน (Community Health Management) โดยการสร้างระบบการจัดการ การสั่งการโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การประชุมเพื่อวางแผน และสั่งการทางแพลตฟอร์ม Google meeting หรืออื่นๆ ที่เหมาะสม

๔.๒ พัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน โดยการรวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) และจัดให้มีการประกวดการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนโรคระดับชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับแบ่งออกเป็น ๒ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านปฏิบัติการ : รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. ด้านนวัตกรรม : นวัตกรรมเชิงกระบวนการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกพื้นที่เขตเมือง และนวัตกรรมเชิงกระบวนการด้านการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่มีเสถียรภาพ (รวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ) จำนวน ๑ รูปแบบ

๒. ต้นแบบนวัตกรรมเชิงกระบวนการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกพื้นที่เขตเมือง ในกลุ่มชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์(ท่าอิฐ) ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ที่เหมาะสมกับบริบท จำนวน ๑ เรื่อง

๓. ต้นแบบนวัตกรรมเชิงกระบวนการด้านการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๑ เรื่อง

(ลงชื่อ) .....

(นายวิชัย สุขภาคกิจ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

(วันที่) ๙/๓๑๐/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลาดวัดมะเกลือ ต.หนองเพรางาย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลาดวัดมะเกลือ ต.หนองเพรางาย		
๙	นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๕๕๙	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๘๓๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดมะเกลือ อำเภอไทรน้อยจังหวัดนนทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **“แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ – ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ (๓ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเรื่อง ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารรายงานและรวบรวมแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการศึกษาวิจัย ดังนี้

๑. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน
๒. ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
๓. แนวทางการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
๔. แนวคิดการจัดการตนเอง
๕. แนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก
๖. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

โรคไตเป็นภาวะการณ์สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่กรองของเสียของหน่วยไต หากมีอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดที่นำไปสู่ความรุนแรงหรือทำให้เกิดไตวายเรียกว่าโรคไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney disease) เช่น การติดเชื้อรุนแรงเฉียบพลัน, ภาวะร่างกายขาดน้ำรุนแรง, ภาวะไตได้รับการบาดเจ็บเฉียบพลัน หรือ AKI (Acute Kidney Injury) เป็นต้น แต่หากมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปพบอัตราการกรองของไตค่อยๆลดหน้าที่ลงจนแสดงอาการไตวายออกมา อาการผิดปกติจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันในคราวเดียวแต่จะค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ระยะเวลาป่วยมากกว่า ๓ เดือน การทำหน้าที่ของไตสูญเสียอย่างถาวรเรียกว่าภาวะ ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD)

ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทยที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๑,๐๖๒,๗๕๖ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕ มากถึง ๘๕,๐๖๔ คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๔๖๔,๔๒๐ ราย ระยะ ๔ จำนวน ๑๒๒,๓๖๓ รายและระยะสุดท้าย ๗๐,๔๗๔ ราย ในภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) ที่ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติจากการสะสมของเสียในเลือด ทำให้เกิดความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และสารน้ำโดยปริมาณปัสสาวะลดลงหรือบ่อยครั้งกว่าเดิม อาจมีปัสสาวะสีแดงหรือสีน้ำปลา ปัสสาวะมีฟองเพิ่มขึ้น ปัสสาวะแสบขัด หรือบางครั้งมีอาการบวมตามร่างกาย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๙) และเมื่อเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้วทำให้ยากแก่การแก้ไขให้คืนสู่สภาพปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา โดยการบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายไต สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและต้นทุนทางเศรษฐกิจของระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง ๑.๔ ล้านคน ใน ค.ศ. ๒๐๑๙ เพิ่มสูงขึ้น ๒๐% จาก ค.ศ. ๒๐๑๐ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ๑ ใน ๑๐ ของโลก (Nipun Shrestha, et al., ๒๐๒๑)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุข เกิดได้จากหลายสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง (Thongtong, ๒๐๑๘) จากข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report, ๒๐๒๐) สาเหตุหลักของผู้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตปี ๒๕๖๓ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๒.๓๐ รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๑.๕๐ (Chuasuwan & Lumpaopong, ๒๐๒๐) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดภาวะไตวายเรื้อรังมากกว่าคนปกติถึง ๒๐ เท่า เนื่องจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็งมีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างถาวร จากหลักฐานทางการแพทย์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมน้ำตาลจะเริ่มเข้าสู่ภาวะไตถูกทำลายในระยะ ๕ ปีแรก จากนั้นอีกประมาณ ๕ – ๑๕ ปี จะเกิดภาวะความดันเลือดสูง และการทำงานของไตลดลงต่อจากนั้นอีก ๓ – ๕ ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (สมเกียรติ วสุวัฏฏกุล, ๒๕๕๓) จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ อำเภอหนองเพรางาย จังหวัดนนทบุรี ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังรายใหม่คิดเป็นร้อยละ ๐.๘, ๓.๑๗, ๑.๗๒ และ ๕.๓๑ ตามลำดับ และจากการตรวจคัดกรองภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในปี ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังรายใหม่จากผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจำนวน ๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๘๗ จากจำนวนผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังรายใหม่ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในจำนวนผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาจากระยะการดำเนินโรคพบผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ ๓ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๑๗ จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุก ๆ ปีจะสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่อง โรคไตเรื้อรังหรือการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควรจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการดำเนิน โรคจากระยะ ๑-๒ มาเป็นระยะ ๓ มากขึ้น และถ้ายังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจพัฒนาไปเป็นระยะที่ ๔-๕ ได้ (ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย และคณะ, ๒๕๖๕) จากการศึกษาหาข้อมูลพบว่าเราสามารถชะลอการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ ๓ ไประยะที่ ๔ หรือระยะที่ ๕ ได้ในผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยควบคุมโรคประจำตัวหรือโรคร่วมของผู้ป่วยให้คงที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยเพราะการที่ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมได้ จะส่งผลทำให้การทำงานของไตแย่ลงไปเรื่อย ๆ แต่ถ้าสามารถควบคุมโรคร่วมเหล่านี้ได้ ก็จะมีส่วนช่วยให้การดำเนินโรคของโรคไตช้าลง โดยปัจจัยหลักจะมาจากการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง จะช่วยในการชะลอการดำเนินไปของโรคได้ เพราะโรคไตเป็นที่รู้กันดีอยู่แล้วว่าไม่มียารักษาที่จำเพาะเจาะจงเพียงแค่ทำการรักษาประคับประคองไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ไตมากขึ้นเท่านั้น

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะและการคิดแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) การคิดรู้ (cognitive) และทฤษฎีกาย-จิต (psycho-physiological) เป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมตนเอง (self-regulation) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลต้องเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด (Kanfer FH and Gaelick-Buys L., ๑๙๙๑) จากการทบทวนวรรณกรรมของพนิดา รัตนศรี (๒๕๖๕) ในการใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองมาใช้ในการช่วยชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งพบว่าทฤษฎีการจัดการตนเองสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อัตราการกรองของไต ซีรัมครีเอตินีน และ ความดันซีสโตลิค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สอดคล้องกับการศึกษาของวีนัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน (๒๕๖๑) ได้ศึกษาเรื่องผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี พบว่ากระบวนการสนับสนุนการจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต สอดคล้องกับการศึกษาของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขวัญเรือน แก่นของ และคณะ (๒๕๖๑) ได้ทำศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๑-๓ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีการรับรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้ และการศึกษาของ Michelle L. Johnson (๒๐๑๖) ซึ่งเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย คือการให้ความรู้ ซึ่งส่วนใหญ่เน้นในเรื่องของโภชนาการ การปรับเปลี่ยนอาหารการรับประทานอาหารนอกบ้าน การอ่านฉลากอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับความดันโลหิต การติดตามการรักษา และ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลลัพธ์ของกิจกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ eGFR ระดับความดันโลหิต HbA๑C ความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ระดับความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการการจัดการตนเองและรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค ๕ เอ มาสร้างโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ ๓ (ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ๒๕๕๗) มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้และทำความเข้าใจตนเองทักษะการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจะช่วยสนับสนุนเน้นการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

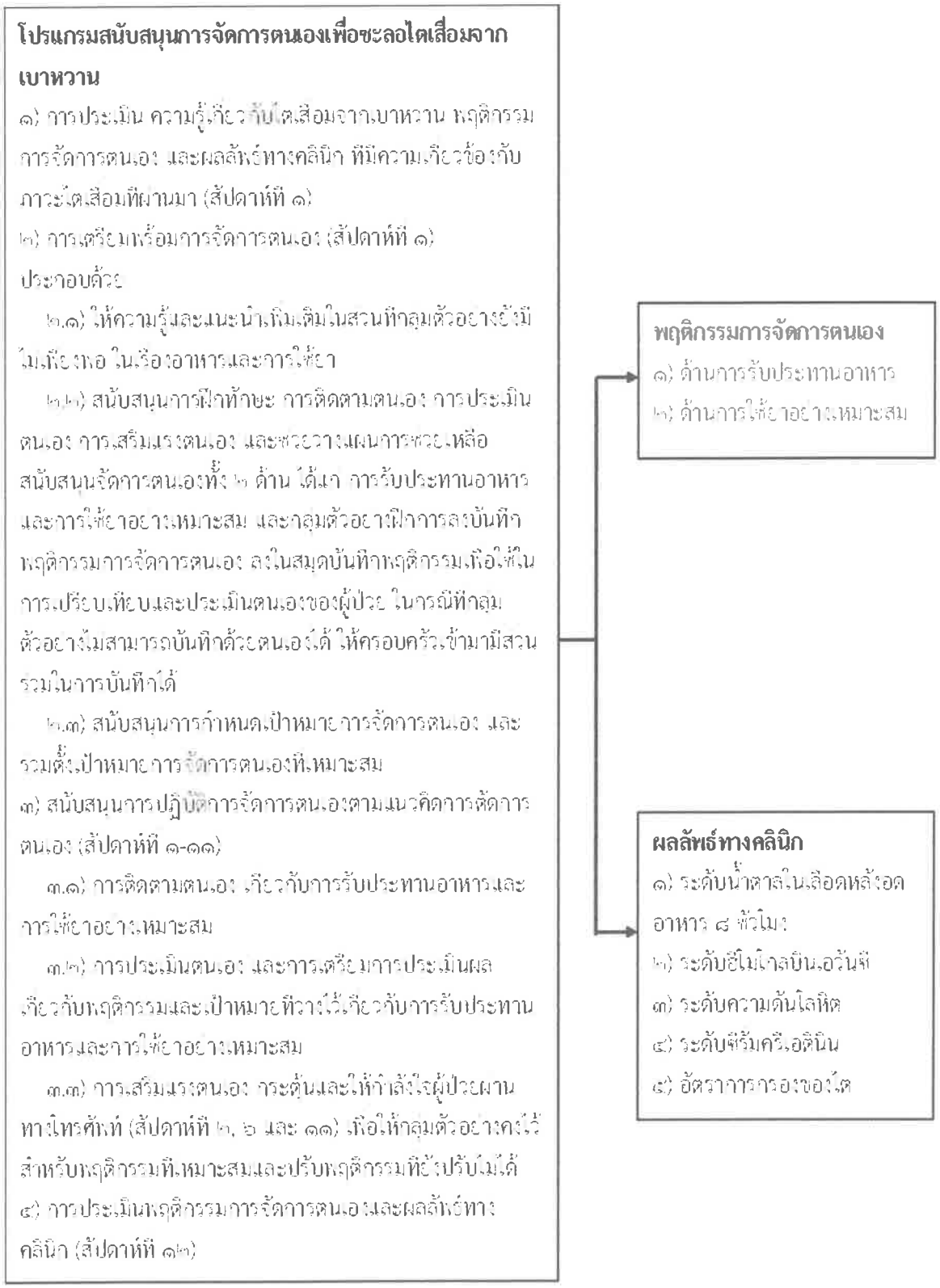
๑) เพื่อศึกษาผลของของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง

๒) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

๓) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิด



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑) ประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ ๓ จำนวน ๔๒ คน (ข้อมูล ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗)

๒) กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ ๓ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒๔ คน

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น ๒๔ คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดซอง มีซองทั้งสิ้นจำนวน ๒๔ ซอง ภายในซองบรรจุกระดาษสี โดยจะมีกระดาษสี ทั้งหมด ๒ สี สีละ ๑๒ ซอง ได้แก่ สีน้ำเงิน และสีเขียว ให้อาสาสมัครเลือกและเปิดซอง ซองที่ทำการเปิดแล้วจะถูกคัดทิ้ง เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนอาสาสมัครเท่ากัน โดยหากเปิดซองได้ สีน้ำเงิน คือ กลุ่มควบคุม และสีเขียว คือ กลุ่มทดลอง จนครบ ๒๔ คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

- เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

๑. มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป

๒. ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ มากกว่า ๕ ปี

๓. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๔. มีค่าอัตราการกรองของหน่วยไต (eGER) เท่ากับ ๓๐ -๕๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร หรือมีค่าครีเอตินินในเลือดมากกว่า ๑.๔ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๕. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา อันได้แก่ Metformin และ/หรือ Glipizide หรือ Glibenclamide หรือ Gliclazide

๖. มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ ๘ หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมงมากกว่า ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๗. ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยการรับประทานยา อันได้แก่ Enalapril หรือ Losartan

๘. มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ถึง ๑๖๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

๙. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้

- เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ขึ้นไป (อัตราการกรองของหน่วยไตต่ำกว่า ๓๐ ลงไป)

๒. แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาจากรับประทานยาชนิดเม็ดเป็นชนิดฉีดอินซูลิน

๓. พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะกรดคีโตนคั่ง (diabetic ketoacidosis : DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่ง (hyperosmolar hyperglycemic syndrome) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑) การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี ๒ ประเภท คือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิค-บาย (Kanfer & Gaelick - Bays, ๑๙๙๑) บูรณาการกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิค ๕ เอ (Glasgow et al., ๒๐๐๖) ที่ดัดแปลงจากการศึกษาของศิริลักษณ์ (๒๕๕๗)

ในระยะการทดลองผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม ๓ ชุด ได้แก่ (๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (๒) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ (๓) แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากการศึกษาพนิดา รัตนศรี (๒๕๖๕) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน ๒๕ ข้อ หลังการประเมินข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม มีเนื้อหาการสอนอยู่ในแผนสอนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีสื่อประกอบการสอนเป็นการนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) โดยที่เนื้อหาการสอนขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวานและ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งพบได้จากผลการประเมินกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น ร่วมกับการแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยเป็นระยะๆ ในสัปดาห์ที่ ๒, ๖ และ ๑๐ จนถึงสัปดาห์ที่ ๑๑ และนัดประเมินผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ ๑๒ ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย ๔ ระยะ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ ประกอบด้วย ๒ ระยะได้แก่การประเมิน ความรู้ไตเสื่อมจากเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมรายบุคคลซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ ๑ การประเมินความรู้ไตเสื่อมจากเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลจากผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ หลังจากนั้นจึงประเมิน (assess) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการพฤติกรรมของตนเอง ทั้งนี้เพื่อจะได้นำปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายมาหาแนวทางในการส่งเสริมความรู้และทักษะในส่วนที่ผู้ป่วยขาดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นนำมาใช้ในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สะท้อนข้อมูลที่ได้มาจากผู้ป่วยและเตรียมเพิ่มเติมความรู้และทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามความต้องการและพื้นฐานข้อมูลของผู้ป่วย

ระยะที่ ๒ การเตรียมความพร้อมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวานและกลวิธีในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งการให้ความรู้นี้จะแตกต่างกันในแต่ละรายบุคคลขึ้นอยู่กับระดับความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมตามพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมความดันโลหิต การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำลายไตให้เสื่อมเร็วขึ้น ปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับระยะการเสื่อมของไตในแต่ละระยะการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยความรู้ที่ได้จากการเตรียมความพร้อมในครั้งนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในตัวโรคมากขึ้น และมองเห็นวิธีการจัดการตนเองที่จะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยมีสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพมากขึ้นและมีคู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ไตเสื่อมหลังจากที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมแล้ว และผู้วิจัยทราบถึงบริบทการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เดิมก็จะอธิบายและยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองและมอบคู่มือการจัดการตนเองการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมไปใช้ทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับการให้ความรู้ตลอดจนการแนะนำให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมการการจัดการของตนเองกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ เกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับและพิจารณาเสริมแรงตนเอง โดยให้รางวัลตนเองในพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมายและกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมการการจัดการตนเองที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นในสัปดาห์ต่อไปและหลังจากพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะสอบถามผู้ป่วยถึงเวลาที่สะดวกในการโทรศัพท์ติดตามประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย และสอบถามผลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการจัดการตนเองอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ ๒ ถึง สัปดาห์ที่ ๑๑ ซึ่งในระยะการเตรียมความพร้อมการจัดการตนเองรายบุคคลนี้จะมีสื่อประกอบการให้ความรู้ดังนี้

๑. แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง ๒ ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการใช้ยาอย่างเหมาะสม

๒. สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ศิริลักษณ์, ๒๕๕๗) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองรวมทั้งใช้ประกอบการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ เนื้อหาในสมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยเป้าหมายของตนเองในแต่ละสัปดาห์ซึ่งจะต้องเป็นเป้าหมายที่ต้องครอบคลุมทั้งการจัดการด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหากิจกรรมที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลการช่วยเหลือและสรุปผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ในแต่ละสัปดาห์ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการการจัดการตนเองเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

การจัดการตนเองได้ทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ได้ทั้ง ๗ วันต่อสัปดาห์

การจัดการตนเองได้บ้างส่วน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ได้ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์

ไม่สามารถจัดการตนเองสำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้น้อยกว่า ๔ วันต่อสัปดาห์

ซึ่งผลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยทราบผลการจัดการตนเอง มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับและใช้เป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการ การจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและในวันประเมินผล

๓. ผลจากการประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานและผลจากการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อใช้สะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

๔. คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้และแจกให้ผู้ป่วยหลังให้ความรู้ เพื่อนำไปทบทวนและศึกษาด้วยตนเองขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ ๒ ถึงสัปดาห์ที่ ๑๑ เนื้อหาจะครอบคลุมเรื่องโรคและการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริม ให้เกิดไตเสื่อมจากเบาหวาน และแนวทางการจัดการชะลอไตเสื่อมโดยการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม

๕. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ใช้ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพต่างๆ มากขึ้น เกิดความเข้าใจในเนื้อหาซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ความรู้และมีรูปภาพประกอบ เช่น ภาพการดำเนินโรคการทำงานของไต เป็นต้น สัปดาห์ที่ ๒ ถึงสัปดาห์ที่ ๑๑ ประกอบด้วยกิจกรรมในระยะที่ ๓ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ระยะที่ ๓ การปฏิบัติการจัดการตนเองมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการกำกับตนเองโดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๒ ถึง สัปดาห์ที่ ๑๑ โดยเน้นขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

ขั้นที่ ๑ การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยพิจารณาติดตามผลของการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้กำหนด โดยผู้ป่วยต้องกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนในการควบคุมอาหาร และการใช้ยาโดยใช้การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละวันที่อยู่ที่บ้านลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้แจกให้กับผู้ป่วย สิ่งที่จะต้องบันทึกในสมุด ได้แก่ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและพยาบาลจะตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน (agree)

ขั้นที่ ๒ การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จหรือไม่ (arrange) หากปฏิบัติได้สำเร็จก็จะนำไปสู่การเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไป แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะทำให้มีแรงสู้เพื่อเป้าหมายอีกครั้งเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้ป่วยเอง

ขั้นที่ ๓ การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีทั้งทางบวกและทางลบ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเองโดยอาจจะให้รางวัลกับตนเองเพื่อเป็นกำลังใจ ส่วนการเสริมแรงจากพยาบาลอาจจะเป็นการกล่าวชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถทา ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ก็อาจจะมีการเสริมแรงทางลบของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอาจย้อนมองไปที่ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุผล พยาบาลช่วยในการช่วยหาทางออกให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายโดยอาจจะลดเป้าหมายลงมาให้น้อยลงกว่าเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัว ผู้วิจัยจะติดตามและให้แรงเสริมด้วยการโทรศัพท์ใน สัปดาห์ที่ ๒, ๖ และ ๑๑

ในระยะที่ ๔ สัปดาห์ที่ ๑๒ เป็นกิจกรรมเน้นการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในกิจกรรมการจัดการตนเอง โดยการตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ ๑๒ จะวัดประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระดับความดันโลหิต ระดับซีรั่มครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต พร้อมกับการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในภาพรวมสามารถสรุปโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒.๑) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลัก ผู้ประกอบอาหาร ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการจัดการอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม และปัจจัยที่มีผลต่อการเสื่อมของไต ส่วนข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต ยาที่รับประทานในปัจจุบัน และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษา

๒.๒) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ ๑๒ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ (๒๕๕๗) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองทั้ง ๒ ด้าน ได้แก่ การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน ๑๐ ข้อ และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ๑๐ ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) ๔ ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ๐ ถึง ๓ คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓ คะแนน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ๖-๗ วัน/สัปดาห์
๒ คะแนน (ปฏิบัติบ่อย) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ๓-๕ วัน/สัปดาห์
๑ คะแนน (ปฏิบัตินานๆครั้ง) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ๑-๒ วัน/สัปดาห์
๐ คะแนน (ไม่ปฏิบัติเลย) หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้
๐ – ๒๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ
๒๑ – ๔๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง
๔๑ – ๖๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง

มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเฉลี่ย ดังนี้

๐ – ๑ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ
๑.๑ – ๒ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง
๒.๑ – ๓ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง

๒.๓) เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกและเครื่องวัดความดันโลหิต

๒.๓.๑)ดำเนินการส่งผลตัวอย่างเลือดตรวจผลลัพธ์ทางคลินิกกับทางโรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๒.๓.๒) เครื่องวัดระดับความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๑.๑) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แผนการสอนเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและทักษะสำหรับจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน สมุดบันทึกการจัดการตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน เพื่อตรวจความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมเกี่ยวกับรูปแบบและความเหมาะสมด้านเวลาของกิจกรรม ส่วนเครื่องมืออื่นๆ ตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ ๘๐ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ

๑.๒) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓ คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒.๑) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อดังนี้

๑ หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย
๒ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย
๓ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องค่อนข้างมากกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย
๔ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องมากกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

นำค่าที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อโดยใช้สูตร I - CVI = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน ๓ และ ๔ / จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด (Polit & Beck, ๒๐๑๒) คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (S-CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยการหาค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ ๐.๙๔ และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสมุดบันทึกการจัดการตนเอง มีความเหมาะสมไม่มีการแก้ไข สำหรับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแผนการสอน

๒.๒) การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดเพรางาย จำนวน ๓๐ คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้ คือ ๐.๘๐ ขึ้นไป (Polit & Beck, ๒๐๑๒) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๘๗

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาในครั้งนี้ทำการอ้างอิงรูปแบบในการศึกษาของพนิดา รัตนศรี (๒๕๖๕) โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ขั้นเตรียมการ

๑.๑ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างหยิบซอง ๑ ซอง ซองที่ทำการเปิดแล้วจะถูกคัดทิ้ง เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน โดยหากเปิดซองได้ สีน้ำเงิน คือ กลุ่มควบคุม และสีเขียว คือ กลุ่มทดลอง

๒. ขั้นดำเนินการทดลอง

๒.๑ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ ๑ และสัปดาห์ที่ ๑๒ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ

๒.๒ การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิก ทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวาน และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมโดยใช้ระยะเวลาประมาณ ๓๐ นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่

- กิจกรรมที่ ๑ "กิจกรรมปรับทุกข์" โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้ใจ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหาที่แท้จริง โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในครั้งแรก เพื่อเจาะลึกปัญหา วางแผนการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

- กิจกรรมที่ ๒ "เตรียมพร้อม" เป็นการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง โดย

๑. ให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เน้นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

๑.๑ ด้านการรับประทานอาหาร เน้นทักษะในการรับประทานอาหารให้สอดคล้องกับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือด และชะลอไตเสื่อม โดยมีรายละเอียดของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ฝึกการประเมินข้อมูลทางโภชนาการของอาหารแต่ละประเภทเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของอาหารแต่ละมื้อ

๑.๒ ด้านการใช้ยา โดยการฝึกการใช้อย่างเหมาะสม แก้ปัญหาการรับประทานยาไม่ครบตามเวลา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๒. กำหนดเป้าหมายของการจัดการตนเองในแต่ละด้านของกลุ่มเป้าหมาย ฝึกวิธีการลงบันทึกและให้คำแนะนำวิธีการบันทึก โดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม และใช้ผลจากการบันทึกในการตรวจสอบผลการปฏิบัติของตนเอง

๓. ผู้วิจัยแจกและอธิบายวิธีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยใช้สำหรับการทบทวนการจัดการตนเอง และสมุดบันทึกสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้บันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง ๒ ด้านของกลุ่มตัวอย่าง

๔. ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติการจัดการตนเองผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ ๒, ๖ และ ๑๑ และนัดหมายวัน เวลา ในการพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ ๑๒

๕. ผู้วิจัยตั้งรางวัลให้กับกลุ่มตัวอย่างเมื่อสามารถจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายไว้ แต่หากไม่บรรลุเป้าหมายผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทำการพิจารณาถึงจุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเอง และค้นหาแนวทางที่จะช่วยพัฒนาตนเองให้พฤติกรรมดีขึ้น โดยการสอบถาม แนะนำ หรือให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง

๒.๓ สัปดาห์ที่ ๑–๑๑

- กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ที่บ้าน เป็นระยะเวลา ๑๑ สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ ๑-๑๑) โดยให้ทำการจดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเป็นจริง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถบันทึกเองได้สามารถให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวช่วยบันทึกได้
- ประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ปฏิบัติกับเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งจดบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองในแต่ละด้าน
- เสริมแรงตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งทางบวกและทางลบ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะเสริมแรงตนเองทางบวกโดยการชื่นชมตนเองหรือให้รางวัล กรณีไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สำเร็จตามเป้าหมายจะทำการเสริมแรงทางลบ โดยทบทวนปัญหา สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเองพร้อมทั้งปรับแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป
- ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ ๒, ๖ และ ๑๑ เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะให้การเสริมแรงทางบวก โดยการกล่าวยกย่องชมเชย และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ถัดไป กรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมายจะทำการเสริมแรงทางลบ โดยทบทวนปัญหา สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเองพร้อมทั้งปรับแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป

๒.๔ สัปดาห์ที่ ๑๒

- ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการควบคุมระดับน้ำตาลและการทำงานของไต ผู้วิจัยทำการสรุปภาพรวมในการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้ค่าสถิติ Paired Sample Test

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๔-๑ แสดงข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = ๒๔)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=๑๒)		กลุ่มควบคุม (n=๑๒)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					๐.๗๔๑	๐.๖๗๐
ชาย	๓	๒๕.๐	๔	๓๓.๓		
หญิง	๙	๗๕.๐	๘	๖๖.๗		
อายุ	Mean ๖๔.๓๓ ± ๕.๗๔		Mean ๖๔.๐๘ ± ๖.๕๓		๐.๐๘๘	๐.๙๒๒
ศาสนา					๔.๘๔๐	๐.๓๓๙
พุทธ	๑๑	๙๑.๗	๑๒	๑๐๐.๐		
คริสต์	๑	๘.๓	๐	๐.๐		
อิสลาม	๐	๐.๐	๐	๐.๐		
การศึกษา					๐.๐๕๗	๐.๖๓๕
ไม่ได้รับการศึกษา	๑	๘.๓	๐	๐.๐		
ประถมศึกษา	๗	๕๘.๓	๗	๕๘.๓		
มัธยมศึกษา	๒	๑๖.๗	๓	๒๕.๐		
อนุปริญญา	๒	๑๖.๗	๒	๑๖.๗		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๐	๐.๐	๐	๐.๐		
สถานภาพสมรส					๐.๒๑๖	๐.๔๙๖
โสด	๒	๑๖.๗	๑	๘.๓		
สมรส	๘	๖๖.๗	๘	๖๖.๗		
หม้าย	๒	๑๖.๗	๓	๒๕.๐		
หย่า/แยก	๐	๐.๐	๐	๐.๐		
อาชีพ					**๑.๘๓๓**	**๐.๕๕๘**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๙	๗๕.๐	๘	๖๖.๗		
เกษตรกรรม	๐	๐	๐	๐.๐		
รับจ้าง	๓	๒๕.๐	๓	๒๕.๐		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	๐	๐.๐	๑	๘.๓		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					๐.๒๐๖	๐.๕๘๓
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐	๙	๗๕.๐	๗	๕๘.๓		
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๐	๐.๐	๑	๘.๓		
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐	๒	๑๖.๗	๓	๒๕.๐		
มากกว่า ๒๐,๐๐๐	๑	๘.๓	๑	๘.๓		

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๔-๑ แสดงข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = ๒๔) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=๑๒)		กลุ่มควบคุม (n=๑๒)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก					๐.๐๕๘	๐.๕๕๒
ภรรยา/สามี	๘	๖๖.๗	๖	๕๐.๐		
บุตร/หลาน	๒	๑๖.๗	๓	๒๕.๐		
พี่/น้อง	๑	๘.๓	๒	๑๖.๗		
เพื่อน/ญาติ	๑	๘.๓	๑	๘.๓		
ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ					๐.๐๗๗	๐.๑๕๔
ทำด้วยตนเอง	๗	๕๘.๓	๓	๒๕.๐		
ภรรยา/สามี	๔	๓๓.๓	๖	๕๐.๐		
บุตร/หลาน	๐	๐.๐	๑	๘.๓		
พี่/น้อง	๑	๘.๓	๒	๑๖.๗		
เพื่อน/ญาติ	๐	๐.๐	๐	๐.๐		
ประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านโภชนาการ					๐.๐๐	๑.๐๐
ไม่ได้รับ	๙	๗๕.๐	๙	๗๕.๐		
ได้รับ	๓	๒๕.๐	๓	๒๕.๐		
ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา					๐.๗๔๑	๐.๖๗๐
ไม่ได้รับ	๓	๒๕.๐	๔	๓๓.๓		
ได้รับ	๙	๗๕.๐	๘	๖๖.๗		
ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต					๐.๐๐	๑.๐๐
ไม่ได้รับ	๑๑	๙๑.๗	๑๑	๙๑.๗		
ได้รับ	๑	๘.๓	๑	๘.๓		

จากตารางที่ ๔-๑ กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น ๒๔ ราย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๑๒ ราย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างของทั้ง ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๖๖.๗ ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๖๔.๓๓ และ ๖๔.๐๘ ปี ตามลำดับ ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗ และ ๑๐๐ ตามลำดับ ส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๓ และ ๕๘.๓ ตามลำดับ ส่วนมากมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗ และ ๖๖.๗ ตามลำดับ ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๖๖.๗ ตามลำดับ ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๕๘.๓ ตามลำดับ ส่วนมากมีภรรยา/สามีเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลหลัก คิดเป็น ๖๖.๗ และ ๕๐.๐ ตามลำดับ ส่วนมากกลุ่มทดลองประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเองเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๓ และกลุ่มควบคุมมีภรรยา/สามีประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐ กลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่มส่วนมากไม่เคยได้รับความรู้ด้านโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๗๕.๐ ตามลำดับ ส่วนมากเคยได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๖๖.๗ ตามลำดับ และส่วนมากไม่เคยได้รับประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๗ และ ๙๑.๗ ตามลำดับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๔-๒ แสดงข้อมูลส่วนสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = ๒๔)

ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=๑๒)		กลุ่มควบคุม (n=๑๒)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	๗.๐๘ ± ๑.๑๖		๖.๘๓ ± ๐.๙๔		๑.๐๑๙	๐.๕๖๙
น้ำหนัก	๗๓.๔๒ ± ๙.๘๘		๖๙.๘๓ ± ๙.๔๙		๐.๐๒๔	๐.๓๗๕
ส่วนสูง	๑๖๒.๐ ± ๖.๗๗		๑๖๒.๕๘ ± ๗.๙๐		๐.๒๗๘	๐.๘๔๘
ดัชนีมวลกาย	๒๗.๘๘ ± ๒.๐๘		๒๖.๓๖ ± ๒.๔๕		๐.๑๐๗	๐.๑๑๗
โรคประจำตัว (ปี)						
โรคความดันโลหิตสูง	๕.๙๒ ± ๑.๖๘		๖.๘๓ ± ๑.๕๙		๐.๐๗๓	๐.๑๘๓
โรคหัวใจ	๐.๐๘ ± ๐.๒๙		๐.๑๗ ± ๐.๓๙		๑.๔๙๗	๐.๕๕๘
โรคเก๊าท์	๐.๑๗ ± ๐.๓๙		๐.๐๐ ± ๐.๐๐		๑๓.๗๕๐	๐.๑๖๖
โรคไขมันในเลือดสูง	๑.๗๕ ± ๑.๙๑		๐.๖๗ ± ๑.๖๑		๐.๕๕๗	๐.๑๔๘
ยาที่รับประทานในปัจจุบัน						
Glibenclamide	๔	๓๓.๓	๓	๒๕.๐	๐.๗๔๑	๐.๖๗๐
Gliclazide	๒	๑๖.๗	๑	๘.๓	๑.๔๙๗	๐.๕๕๘
Glipizide	๑๐	๘๓.๓	๗	๕๘.	๖.๙๗๒	๐.๑๙๓
Metformin	๑๒	๑๐๐.๐	๑๒	๑๐๐.๐		
Losartan	๑๑	๙๑.๗	๑๐	๘๓.๓	๑.๔๙๗	๐.๕๕๘
Simvastatin	๗	๕๘.๓	๒	๑๖.๗	๖.๙๗๒	๐.๐๓๖*
Aspirin	๖	๕๐.๐	๑	๘.๓	๒๕.๐๐๐	๐.๐๒๔*
Enalapril	๑	๘.๓	๐	๐.๐	๔.๘๔๐	๐.๓๒๘
ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต						
มีกลั้นปัสสาวะ	๓	๒๕.๐	๒	๑๖.๗	๐.๙๕๗	๐.๖๓๓
ไม่มีกลั้นปัสสาวะ	๙	๗๕.๐	๑๐	๘๓.๓		
ดื่มน้ำน้อยจำนวนแก้วต่อวัน	๘	๖๖.๗	๑๐	๘๓.๓	๐.๒๑๑	๐.๑๖๕
ไม่ดื่มน้ำน้อย	๔	๓๓.๓	๒	๑๖.๗		
ใช้ยาแก้อักเสบ (NSAID)	๐	๐.๐	๑	๘.๓	๐.๒๒๗	๐.๑๔๕
ไม่ใช้ยาแก้อักเสบ (NSAID)	๑๒	๑๐๐.๐	๑๑	๙๑.๗		
ใช้ยาสมุนไพร/ยาคุม	๓	๒๕.๐	๕	๔๑.๗	๒.๕๓๒	๐.๔๐๙
ไม่ใช้ยาสมุนไพร/ยาคุม	๙	๗๕.๐	๗	๕๘.๓		
รับประทานอาหารเสริม	๕	๔๑.๗	๖	๕๐.๐	๒.๓๓๓	๐.๓๓๗
ไม่รับประทานอาหารเสริม	๗	๕๘.๓	๖	๕๐.๐		
สูบบุหรี่	๑	๘.๓	๐	๐.๐	๓.๑๒๔	๐.๔๑๑
เคยสูบบุหรี่	๓	๒๕.๐	๖	๕๐.๐		
ไม่สูบบุหรี่	๕	๔๑.๗	๖	๕๐.๐		
ดื่มสุรา	๒	๑๖.๗	๓	๒๕.๐	๓.๕๓๖	๐.๓๖๘
เคยดื่มสุรา	๙	๗๕.๐	๕	๔๑.๗		
ไม่ดื่มสุรา	๑	๘.๓	๔	๓๓.๓		

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

จากตารางที่ ๔-๒ กลุ่มทดลองระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย ๗.๐๘ ± ๑.๑๖ ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย ๗๓.๔๒ ± ๙.๘๘ กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย ๑๖๒.๐ ± ๖.๗๗ เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย ๒๗.๘๘ ± ๒.๐๘ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนมากมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ยาที่รับประทานในปัจจุบันส่วนมาก คือ Metformin, Glipizide และ Losartan ตามลำดับ และส่วนมากไม่พบปัจจัยการส่งเสริมการเสื่อมของไต ส่วนกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย ๖.๘๓ ± ๐.๙๔ ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย ๖๙.๘๓ ± ๙.๔๙ กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย ๑๖๒.๕๘ ± ๗.๙๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย ๒๖.๓๖ ± ๒.๔๕กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนมากมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ยาที่รับประทานในปัจจุบันส่วนมาก คือ Metformin, Losartan และ Glipizide ตามลำดับ และส่วนมากไม่พบปัจจัยการส่งเสริมการเสื่อมของไต

ตารางที่ ๔-๓ แสดงระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

FBG (mg%)	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๒๐๑.๐๐	๑๐.๗๒	๑๓๖.๘๓	๑๔.๓๒	๐.๓๕๒	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๑๙๗.๔๒	๒๑.๖๓	๑๕๑.๘๓	๒๑.๖๘	๐.๖๓๖	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ๔-๓ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง เท่ากับ ๒๐๑.๐๐ ± ๑๐.๗๒ mg% และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๙๗.๔๒ ± ๒๑.๖๓ mg% ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมงเฉลี่ย ๑๓๖.๘๓ ± ๑๔.๓๒ mg% ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมงเฉลี่ย ๑๕๑.๘๓ ± ๒๑.๖๘ mg% ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕

ตารางที่ ๔-๔ แสดงค่าฮีโมโกลบินเอวันซี และการเปรียบเทียบค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

HbA๑C (%)	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๑๐.๒๓	๐.๘๐	๗.๖๒	๐.๗๖	๐.๖๗๖	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๙.๕๒	๑.๐๘	๙.๓๗	๐.๗๗	๐.๙๖๔	๐.๓๗๖

จากตารางที่ ๔-๔ กลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย เท่ากับ ๑๐.๒๓ ± ๐.๘๐ % และกลุ่มควบคุมมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย เท่ากับ ๙.๕๒ ± ๑.๐๘ % ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย ๗.๖๒ ± ๐.๗๖ % ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี เฉลี่ย ๙.๓๗ ± ๐.๗๗ % ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๔-๕ แสดงค่าความดัน Systolic และการเปรียบเทียบค่าความดัน Systolic ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

Systolic	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๑๕๑.๕๘	๙.๔๐	๑๒๖.๔๒	๓.๒๙	๐.๐๔๗	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๑๔๒.๘๓	๖.๐๒	๑๓๐.๓๓	๓.๖๒	-๐.๐๑๕	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ๔-๕ กลุ่มทดลองมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ย เท่ากับ ๑๕๑.๕๘ ± ๙.๔๐ mmHg และกลุ่มควบคุมมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ย เท่ากับ ๑๔๒.๘๓ ± ๖.๐๒ mmHg ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ย ๑๒๖.๔๒ ± ๓.๒๙ mmHg ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมมีค่าความดัน Systolic เฉลี่ย ๑๓๐.๓๓ ± ๓.๖๒ % ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕

ตารางที่ ๔-๖ แสดงค่าความดัน Diastolic และการเปรียบเทียบค่าความดัน Diastolic ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

Diastolic	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๘๖.๓๓	๓.๒๓	๖๙.๘๓	๒.๖๖	๐.๐๐๔	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๘๗.๖๗	๔.๐๕	๗๑.๖๗	๒.๓๑	๐.๗๑๒	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ๔-๖ กลุ่มทดลองมีค่าความดัน Diastolic เฉลี่ย เท่ากับ ๘๖.๓๓ ± ๓.๒๓ mmHg และกลุ่มควบคุมมีค่าความดัน Diastolic เฉลี่ย เท่ากับ ๘๗.๖๗ ± ๔.๐๕ mmHg ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดัน Diastolic เฉลี่ย ๖๙.๘๓ ± ๒.๖๖ mmHg ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมมีค่าความดัน Diastolic เฉลี่ย ๗๑.๖๗ ± ๒.๓๑ % ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕

ตารางที่ ๔-๗ แสดงค่าเซรั่มครีเอตินิน และการเปรียบเทียบค่าเซรั่มครีเอตินิน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

Creatinine	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๑.๐๘	๐.๒๙	๐.๗๓	๐.๑๓	๐.๖๗๖	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๑.๐๔	๐.๒๓	๑.๐๓	๐.๑๔	๐.๘๐๓	๐.๘๔๕

จากตารางที่ ๔-๗ กลุ่มทดลองมีค่าเซรั่มครีเอตินินเฉลี่ย เท่ากับ ๑.๐๘ ± ๐.๒๙ และกลุ่มควบคุมมีค่าเซรั่มครีเอตินินเฉลี่ย เท่ากับ ๑.๐๔ ± ๐.๒๓ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเซรั่มครีเอตินินเฉลี่ย ๐.๗๓ ± ๐.๑๓ ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมมีค่าเซรั่มครีเอตินินเฉลี่ย ๑.๐๓ ± ๐.๑๔ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคงที่จากก่อนการทดลองโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๔-๘ แสดงค่าอัตราการกรองของไต และการเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

eGFR (ml/min/๑.๗๓ m^2)	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๔๒.๗๕	๕.๐๓	๗๘.๕๘	๘.๑๙	๐.๒๗๕	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๔๖.๗๕	๖.๙๗	๔๖.๘๓	๗.๐๒	๐.๙๖๒	๐.๘๘๔

จากตารางที่ ๔-๘ กลุ่มทดลองมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ยเท่ากับ ๔๒.๗๕ ± ๕.๐๓ ml/min/๑.๗๓ m^2 และกลุ่มควบคุมมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย เท่ากับ ๔๖.๗๕ ± ๖.๙๗ml/min/๑.๗๓ m^2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย ๗๘.๕๘ ± ๘.๑๙ml/min/๑.๗๓ m^2 ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<๐.๐๕$ และกลุ่มควบคุมมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย ๔๖.๘๓ ± ๗.๐๒ ml/min/๑.๗๓ m^2 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคงที่จากก่อนการทดลองโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ ๔-๙ แสดงระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	๒๙.๙๒ ± ๑.๙๗		๕๐.๓๓ ± ๑.๓๐	
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ (๐-๒๐ คะแนน)	๐	๐.๐	๐	๐.๐
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง (๒๑-๔๐ คะแนน)	๑๒	๑๐๐.๐	๐	๐.๐
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง (๔๑-๖๐ คะแนน)	๐	๐.๐	๑๒	๑๐๐.๐
กลุ่มควบคุม	๒๙.๗๕ ± ๒.๓๘		๓๒.๔๒ ± ๒.๙๗	
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่ำ (๐-๒๐ คะแนน)	๐	๐.๐	๐	๐.๐
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมปานกลาง (๒๑-๔๐ คะแนน)	๑๒	๑๐๐.๐๐	๑๒	๑๐๐.๐
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูง (๔๑-๖๐ คะแนน)	๐	๐.๐	๐	๐.๐

จากตารางที่ ๔-๙ กลุ่มทดลองส่วนมากระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนมากระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๔-๑๐ แสดงค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและการเปรียบเทียบค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง (n=๑๒)		หลังการทดลอง (n=๑๒)		Correlation	Sig. (๒-tailed)
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	๒๙.๙๒	๑.๙๘	๕๐.๓๓	๑.๓๐	-๐.๒๓๖	๐.๐๐๐
กลุ่มควบคุม	๒๙.๗๕	๒.๓๘	๓๒.๔๒	๒.๙๖	๐.๗๖๓	๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๔-๑๐ กลุ่มทดลองมีค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเฉลี่ย เท่ากับ ๒๙.๙๒ ± ๑.๙๘ คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเท่ากับ ๒๙.๗๕ ± ๕.๓๙ คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเฉลี่ย ๕๐.๓๓ ± ๑.๓๐ คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕ และกลุ่มควบคุมมีค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเฉลี่ย ๓๒.๔๒ ± ๒.๙๖ คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<๐.๐๕

ตารางที่ ๔-๑๑ แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษา ค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean	S.D.	F	t	Sig. (๒-tailed)
FBG			๐.๗๔๗	๐.๕๑๔	๐.๖๑๒
กลุ่มทดลอง	๒๐๑.๐๐	๑๐.๗๒			
กลุ่มควบคุม	๑๙๗.๔๒	๒๑.๖๓			
HbA๑C			๐.๐๑๓		๐.๐๘๑
กลุ่มทดลอง	๑๐.๒๓	๐.๘๐			
กลุ่มควบคุม	๙.๕๓	๑.๐๘			
Systolic			๕.๙๓๔	๒.๗๑๓	๐.๐๑๔
กลุ่มทดลอง	๑๕๑.๕๘	๙.๔๐			
กลุ่มควบคุม	๑๔๒.๘๓	๖.๐๓			
Diastolic			๑.๖๒๔	-๐.๘๙๑	๐.๓๘๒
กลุ่มทดลอง	๘๖.๓๓	๓.๒๓			
กลุ่มควบคุม	๘๗.๖๗	๔.๐๕			
Creatinine			๐.๘๐๑	๓.๙๓๙	๐.๖๙๘
กลุ่มทดลอง	๑.๐๘	๐.๒๙			
กลุ่มควบคุม	๑.๐๔	๐.๒๓			
eGFR			๑.๔๔๒	-๑.๖๑๒	๐.๑๒๑
กลุ่มทดลอง	๔๒.๗๕	๕.๐๓			
กลุ่มควบคุม	๔๖.๗๕	๖.๙๗			
พฤติกรรมการจัดการตนเอง			๐.๒๑๕	๐.๑๘๗	๐.๘๕๔
กลุ่มทดลอง	๒๙.๙๒	๑.๙๘			
กลุ่มควบคุม	๒๙.๗๕	๒.๓๘			

จากตารางที่ ๔-๑๑ พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาก่อนการทดลอง ได้แก่ FBG, HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ ๒๐๑.๐๐, ๑๐.๒๓, ๑๕๑.๕๘, ๘๖.๓๓, ๑.๐๘ และ ๔๒.๗๕ ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาก่อนการทดลอง ได้แก่ FBG,

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ ๑๙๗.๔๒, ๙.๕๓, ๑๔๒.๘๓, ๘๗.๖๗, ๑.๐๔ และ ๔๖.๗๕ ตามลำดับ พบว่าค่า Systolic มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t = ๒.๗๑๓, p-value = ๐.๐๑๔) และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ ๒๙.๙๒ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ ๒๙.๗๕ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ ๔-๑๒ แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษา ค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean	S.D.	F	t	Sig. (๒-tailed)
FBG			๒.๑๓๗	-๑.๙๙๙	๐.๐๕๘
กลุ่มทดลอง	๑๓๖.๘๓	๑๔.๓๒			
กลุ่มควบคุม	๑๕๑.๘๓	๒๑.๖๙			
HbA๑C			๐.๐๑๔	-๕.๖๔๑	๐.๐๐๐
กลุ่มทดลอง	๗.๖๑	๐.๗๖			
กลุ่มควบคุม	๙.๓๗	๐.๗๗			
Systolic			๐.๑๑๕	๒.๗๗๒	๐.๐๑๑
กลุ่มทดลอง	๑๓๐.๓๓	๓.๖๓			
กลุ่มควบคุม	๑๒๖.๔๒	๓.๒๙			
Diastolic			๐.๐๐๙	๑.๘๐๔	๐.๐๘๕
กลุ่มทดลอง	๗๑.๖๗	๒.๓๑			
กลุ่มควบคุม	๖๙.๘๓	๒.๖๖			
Creatinine			๐.๐๙๔	-๕.๓๖๑	๐.๐๐๐
กลุ่มทดลอง	๐.๗๓	๐.๑๓			
กลุ่มควบคุม	๑.๐๓	๐.๑๔			
eGFR			๐.๑๙๓	๑๐.๑๙๔	๐.๐๐๐
กลุ่มทดลอง	๗๘.๕๓	๘.๑๙			
กลุ่มควบคุม	๔๖.๘๓	๗.๐๒			
พฤติกรรมการจัดการตนเอง			๓.๒๕๓	๑๙.๑๔๗	๐.๐๐๐
กลุ่มทดลอง	๕๐.๓๓	๑.๓๐			
กลุ่มควบคุม	๓๒.๔๒	๒.๙๗			

จากตารางที่ ๔-๑๒ พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาหลังการทดลอง ได้แก่ FBG, HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ ๑๓๖.๘๓, ๗.๖๑, ๑๒๖.๔๒, ๖๙.๘๓, ๐.๗๓ และ ๗๘.๕๓ ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาหลังการทดลอง ได้แก่ FBG, HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ ๑๕๑.๘๓, ๙.๓๗, ๑๓๐.๓๓, ๗๑.๖๗, ๑.๐๓ และ ๔๖.๘๓ ตามลำดับ พบว่าค่า HbA๑C, Systolic, Creatinine และ eGFR มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t = -๕.๖๔๑, p-value = ๐.๐๑๑; t = ๒.๗๗๒, p-value = ๐.๐๑๑; t = ๐.๐๙๔, p-value = ๐.๐๐๐; t = ๑๐.๑๙๔, p-value = ๐.๐๐๐) และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ ๕๐.๓๓ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ ๓๒.๔๒ มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ (t = ๓.๒๕๓, p-value = ๐.๐๐๐)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จะเห็นได้ว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค ๕ เอ ร่วมกับการบูรณการแนวคิดการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ ๒ ได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

๑. ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงค่า FBG, HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ในกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่า FBG, HbA๑C มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ (๒๕๖๑) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และมีไตเสื่อมระยะ ๓a จากเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสมและอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ และหลังจากผ่านโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม และอัตราการกรองของไต (GFR) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ และการศึกษาของ อนุ อิสระพานิช และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (๒๕๖๕) ที่ทำการศึกษาสภาพการณ์การดูแลพัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ ผลการศึกษาพบว่า

๒. การจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ ๒ ได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (๑๙๙๑) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองได้โดยวิธีการเตรียมความพร้อมให้กลุ่มทดลองฝึกที่จะกำกับตนเอง (Self-regulation) เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลให้สมรรถภาพได้ดีขึ้น โดยดูจากค่า HbA๑C, Systolic, Diastolic, Creatinine และ eGFR ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยให้กลุ่มทดลองตรวจสอบและบันทึกผลกิจกรรมการจัดการตนเองลงในแบบบันทึกพฤติกรรมทั้งการจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม ๒) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยกลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ และสาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในครั้งต่อไป โดยเลือกหาวิธีที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างไรจึงจะเหมาะสมตามความรู้ที่เคยได้รับมาจากการเตรียมความพร้อม ๓) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) กลุ่มทดลองจะเป็นคนกำหนดการให้รางวัลแก่ตนเองตามความต้องการของตนเองตามแต่ละรายที่ตั้งไว้ การบูรณาการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้เทคนิค ๕ เอ ของ Glasgow et al. (๒๐๐๖) มาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ ๒ ซึ่งจะช่วยเสริมบทบาทให้กับพยาบาลได้ ในการเข้าถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มทดลอง และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข โดยจะเห็นได้จากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นภายหลังได้รับสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยจัดให้มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น มีการสร้างสัมพันธภาพและเกิดความไว้วางใจต่อกันยิ่งขึ้น สามารถประเมินปัญหาของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลได้และกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสะท้อนปัญหาของตนเองและอุปสรรคของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตนเองที่ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล พบว่ามีการเติมเครื่องปรุงทุกครั้งก่อนจะรับประทานอาหารและมีการซื้อน้ำอัดลมแช่ไว้ในตู้เย็นแทนน้ำเปล่า และมีการเก็บยาที่ไม่ถูกวิธีโดยการแกะยาออกจากแผงทิ้งไว้นานๆ ในกล่องพลาสติก และกลุ่มทดลองบางรายเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่รับประทานน้ำพริกกะปิ ทุกวันกับผักต้มเพราะคิดว่าเป็นอาหารสุขภาพซึ่งกะปิเป็นอาหารที่มีโซเดียมสูง โดย ๑ ช้อนชา (๕ กรัม) มีปริมาณของโซเดียม ๓๐๐-๔๐๐ มิลลิกรัม เทียมเท่ากับน้ำปลา ๑ ช้อนชา (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๙) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงช่วยในการสนับสนุนให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองและร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ ตำบลหนองเพรางาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๑ งาน

๕.๒ เชิงคุณภาพ

ค่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ศึกษาหลังการทดลอง มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ($t = ๓.๒๕๓$, p-value = ๐.๐๐๐)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการชะลอการเสื่อมของไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๖.๒ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในช่วงแรกของการดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ในการเข้าทำกิจกรรมกลุ่ม ปกปิดข้อเท็จจริงบางประการ เช่น บันทึกข้อมูลการรับประทานอาหารไม่ตรงกับความเป็นจริง เมื่อดำเนินกิจกรรมไปได้ระยะหนึ่งกลุ่มทดลองมีความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยมากขึ้น ได้รับฟังเรื่องราวจากผู้มีประสบการณ์ตรงมากขึ้น จึงมีการเปิดใจยอมรับ และแจ้งกับผู้วิจัยถึงเหตุการณ์ดังกล่าว

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการดำเนินงานพบว่ากลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองบางคนรู้จักกัน มีการพูดคุยกับกลุ่มทดลอง และมีการสอบถามถึงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรม ส่งผลให้มีกลุ่มควบคุมจำนวนหนึ่งขอทำการย้ายกลุ่มเพื่อเข้าโปรแกรมฯ ด้วย จึงต้องทำการพูดคุย อธิบายทำความเข้าใจแก่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อให้การดำเนินการศึกษาวิจัยสามารถดำเนินการต่อไปได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ นำมาเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนจัดรูปแบบบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมรายอื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อน

๙.๒ พยาบาลควรจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙.๓ ควรมีการศึกษาระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ๖-๑๒ เดือน เพื่อติดตามพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระดับความดันโลหิต ระดับซีรั่มครีเอตินิน ระดับของไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ และอัตราการกรองของไตรวมถึงผลลัพธ์ในการควบคุมโรคอื่นๆ ได้แก่ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมโรค

๙.๔ ควรมีการติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมและมีการศึกษาเปรียบเทียบขยายไปพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)
อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)
๑) นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
๒) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
๓) ..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายประสพ ศรีอินทร์สุทธิ์)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอไทรน้อย
(วันที่) ๙ / ๒๕๖๗ / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มรกตประสิทธิ์พร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) 20 พ.ย. 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วย จำนวน ๔๖๓ ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๕๘ จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๖๒๙ ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ ๓ แสนคนต่อปีและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปพบว่าสถิติผู้เป็นเบาหวาน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีอยู่ร้อยละ ๖.๙ ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘.๙ หรือประมาณ ๔.๘ ล้านคน และผลการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙.๕ ประมาณร้อยละ ๗๐ ของคนที่เป็นเบาหวานยังควบคุมโรคได้ไม่ดี การรักษาโรคเบาหวาน มีทั้งชนิดรับประทานและยาฉีดอินซูลิน โดยผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ จะใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดในการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เมื่อรักษาเป็นระยะเวลานาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ยากขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้ยาฉีดอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การบริหารยาฉีดอินซูลินมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หากผู้ป่วยบริหารยาฉีดได้ถูกต้อง จะมีประโยชน์ในการรักษาสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น ๑๐๕, ๑๑๖, ๑๐๙ และ ๑๐๙ คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน จำนวน ๕ คน จากข้อมูลบันทึกการเก็บอุบัติการณ์ในคลินิกโรคเรื้อรัง เดือนเมษายน ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๕ พบว่าในจำนวนผู้ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งหมดของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือมีผู้ที่มีประวัติฉีดยาผิด ไม่ได้ฉีดยาด้วยตนเอง จำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๑๑ สาเหตุจากฉีดยาอินซูลินเกินกว่าที่แพทย์กำหนด และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๘ มีสาเหตุจากขาดการฉีดยาอินซูลิน ระบบการให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือยังไม่มีการส่งเสริมทักษะการฉีดยาอินซูลินใน ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปแบบชัดเจน มีเพียงการสอนฉีดอินซูลินที่หน้าจุดจ่ายยาโดยเภสัชกรและพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา และจำนวนผู้ป่วยที่รอรับยาจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเวลาไม่เพียงพอใน การฝึกฉีดยา ขาดทักษะในการฉีดยาอินซูลิน เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ไม่กล้าซักถาม และไม่มีระบบการติดตาม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน โดยการส่งเสริมทักษะในด้านต่างๆเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การให้คำแนะนำการใช้ยาเบาหวานโดยการขับเคลื่อนของทีมผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสุขภาพ เน้นรูปแบบการส่งเสริมการฉีดยาที่ถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยการสอนโดยมีอุปกรณ์ช่วยสอน มีการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองได้ดีขึ้น (อัศนี วันชัย, ๒๕๖๔) พฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในการบริหารยาฉีดอินซูลินมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหากผู้ป่วยบริหารยาฉีดได้ถูกต้องจะมี ประโยชน์ในการรักษาสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (สมศักดิ์ วราอัศวปติ, ๒๕๕๘) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรมีความรู้เรื่องการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาฉีดอินซูลิน ได้แก่ กระบอกฉีดอินซูลิน วิธีการเตรียมและการฉีดอินซูลิน

การเก็บรักษาอินซูลินอาการข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้อินซูลิน และควรมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับทักษะการฉีดอินซูลินได้แก่ การเตรียมยา วิธีการฉีดยา ตำแหน่งในการฉีดยาการ เก็บเข็มฉีดยาและอินซูลิน ในด้านการพัฒนาทักษะให้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย เบาหวานต้องการกำลังใจและต้องการความมั่นใจในการฝึกทักษะในเรื่องการฉีดอินซูลินจากบุคลากรทางสุขภาพ (วนิดา เณรานนท์, ๒๕๖๑) จากการวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานผู้เสนอแนวคิดได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีมาตรฐานการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน

แนวความคิด

จากการวิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลิน ผู้เสนอแนวคิดจึงได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิ๊บสัน และแนวคิดวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Educative supportive nursing System) รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแล ตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองโดยมีวิธีการ เน้นการกระทำให้หรือกระทำแทน การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกัน ไม่ให้เกิดความล้มเหลว การสอนเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะและการสร้างสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิ๊บสัน เป็นแนวคิดแบบพลวัต มีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมาย ในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความ ตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ ปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคน และกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมี ส่วนร่วมในการดำเนินการใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณ ในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นและร่วมกันพัฒนา

ข้อเสนอแนวความคิด

ผู้เสนอแนวคิด ได้มีการประยุกต์ตามแนวคิดวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ในการพัฒนาการทำงานเพื่อควบคุมคุณภาพงานให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผู้เสนอแนวคิดได้ประยุกต์ใช้เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย รูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีวงจรเดมมิ่ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง

๒. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง

๓. เป็นแนวทางการให้บริการสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน ทำให้การบริการเป็นขั้นตอนเดียวกัน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ

วิธีดำเนินการ

๑. ขั้นวางแผน (Plan)

ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ และพัฒนารูปแบบเกี่ยวกับการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

๑. กลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการ ได้แก่ บุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพวิชาชีพ ๒ คน เภสัชกร ๑ คน โดยบุคลากรทางสุขภาพร่วมกันสนทนากลุ่มทบทวน กระบวนการสอนการฉีดอินซูลิน ค้นหาปัญหาและความต้องการในการพัฒนา

๒. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน และมีประวัติฉีดยาผิด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีการสนทนากลุ่ม ทบทวนกระบวนการสอนการฉีดอินซูลิน สอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๓. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหา และความต้องการของบุคลากรทางสุขภาพ ทบทวนความรู้จากตำรา เอกสาร งานวิจัย นำมาพัฒนารูปแบบโดยการประยุกต์ใช้

๔. นำร่างแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน เสนอแก่ทีมบุคลากรทางสุขภาพเพื่อรับฟังข้อคิดเห็น และนำไปปรับแก้ไขให้เหมาะสม

๕. อบรมทบทวนพยาบาล ๒ คนในการฝึกฉีดอินซูลิน

๒. ขั้นตอนปฏิบัติ (Do)

ใช้รูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

๑. ใช้เครื่องมือรูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลิน ประกอบด้วย

๑.๑ คู่มือแนวทางปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

๑.๒ จัดทำแผนการสอนทักษะการฉีดอินซูลิน

๑.๓ จัดทำโปสเตอร์เรื่องทักษะการฉีดอินซูลิน

๑.๔ จัดทำไวนิลสอนฉีดยา และหมอนคาดเอวสำหรับฝึกฉีดยา

๑.๕ เตรียมกล่องพลาสติกสำหรับใส่อุปกรณ์การฉีดอินซูลิน

๑.๖ จัดสถานที่สำหรับสอนการฉีดอินซูลินเป็นห้องแยกหรือจัดเป็นสัดส่วน

๒. ประชุมชี้แจงบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับขั้นตอนการใช้รูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นแนวทางเดียวกัน

๓. ทบทวนการใช้ยาฉีดในผู้ป่วยเบาหวาน สังเกตทักษะการฉีดอินซูลิน จัดสอนที่ห้องสำหรับฉีดยาที่เป็นห้องแยก หรือเป็นสัดส่วน โดยใช้แผนการสอนทักษะการฉีดอินซูลิน ใช้ไวนิลสอนฉีดยาประกอบการสอนครอบคลุมการเตรียมยาฉีดอินซูลิน ตำแหน่งการฉีด วิธีฉีด การเก็บเข็มฉีดยา และฝึกปฏิบัติการ ฉีดยาโดยการใช้หมอนคาดเอวที่จัดเตรียมไว้เพื่อใช้ในการฝึกฉีด

๔. มอบกล่องอุปกรณ์การฉีดอินซูลิน และโปสเตอร์การฉีดอินซูลินแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาด้วยยา

๕. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถาม ปัญหา และอุปสรรคในการฉีดยาที่บ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้คำแนะนำหากพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีกระบวนการฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง

๓. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

ตรวจสอบรูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานโดย

๑. นำกระบวนการ รวมทั้งแผนการสอน ไวนิล โปสเตอร์ และหมอนคาดเอวฝึกฉีดยา ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง

๒. นำแผนการสอนที่กำหนดไว้มาทดลองใช้โดยกำหนดเวลา

๓. ร่วมกันประเมินและแก้ไขข้อบกพร่องในจุดต่างๆ

๔. สรุปประเมินผล

๔. ขั้นตอนการปรับปรุง (Act)

๑. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน

๒. วิเคราะห์กระบวนการ ประเมินตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

๓. นำเสนอปัญหา อุปสรรค กับที่ประชุมเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปรับปรุง

กิจกรรม

๑. วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินใน เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ

๒. นำเสนอข้อมูลที่พบในข้อ ๑ กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อระดมสมอง วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา

๓. ประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

๔. ทบทวนความรู้ด้านวิชาการ ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย

๕. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีด

- จัดคู่มือแนวทางปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการ รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน
- จัดทำแผนการสอนทักษะการฉีดอินซูลิน
- จัดทำโปสเตอร์เรื่องทักษะการฉีดอินซูลิน
- จัดทำไวนิลสอนฉีดยา และหมอนคาดเอวสำหรับฝึกฉีดยา
- เตรียมกล่องพลาสติกสำหรับใส่อุปกรณ์การฉีดอินซูลิน
- เตรียมสถานที่สำหรับสอนการฉีดอินซูลินเป็นห้องแยก หรือจัดเป็นสัดส่วน

๖. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

๗. ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

๘. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยา ฉีดอินซูลิน

๙. จัดทำรายงานผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วย ยาฉีดอินซูลิน และนำเสนอต่อทีมสหวิชาชีพ ในคลินิกเบาหวานความดัน โรงพยาบาลส่งเสริมุขภาพตำบลตลาดวัดมะเกลือ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. หากผู้ป่วยเบาหวานมีสายตาพร่ามัว อายุมากทำให้การฉีดยาด้วยตนเองมีความยากลำบาก มีแนวทาง แก้ไขโดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะโดยญาติ ผู้ดูแล หรือ Care giver

๒. กรณีมีผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้ทีมสุขภาพมีการจำกัดด้วยเวลาในการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขโดยให้ผู้ป่วยและญาติมาเรียนรู้การใช้ยาฉีดในวันนัดอื่นที่ไม่ใช่วันนัดของคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้มีเวลาในการสื่อสารสร้างความเข้าใจในกระบวนการดูแลตนเองได้มากขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการฉีดอินซูลิน มีความมั่นใจในการฉีดยาด้วยตนเอง

๒. เป็นแนวทางการให้บริการสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน ทำให้การบริการเป็นขั้นตอนเดียวกัน

๓. ผู้ให้บริการสามารถถ่ายทอดเนื้อหาแก่ผู้รับบริการได้เข้าใจ สามารถเน้นเนื้อหาได้ตรงตามวัตถุประสงค์

๔. ผู้ป่วยเบาหวานเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความร่วมมือภายในกลุ่ม มีการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินมีทักษะการฉีดยาที่ถูกต้องร้อยละ ๑๐๐

๒. ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะ Hypo/Hyperglycemia ร้อยละ ๑๐๐

๓. ระดับความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวเพ็ญศรี กัณฑ์ศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / ตุลาคม /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๐	นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๒๙๗๐	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๑๕๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. องค์ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๒. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๓. การใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๔. บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – ๕ ปี
๕. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ
๖. แนวคิดเทคนิคการระดมความคิดตามกระบวนการ Appreciation Influence Control:A-I-C
๗. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-พ.ศ.๒๕๘๐) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ ๖ ปีแรกของชีวิต ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่เด็กต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กในทุกๆด้าน การพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องได้รับการพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ ๑๕-๒๐ ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า ๕ ปี กว่า ๑ ใน ๔ มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๖)

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๒,๒๕๔๗,๒๕๕๐,๒๕๕๓,๒๕๕๗,๒๕๖๐,และ๒๕๖๔ พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ ๗๑.๗,๗๒.๐,๖๗.๗,๗๓.๔,๗๒.๐,๖๗.๕ และ ๗๐.๓ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ ๘๐-๘๕ ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้ภาษา (Expressive language:EL) ร้อยละ ๗๕.๓ และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) ร้อยละ ๖๑.๓ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง (พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๖) พบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๗ มีแนวโน้มการดำเนินงานทั้งในการคัดกรองพัฒนาการ และการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัย

ล่าช้าภายใน ๓๐ วัน ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งในปี ๒๕๖๔ เกิดจากการแพร่ระบาดขิงเชื้อไวรัสโคโรน่า ๒๐๑๙ ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และการที่เด็กปฐมวัยเข้ารับบริการน้อยทำให้การค้นพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยได้น้อย ขณะที่ในปี ๒๕๖๕ การเข้าถึงระบบคัดกรองและพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า ๒๐๑๙ แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๐) ในปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗ การดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการ การค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย มีการดำเนินงานลดต่ำลงกว่าค่าเป้าหมาย

การขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ในปี ๒๕๖๗ เน้นการเข้าถึงบริการให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ โดยผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยครูผู้ดูแลเด็กผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในระดับจังหวัด และบุคลากรพยาบาลในแผนกหลังคลอดให้มีการสอนสาธิตและส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) ซึ่งจะช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย ซึ่งผลการดำเนินงานระดับเขต ในปี ๒๕๖๗ พบว่า ภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๘.๔ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๖) เมื่อพิจารณารายเขต พบว่า ผลการดำเนินงานด้านความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการ ทั้ง ๑๒ เขต และภาพรวมของประเทศต่ำกว่าเป้าหมาย ในขณะที่การดำเนินงานการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเข้ารับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายในระยะเวลา ๓๐ วัน (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕ เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ร้อยละ๙๐ และ ร้อยละ ๒๐ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) ของจำนวนเด็กทั้งหมด ต้องมีพัฒนาการสมวัย ในปี พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการประเมินตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด ถึง ๕ ปี โดยกำหนดให้เด็กในกลุ่มเป้าหมายหลัก อันประกอบด้วยช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ต้องไดรับการคัดกรองพัฒนาการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในระดับจังหวัดนนทบุรีได้คัดกรองเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด-๕ ปี ร้อยละ ๓๙.๗ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๖.๓๓ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๘.๔๙ และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที จำนวน ๑๘ ราย ในระดับอำเภอบางกรวย ได้คัดกรองเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด-๕ ปี ร้อยละ ๔๑.๐๒ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๖.๔๘ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๑.๐๗ และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที จำนวน ๑ ราย (ระบบ Health Data Center นนทบุรี, ๒๕๖๗)

สถานการณ์พัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จากการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี พบว่า เด็กปฐมวัยช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๘๗.๑๖ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๖๐.๑๔ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๑.๐๑ (ระบบ Health Data Center นนทบุรี, ๒๕๖๗) เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง กับค่าตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จะเห็นได้ว่ามีการตรวจคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเกณฑ์ จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้น การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญในการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอ และกิจกรรมการติดตาม และส่งต่อขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง พบว่า การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามตัวชี้วัด และส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ของผู้มีหน้าที่ส่วนหนึ่งในงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่และเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

คำถามของการวิจัย

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี เป็นอย่างไร

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมุ่งศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ

๑. ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ ๒,๕,๖ และ ๗ ตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๕๐ คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

๒. ขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี การออกแบบและทดลองใช้รูปแบบการสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการประเมินผลการใช้รูปแบบ

๓. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ - ตุลาคม ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และสภาพปัญหาด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๓. เพื่อประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้นและสรุปรูปแบบที่ได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. มีรูปแบบการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๒. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากขึ้น

๓. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนสามารถปฏิบัติตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ถูกต้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทราบข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน สภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. ได้รูปแบบแนวทางการดำเนินงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อพิจารณาในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๓. หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในการดำเนินงาน หรือพัฒนางาน

๔. หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนครั้งนี้ ไปดำเนินงานหรือปรับปรุงการดำเนินงาน หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น หรืองานอื่นได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเก็บข้อมูลใช้เวลานานเนื่องจากข้อคำถามมีหลายข้อ และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้การสื่อสารหรือการฟังข้อคำถามเป็นไปด้วยความยากลำบาก ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้มีการฝึกปฏิบัติในการตรวจคัดกรองพัฒนาการทำให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุเข้าใจได้ยาก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ชุดอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มีไม่เพียงพอสำหรับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก การเก็บข้อมูลเกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายให้ครบทุกคนทำให้ต้องใช้เวลามาก และผู้เข้าร่วมวิจัยมาไม่ต้องนัดหมายต้องมีการโทรติดตามและเน้นย้ำให้มาร่วมกิจกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยมีรูปแบบให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในเรื่องของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าควรนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย นำไปบูรณาการดำเนินร่วมกันในผู้ปกครอง ครูศูนย์เด็กเล็ก และครูอนุบาล เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมและตรวจคัดกรองพัฒนาการได้ครอบคลุม หากพบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าเด็กจะได้รับการกระตุ้น หรือได้รับการดูแลรักษาในกรณีที่มีความผิดปกติได้ทัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายนพรุจ ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางกรวย

(วันที่) ...๙.../ ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มาลประสิทธิ์พร)

(.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.....)

(ตำแหน่ง).....

(วันที่) ...../ 20 พ.ย. 2567.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๒,๒๕๔๗,๒๕๕๐,๒๕๕๓,๒๕๕๗,๒๕๖๐,และ๒๕๖๔ พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ ๗๑.๗,๗๒.๐,๖๗.๗,๗๓.๔,๗๒.๐,๖๗.๕ และ ๗๐.๓ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ ๘๐-๘๕ ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้ภาษา (Expressive language:EL) ร้อยละ ๗๕.๓ และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language: RL) ร้อยละ ๖๑.๓ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง (พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๖) พบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๗ มีแนวโน้มการดำเนินงานทั้งในการคัดกรองพัฒนาการ และการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน ๓๐ วัน ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งในปี ๒๕๖๔ เกิดจากการแพร่ระบาดขิงเชื้อไวรัสโคโรน่า ๒๐๑๙ ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และการที่เด็กปฐมวัยเข้ารับบริการน้อยทำให้การค้นพบเด็กมีพัฒนาการสมวัยได้น้อย ขณะที่ในปี ๒๕๖๕ การเข้าถึงระบบคัดกรองและพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า ๒๐๑๙ แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๐)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕ เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ร้อยละ๙๐ และ ร้อยละ ๒๐ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) ของจำนวนเด็กทั้งหมด ต้องมีพัฒนาการสมวัย ในปี พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการประเมินตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด ถึง ๕ ปี โดยกำหนดให้เด็กในกลุ่มเป้าหมายหลัก อันประกอบด้วยช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ต้องไดรับการคัดกรองพัฒนาการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ในระดับจังหวัดนนทบุรีได้คัดกรองเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด-๕ ปี ร้อยละ ๓๙.๗ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๖.๓๓ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๘.๔๙ และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที จำนวน ๑๘ ราย ในระดับอำเภอบางกรวย ได้คัดกรองเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด-๕ ปี ร้อยละ ๔๑.๐๒ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๖.๔๘ มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๑.๐๗ และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที จำนวน ๑ ราย (ระบบ Health Data Center นนทบุรี, ๒๕๖๗)

สถานการณ์พัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จากการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แบบประเมินคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๕ ปี พบว่า เด็กปฐมวัยช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๘๗.๑๖ มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ ๖๐.๑๔ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๑.๐๑ (ระบบ Health Data Center นนทบุรี, ๒๕๖๗) เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง กับค่าตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จะเห็นได้ว่ามีการตรวจคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเกณฑ์ จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้น การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง พบว่ากิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมในเด็กกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญในการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) ไม่เพียงพอ และกิจกรรมการติดตาม และส่งต่อขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน รวมไปถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้การดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กในพื้นที่ตำบลบางคูเวียง พบว่า การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามตัวชี้วัด และส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย ดังนั้นในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำงานใกล้ชิดกับเด็กปฐมวัยในชุมชนจึงสนใจพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ของผู้มีหน้าที่ส่วนหนึ่งในงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการแก้ปัญหาของพื้นที่และเกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

แนวความคิด

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

พัฒนาการเป็นความเปลี่ยนแปลงของเด็กตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้สังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กจะเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยซึ่งอาจทำให้ความเร็วช้าของพัฒนาการแต่ละด้านและรายละเอียดของพัฒนาการบางด้านมีความเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต แต่เนื่องจากพื้นฐานของความเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานของร่างกายและสมองของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ยังคงเป็นทิศทางและขั้นตอนเช่นเดิมพัฒนาการเด็กจึงยังคงมีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกับพัฒนาการของเด็กในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ในภาพรวมได้ ๓ กลุ่ม (Levine & Munsh, ๒๐๑๖) คือ

๑. พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical development) พัฒนาการทางด้านร่างกายครอบคลุมความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ได้แก่การเจริญเติบโต การทรงตัว การเคลื่อนไหวการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการทางโครงสร้างของสมองระบบการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย

๒. พัฒนาการทางด้านภาษาและสติปัญญา (Language and cognitive development) พัฒนาการทางด้านภาษาเกี่ยวข้องกับความเข้าใจทางภาษาและการสื่อสารโดยพัฒนาสอดคล้องไปกับพัฒนาการด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นความเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความเข้าใจและเหตุผลต่อสิ่งที่ผ่านเข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก ซึ่งครอบคลุมถึงการสั่งสมความรู้หรือประสบการณ์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

๓. พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคม (Social emotional development) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้เด็กเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

จากพัฒนาการ ๓ กลุ่มที่กล่าวถึงเพื่อให้เห็นขั้นตอนของพัฒนาการแต่ละด้านอย่าง เป็นรูปธรรม จึงได้แบ่งพัฒนาการออกเป็น ๕ ด้าน (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ และดุษฎี เงินหลั่งทวี, ๒๕๖๑) ได้แก่

๑. พัฒนาการด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว (Gross Motor Development) เป็นความสามารถของร่างกายที่ครอบคลุมทั้งความสามารถในการทรงตัว การเคลื่อนไหวและ ท่าทางของเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของระบบประสาทเป็นอย่างมาก พัฒนาการด้านนี้ เกี่ยวข้องกับการท างานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อลำตัว และกล้ามเนื้อขาโดยมีทิศทาง เป็นลำดับต่อเนื่องเหมือนกันในเด็กทุกรายจากศีรษะลงสู่เท้า และจากส่วนกลางของร่างกายไปยัง ส่วนปลายแต่อาจมีอัตราเร็วช้าแตกต่างกันในเด็กแต่ละคน เช่น เด็กทุกคนจะมีลำดับของ พัฒนาการ คือ เด็กเริ่มมีการเคลื่อนไหวตั้งแต่อายุ ๗ เดือนในครรภ์มารดาและเคลื่อนไหวแบบ ตอบสนองอัตโนมัติตอนหลังคลอด ขวบปีแรกเด็กพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวอย่างมากจากการเคลื่อนไหวในแนวระนาบ มาเป็นการเคลื่อนไหวแนวตั้ง และอาจมีความแตกต่างกันในความเร็ว หรือช้าของแต่ละระดับ เช่น ในทุกคนจะสามารถชันคอได้ก่อนทีจะนั่ง ยืน เดิน กระโดด ตามลำดับ เด็กสามารถเริ่มชันคอได้ตั้งแต่อายุ ๑ เดือนจนถึง ๓ เดือน เป็นต้น (Shultz & Blasco, ๒๐๑๑)

การเคลื่อนไหวจากเพียงในระนาบมาเป็นสามารถเคลื่อนไหวในแนวตั้งได้ ประกอบด้วยพัฒนาการที่สำคัญ ๓ ประการ (Augustyn, Frank & Zuckerman, ๒๐๐๙) คือ ๑) การควบคุมสมดุลของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการงอและยืดหรือเหยียด ๒) การลดลงของ การเคลื่อนไหวจากการตอบสนองแบบอัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิด ๓) พัฒนาการของทักษะการทรง ตัวและการตอบ สนองเพื่อปกป้องตัวเอง แรกเกิดการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการตอบสนองแบบ อัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิดบางชนิดจะยังคงอยู่เพื่อช่วยในการอยู่รอด (Thorn, ๒๐๑๘) แต่เมื่ออายุ ประมาณ ๔ - ๖ เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการพัฒนาของระบบประสาทมากขึ้น การเคลื่อนไหวจากปฏิกิริยาตอบสนองแบบอัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิดเริ่มหายไป ระหว่างอายุ ๓-๔ เดือน ทำให้เด็กสามารถควบคุมกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของตนเองได้ตามความต้องการ และเฉพาะเจาะจง เช่น เด็กจะสามารถคว้าของ หรือพลิกตัวได้ การตอบสนองเพื่อปกป้องตนเองเริ่มพัฒนา และการควบคุมการทรงตัวทำได้ดีขึ้น จึงสามารถประคองเด็กอายุ ๖ เดือนให้นั่งได้ และเมื่อโน้มตัวไปด้านหน้าเด็กจะสามารถยื่นมือออกมาค้ำยันเพื่อไม่ให้ล้มได้ต่อจากนั้นจะพัฒนาต่อเนื่อง จนสามารถยืนได้ในช่วงปลายขวบปีแรก เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะกล้ามเนื้อมัดใหญ่พัฒนาความแข็งแรงไปพร้อมกับความสามารถด้านการทรงตัวและการทำงานที่ร่วมประสานกับระบบประสาท ทำให้เด็กวัยเตาะแตะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวให้เห็นชัดเจนมากขึ้น เช่น เปลี่ยนแปลงลักษณะการเดินจากการเดินแบบฐานกว้างและไม่เป็นเส้นตรงเป็นการเดินแบบฐาน แคบและเป็นเส้นตรงมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยก่อนเรียนเด็กจะพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การวิ่ง หรือกระโดด (Feigelman, ๒๐๑๖)

การประเมินพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวนอกจากจะประเมินว่าเป็นไปตามวัยหรือไม่ ควรจะมีปฏิกิริยาตอบสนองแบบอัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิด และการทำงานของระบบประสาทควบคู่กันไปด้วย หากพบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของปฏิกิริยาตอบสนองแบบ อัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิดการตอบสนองเพื่อปกป้องตัวเองไม่เป็นไปตามวัย ความสมดุลของการทำงานระหว่างสมองซีกซ้ายและขวาของลำตัว หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ปกติ อาจบ่งบอกถึงความผิดปกติของร่างกายที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านนี้ได้

๒. พัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor development) เกี่ยวข้องกับการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็กในที่มีการทำงานประสานร่วมกันกับการมองเห็น เช่น กล้ามเนื้อมือกล้ามเนื้อตาและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดและกลืน พัฒนาการของการใช้กล้ามเนื้อมือเริ่มจากการตอบสนองแบบอัตโนมัติที่มีมาแต่กำเนิด ซึ่งเป็นการกำมือเมื่อมีวัตถุมาสัมผัสที่อุ้มมือ ช่วงแรกเกิดเด็กยังไม่สามารถกางมือเพื่อปล่อยวัตถุได้ด้วยตนเอง ทำให้

มีข้อจำกัดในการใช้มือ แต่เมื่ออายุ ๒ ถึง ๓ เดือน เด็กจะสามารถเอามือมาจับกันตรงกลางลำตัวได้ ช่วงนี้กล้ามเนื้อตาและกล้ามเนื้อมือสามารถทำงานประสานกันได้ดีขึ้น จึงเริ่มมองตามและเอื้อมมือคว้าของใกล้ตัวได้ หลังจากที่อายุ ๓ ถึง ๖ เดือนเด็กจะสามารถกางมือออกเพื่อกำวัตถุ เมื่อมีวัตถุมาสัมผัสมือโดยไม่ต้องสัมผัสที่อุ้งมือเหมือนในช่วงแรกเกิด ต่อมาเด็กจะสามารถหยิบโดยใช้อุ้งมือและนิ้วในลักษณะกำทั้งมือ ที่อายุ ๔ เดือน หลังอายุ ๖ เดือนไปแล้วเด็กสามารถกางมือเพื่อเตรียมตัวหยิบสิ่งของได้ก่อนที่จะสัมผัสกับสิ่งของนั้นแต่ยังไม่สามารถจัดรูปแบบของความเหมาะสมกับสิ่งของที่จะหยิบจับได้ ที่อายุ ๗ เดือนเด็กจะใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่นช่วยในการหยิบของชิ้นใหญ่ ก่อนที่เด็กจะใช้ นิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่นในการหยิบของชิ้นเล็กได้ เมื่อประมาณ ๙ เดือน จนเมื่ออายุ ๑ ปี เด็กจะสามารถจัดรูปแบบมือเพื่อหยิบจับวัตถุได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เช่น การหยิบจับของชิ้นเล็กด้วย นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้แทนการกำทั้งมือเหมือนในช่วงก่อนหน้านี้ ทำให้การหยิบจับวัตถุมี ความประณีตเหมาะสมมากขึ้นตามวัย เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะความสามารถในการใช้มือและ การขยับข้อมือดีขึ้น เด็กจึงสามารถเรียงก้อนไม้เป็นชั้นได้ ใช้ช้อนตักข้าวได้ ใช้ดินสอวาดเส้น รูปต่าง ๆ รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวันตามวัยได้ ที่อายุ ๓ ถึง ๕ ปีทักษะด้านการวาดรูปจะพัฒนาขึ้นอย่างมาก เด็กจะสามารถวาดรูปทรงเรขาคณิต วาดรูปคนและใช้กรรไกรได้คล่องขึ้น ทักษะเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานของการเขียนหนังสือเมื่อเข้าสู่วัยเรียนต่อไป ส่วนเด็กที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือต่อต้านการวาดรูปตามวัยจำเป็นต้องได้รับการประเมินว่าเด็กมีพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กบกพร่องหรือไม่ (Illingworth, Nair & Russell, ๒๐๑๓; Noritz & Murphy, ๒๐๑๓)

๓. พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาและการสื่อสาร (Receptive and Expressive Development) เป็นความสามารถในความเข้าใจ และสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษากาย ซึ่งทักษะด้านนี้จะมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญาและสังคม พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา และการสื่อสารแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มด้วยกัน (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ และดุษฎี เงินหลั่งทวี, ๒๕๖๑) คือ

๓.๑ ความเข้าใจภาษา (Receptive language) ทารกสามารถได้ยินเสียง และตอบสนองต่อเสียงตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จำเสียงมารดา หรือคุ้นเคยได้ตั้งแต่อายุ ๒ ถึง ๓ เดือน ที่อายุ ๔ ถึง ๖ เดือนสามารถจดจำแยกแยะสำเนียงภาษาแม่ได้ และจะแสดงออกถึงความสามารถในการเข้าใจภาษาโดยการหันตามเสียงเรียกที่อายุ ๙ เดือนและเข้าใจความหมายของคำสั่งง่าย ๆ เช่น บ๊าย บาย หรือ หยุด อายุ ๑๕ เดือนจะเข้าใจความหมายของคำศัพท์ประมาณ ๑๕๐-๒๐๐ คำ หลังจากนั้นเด็กจะพัฒนาความสามารถในการจดจำและเข้าใจภาษาที่ซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้นตามอายุ

๓.๒ การใช้ภาษา (Expressive language) ช่วง ๓ เดือนแรก ทารกจะเริ่มส่งเสียง อ้อแอ้ได้ จากนั้นที่อายุ ๔ ถึง ๕ เดือนเริ่มส่งเสียงเป็นเสียงพยัญชนะที่สอดคล้องกันซ้ำๆ และเลียนแบบเสียงผู้อื่นที่อายุ ๖ เดือน ต่อจากนั้นจะมีการส่งเสียงประหลาดสลับกับพยัญชนะเป็นประโยคยาวขึ้นโดยมีลักษณะเหมือนภาษาต่างดาว ที่เรียกว่า Jargon เมื่ออายุ ๙ ถึง ๑๒ เดือน ช่วงนี้เด็กจะสามารถแสดงภาษาได้เพื่อสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตนเอง เช่น พยักหน้าหรือส่ายหน้า การแสดงออกทางภาษากายและความเข้าใจภาษาจะพัฒนามาก่อนที่เด็กจะสามารถพูดได้ เมื่ออายุ ๑ ปี เด็กจึงจะเริ่มพูดคำที่มีความหมายการพัฒนาภาษาพูด ช่วงแรกจากค่อยเป็นค่อยไป สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการพัฒนาด้านนี้มาก ดังนั้นควรเน้นย้ำครอบครัวถึงการส่งเสริมภาษาด้วยการพูดคุยโต้ตอบกับเด็กอย่างเหมาะสม เช่น อ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังจะช่วยให้พัฒนาการด้านนี้มีความก้าวหน้าได้อย่างมาก

๔. พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development) พัฒนาการทางด้านสติปัญญาเป็นพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจและความคิดอันเป็นเหตุเป็นผลเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม (Mitchell & Ziegler, ๒๐๑๓) ช่วง ๒ ปีแรกของชีวิตอาจสังเกตความสามารถด้านสติปัญญาได้ไม่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการด้านอื่น เนื่องจากพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กในช่วงแรกนี้ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมผ่านระบบประสาทสัมผัส ตามพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กแนวคิดความฉลาดทางสติปัญญา เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความสามารถประเมินได้จากการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของเด็ก ซึ่งช่วยสะท้อนให้เห็นกระบวนการคิดและพัฒนาการทางสติปัญญาในเวลานั้น และเมื่อพัฒนาต่อไปจะสามารถต่อยอด

ความสามารถของเด็กได้ พัฒนาการทางด้านสติปัญญาตาม ทฤษฎีของ PI AGET แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ (Mitchell, ๒๐๑๓) ได้แก่

๔.๑ Sensorimotor stage ระยะนี้เป็นระยะที่เด็กพัฒนาทักษะด้านสติปัญญา ผ่านการรับรู้ที่สัมผัสได้ด้วยตัวเอง เมื่อเด็กได้ปฏิบัติเองจะนำไปสู่ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของสิ่งรอบตัว ระยะนี้รูปแบบพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กมีอยู่ ๔ ลักษณะ คือ ๑) พัฒนาจากการตอบสนองแบบอัตโนมัติสู่กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายมากขึ้น ๒) เริ่มเรียนรู้ความต้องการพื้นฐานของตัวเองไปสู่สิ่งแวดล้อม ๓) พัฒนาจากการเคลื่อนไหวของร่างกายไปสู่การเรียนรู้สิ่งรอบตัว ๔) พัฒนาความเข้าใจความคงอยู่ของวัตถุ เด็กเรียนรู้ต่อยอดจากการตอบสนองอัตโนมัติ เช่นการดูดที่เกิดขึ้นเมื่อริมฝีปากสัมผัสกับหัวนมแม่ พัฒนาไปสู่การเตรียมปากเพื่อดูดนม เมื่อแม่อุ้มเข้าสู่อ้อมกอดในท่าพร้อมจะให้นม ช่วงแรกเด็กต้องการเพียงการตอบสนองต่อการกิน อยู่หลับ นอน แต่เมื่อเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้น สายตามองเห็นได้ไกลพร้อมกับแขน และมือทำงานได้ดีขึ้น เด็กจะเริ่มเรียนรู้ด้วยการสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนเกิดความเข้าใจ และยังสามารถเข้าใจบทบาทหน้าที่ของสิ่งของรอบตัวที่ซับซ้อนมากขึ้น สะท้อนให้เห็นผ่านการเรียน เล่น ช่วงท้ายของระยะนี้เด็กสามารถจดจำและนำความจำที่มีอยู่มาประยุกต์เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันได้ (Gillbrand, Lam & O'Donnell, ๒๐๑๖)

๔.๒ Preoperational stage (อายุ ๒ ถึง ๗ ปี) ระยะนี้เป็นการพัฒนาไปสู่ความเข้าใจในมุมมอง หรือความคิดของคนอื่น เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะนี้เด็กยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากยังไม่เข้าใจมุมมองและความคิดของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเอง และเด็กในระยะนี้มีพัฒนาการด้านความจำที่ดีจนสามารถจดจำและบรรยายสิ่งที่ตนเองมองเห็น ระยะนี้เด็กเข้าใจสิ่งรอบตัวอย่างผิวเผินผ่านการมองเห็นและสัมผัส รวมถึงกระบวนการแก้ไขปัญหายังไม่อยู่บนพื้นฐานของเหตุและผล ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่ตามมาจากการกระทำของตนเองได้ จึงทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ต่อการอดทนรอคอยและปฏิบัติตามกฎระเบียบ นอกจากนี้เด็กในช่วงนี้ยังเข้าใจว่าทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวมีชีวิต (Bargin, ๒๐๑๒)

๔.๓ Concrete operational stage (อายุ ๗ ถึง ๑๒ ปี) ระยะนี้เป็นระยะที่เรียกว่าระยะของความคิดที่เป็นรูปธรรม เด็กช่วงนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการใช้เหตุผลแก้ปัญหาได้ดีและชัดเจนขึ้น เช่น สามารถเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก หรือจากมากไปหาน้อยจัดหมวดหมู่ของสิ่งที่มีความเหมือน และสามารถเรียนรู้การคำนวณทางคณิตศาสตร์ที่มีความซับซ้อนแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ของจำนวนและตัวเลข โดยนอกจากบวกเลขได้แล้วยังสามารถนำผลที่ได้กลับมาคำนวณต่อด้วยการลบได้อีกด้วย เหตุผลที่เด็กนำมาใช้แก้ปัญหาในระยะนี้เป็นสิ่งที่สัมผัสได้หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อนยัง ไม่สามารถวางแผนแก้ปัญหา และการสร้างสมมติฐานที่หลากหลายจากความคิดหรือคาดการณ์ ถึงผลที่เกิด ขึ้นตามมาได้ด้วยตนเอง ช่วงนี้เด็กสามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง ของสิ่งรอบตัวที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างของสิ่งรอบตัวที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในมวลรูปร่าง รูปลักษณ์ หรือรูปทรง (Bargin, ๒๐๑๒b)

๔.๔ Formal operational stage (อายุ ๑๒ ถึง ผู้ใหญ่) ระยะสุดท้ายนี้เป็นระยะที่เด็กต้องพัฒนาจากความเข้าใจสิ่งที่เป็นรูปธรรม ในระยะก่อนหน้ามาเป็นเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม ซึ่งไม่สามารถมองเห็นหรือสัมผัสได้ชัดเจน เช่น สามารถคาดการณ์ผล ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองหรือผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องเคยผ่านประสบการณ์ด้วยตนเองมาก่อน พัฒนาการเหล่านี้นำมาซึ่งความสามารถในการคิดและตัดสินใจวางแผนหรือแก้ปัญหาด้วยข้อมูลรอบด้านอย่างเป็นระบบมากขึ้น

๕. พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม (Social emotional development) พัฒนาการด้านนี้เป็นความสามารถของเด็กที่จะเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น รู้จักควบคุมอารมณ์ และการกระทำของตนเองเพื่อให้สามารถปรับตัวใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น การฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ทักษะการควบคุมตนเอง ตามบรรทัดฐานของครอบครัวและสังคมในช่วงต้นของชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สม่ำเสมอและมั่นคงปลอดภัย นอกจากจะ

เป็นการส่งเสริมขั้นพื้นฐานที่สำคัญยังส่งผลต่อพัฒนาการ ทักษะด้านภาษาและสติปัญญาให้กับเด็กด้วย (Levine & Munsh, ๒๐๑๖) เนื่องจาก ช่วง ๑๘ เดือนแรกเป็นช่วงที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมพัฒนาเร็วกว่าสมองส่วนที่ควบคุมพัฒนาการด้านภาษาและสติปัญญา และต้องอาศัยพื้นฐานจากการพัฒนาด้านทางด้านอารมณ์และสังคมร่วมด้วย (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ และดุษฎี เงินหลั่งทวี, ๒๕๖๑)

แนวคิดวงจรการควบคุมคุณภาพ หรือวงจร เดมมิ่ง (Deming Cycle) PDCA

วงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA Cycle) หรือ วงจรเด็มมิ่ง (Deming Cycle) คือ แนวคิดการพัฒนาการทำงานเพื่อควบคุมคุณภาพงานให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พัฒนามาจากแนวคิดของ วอล์ทเตอร์ ชิวฮาร์ท (Walter Shewhart) นักสถิติในงานอุตสาหกรรม ต่อมาแนวคิดนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอดวาร์ด เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) นักจัดการบริหารคุณภาพ ได้นำเสนอและเผยแพร่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดีขึ้น ซึ่งจะใช้ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการทำงานโดยพนักงาน จนเป็นที่รู้จักกันในชื่อว่า วงจรเด็มมิ่ง หรือวงจร PDCA

แนวคิดวงจร PDCA เป็นแนวคิดที่ง่ายไม่ซับซ้อน สามารถนำไปใช้ได้ในเกือบจะทุกกิจกรรม จึงทำให้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากขึ้นทั่วโลก PDCA เป็นอักษรนำของภาษาอังกฤษ ๔ คำคือ

๑. **การวางแผน (Plan)** คือ การวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิด การทำงานที่ได้ผลงาน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การพัฒนาสิ่งใหม่ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน มีส่วนที่สำคัญเช่น การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการ และกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การวางแผนที่ดีควรต้องเกิดจากการศึกษาที่ดี มีการวางแผนไว้รัดกุมรอบคอบปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของงานและเหตุการณ์ แผนที่ได้ต้องช่วยในการคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ การวางแผนควรมีการกำหนด

- การกำหนดเป้าหมาย
- วัตถุประสงค์
- กำหนดผู้รับผิดชอบ
- ระยะเวลาดำเนินการ
- งบประมาณที่กำหนด
- มีการเสนอเพื่อขออนุมัติก่อนดำเนินการ

๒. **ปฏิบัติตามแผน (Do)** คือ การดำเนินการเพื่อให้ได้ตามแผนที่มีการกำหนดไว้ อาจมีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับการดำเนินการเช่น คณะกรรมการ ฯลฯ กำหนดวิธีในการดำเนินงานขั้นตอน ผู้ดูแลรับผิดชอบ ผู้ตรวจสอบและทำการประเมินผล การปฏิบัติการควรมี

- มีคณะทำงานคอยควบคุม กำหนดนโยบาย ติดตามตรวจสอบการทำงาน
- มีการกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจน
- มีวิธีการดำเนินการที่สามารถดำเนินการได้จริง ไม่ยากจนเกินความสามารถของผู้ที่จะทำ
- มีผู้รับผิดชอบดำเนินการที่ชัดเจน เพียงพอ
- มีระยะเวลาที่กำหนดที่เหมาะสม
- มีงบประมาณในการทำงาน

๓. **ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check)** คือ ขั้นตอนที่เริ่มเมื่อมีการดำเนินโครงการตามข้อ ๒ ควรจะต้องทำการประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ อาจประเมินในส่วน การประเมินผลงานการดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินตามขั้นตอน และการประเมินผลงานตามเป้าหมายของแผนงานที่ได้มีการกำหนดไว้ ในการประเมินนี้เราอาจสามารถทำได้เองโดยใช้คณะกรรมการที่รับผิดชอบในแผนการดำเนินงานภายในเป็นการประเมินตนเอง แต่การใช้คนภายในอาจทำให้ขาดความน่าเชื่อถือหรือ

ประเมินผลได้ไม่เต็มที่ จะดีหากมีการตั้งคณะประเมินจากภายนอกมาช่วย เพราะน่าจะได้ผลการประเมินที่ดีกว่าทีมงานภายใน เพราะอาจมีปัญหาช่วยกันประเมินผลให้ดีเกินจริง ซึ่งมีประเด็นที่พิจารณา คือ

ที่	ปัจจัย/สาเหตุ	ประเด็นการพิจารณา
๑.	งบประมาณ	๑. เพียงพอหรือไม่ ๒. เหมาะสมหรือไม่
๒.	พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน	๑. มีความรู้ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงานหรือไม่ ๒. ให้ความสนใจกับงานที่ทำหรือไม่ ๓.มีการตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติงานในระหว่างปฏิบัติงาน ดีเพียงใด ๔.มีการจัดลำดับความสำคัญของงานหรือไม่
๓.	ผู้บังคับบัญชา/ผู้สนับสนุน (หน่วยงาน/ส่วนราชการ)	๑. ให้การสนับสนุนงบประมาณ/ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ ๒. มีการถ่ายทอดองค์ความรู้/พัฒนาบุคลากรในสังกัดหรือไม่
๔.	ลักษณะงาน/กระบวนงาน	๑. กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพหรือไม่ ๒. การลำดับขั้นตอนการทำงานที่กำหนดมีความเหมาะสมหรือไม่ ๓. ปริมาณงานที่กำหนดแต่ละบุคคลมีความเหมาะสมหรือไม่ ๔. ทันตามกำหนดเวลาหรือไม่
๕	เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์	๑.มีเพียงพอและทันสมัยหรือไม่ ๒.มีการจัดเก็บและบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน หรือไม่

แนวทางที่จะใช้ในการประเมิน

- กำหนดวิธีการประเมินแยกให้ชัดเจนสามารถทำได้ง่าย
- มีรูปแบบการประเมินตรงกับเป้าหมายในงานที่ทำ
- มีคณะผู้จะเข้าทำการประเมินที่มีความรู้เพียงพอ
- แนวคำตอบผลของการประเมิน ต้องสามารถตอบโจทย์และตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้
- เน้นการประเมินปัญหา / จุดอ่อน / ข้อดี / จุดแข็ง ที่มีในการดำเนินการ

๔. **ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง (Act)** คือ การนำผลประเมินที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาแผน ในการปรับปรุงต่อไป ในส่วนนี้ควรจะเสนอแนะปัญหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาระบบที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีกไม่มีที่สิ้นสุด

- ทำการระดมสมอง เพื่อหาทางแก้ไข ปัญหา / จุดอ่อน / ข้อดี / จุดแข็ง ที่พบ ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น
- นำผลที่ได้จากการระดมสมองเสนอผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาใช้วางแผนต่อไป
- กำหนดกลยุทธ์ในการจัดทำแผนครั้งต่อไป
- กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานครั้งต่อไป

การพัฒนาระบบ PDCA เป็นการปรับปรุงพัฒนาระบบงานที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก โดยควรจะมีการดำเนินการต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด จึงเป็นที่มาขอแนวคิดการควบคุมคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง

ประเมินผลได้ไม่เต็มที่ จะดีหากมีการตั้งคณะประเมินจากภายนอกมาช่วย เพราะน่าจะได้ผลการประเมินที่ดีกว่าทีมงานภายใน เพราะอาจมีปัญหาช่วยกันประเมินผลให้ดีเกินจริง ซึ่งมีประเด็นที่พิจารณา คือ

ที่	ปัจจัย/สาเหตุ	ประเด็นการพิจารณา
๑.	งบประมาณ	๑. เพียงพอหรือไม่ ๒. เหมาะสมหรือไม่
๒.	พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน	๑. มีความรู้ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงานหรือไม่ ๒. ให้ความสนใจกับงานที่ทำหรือไม่ ๓.มีการตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติงานในระหว่างปฏิบัติงาน ดีเพียงใด ๔.มีการจัดลำดับความสำคัญของงานหรือไม่
๓.	ผู้บังคับบัญชา/ผู้สนับสนุน (หน่วยงาน/ส่วนราชการ)	๑. ให้การสนับสนุนงบประมาณ/ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ ๒. มีการถ่ายทอดองค์ความรู้/พัฒนาบุคลากรในสังกัดหรือไม่
๔.	ลักษณะงาน/กระบวนงาน	๑. กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพหรือไม่ ๒. การลำดับขั้นตอนการทำงานที่กำหนดมีความเหมาะสมหรือไม่ ๓. ปริมาณงานที่กำหนดแต่ละบุคคลมีความเหมาะสมหรือไม่ ๔. ทันตามกำหนดเวลาหรือไม่
๕	เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์	๑.มีเพียงพอและทันสมัยหรือไม่ ๒.มีการจัดเก็บและบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน หรือไม่

แนวทางที่จะใช้ในการประเมิน

- กำหนดวิธีการประเมินแยกให้ชัดเจนสามารถทำได้ง่าย
- มีรูปแบบการประเมินตรงกับเป้าหมายในงานที่ทำ
- มีคณะผู้จะเข้าทำการประเมินที่มีความรู้เพียงพอ
- แนวคำตอบผลของการประเมิน ต้องสามารถตอบโจทย์และตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้
- เน้นการประเมินปัญหา / จุดอ่อน / ข้อดี / จุดแข็ง ที่มีในการดำเนินการ

๔. **ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง (Act)** คือ การนำผลประเมินที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาแผน ในการปรับปรุงต่อไป ในส่วนนี้ควรจะเสนอแนะปัญหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาระบบที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีกไม่มีที่สิ้นสุด

- ทำการระดมสมอง เพื่อหาทางแก้ไข ปัญหา / จุดอ่อน / ข้อดี / จุดแข็ง ที่พบ ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น
- นำผลที่ได้จากการระดมสมองเสนอผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาใช้วางแผนต่อไป
- กำหนดกลยุทธ์ในการจัดทำแผนครั้งต่อไป
- กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินงานครั้งต่อไป

การพัฒนาระบบ PDCA เป็นการปรับปรุงพัฒนาระบบงานที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก โดยควรจะมีการดำเนินการต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด จึงเป็นที่มาขอแนวคิดการควบคุมคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ทุกขั้นตอนมีการทบทวนการดำเนินการ เพื่อ หาแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒. ภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง จะได้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงานรวมถึงทราบแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ส่งผลให้การ บริหารงานบุคคลในองค์กรสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผลการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง เกิดประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น รวมถึงสามารถจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อเผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติ/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับบริการ/ผู้สนใจ ทราบและเข้าใจกระบวนการทางานของกลุ่มงานสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง มากยิ่งขึ้น เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับบุคคลภายในองค์กรและภายนอกองค์กร

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละความสำเร็จของการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานของกลุ่มภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

๒. ร้อยละความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง/ผู้รับบริการ/ผู้สน ต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววรนุช ยิ้มฟุ้งเฟื่อง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๑	นางนันทวรรณ ว่องไวคุณอนันต์	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ต.บางขุนกอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๖๘๙๔	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ต.บางขุนกอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๖๘๙๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"การติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ตำบลบางขุนกอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี"				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังในชุมชนอย่างครอบคลุมทุกมิติ"				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ตำบลบางขุนกอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมษายน ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบประสาท และระบบหลอดเลือด

๓.๒ พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน การรักษา การพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

๓.๓ กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมรอบตัวผู้ป่วย รวมถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย

๓.๔ ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา มีการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จนเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ผู้ที่เป็นเบาหวานมาหลายปีหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ง่าย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า ซึ่งปลายประสาทเท้าเสื่อมทำให้เกิดแผลที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เรื้อรัง และนำไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรงอาจทำให้เกิดการสูญเสียเท้าได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ตำบลบางขุนกอง มีประชากรทั้งหมด ๔,๖๓๙ คน ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาและรับยาต่อเนื่องในระบบ จำนวน ๑๓๘ ราย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๔๓ จากการประเมินผลการตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๗ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าจำนวน ๙๘ คน ร้อยละ ๗๑.๐๑ ผลการตรวจเท้าอยู่ในระดับปกติ จำนวน ๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๑๘ ระดับความเสี่ยงต่ำจำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๕ ระดับเสี่ยงปานกลางจำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๑ ระดับเสี่ยงสูง จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๖ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้ามีความเสี่ยง เช่น มีแผลที่เท้า มีหนังด้านแข็ง มีการบกพร่องของการรับความรู้สึก รวมถึงอาการชาที่เท้า ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถ้าได้รับการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสมและถูกวิธีจะทำให้เกิดแผลและอาจถูกตัดอวัยวะในอนาคตได้

สถานการณ์ข้อมูลสุขภาพชุมชนมีแนวโน้มประชาชนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มบุคคลดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแล การให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมพบว่าปัญหาระบบสุขภาพ ที่เน้นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก ขาดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านแบบบูรณาการ การให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยที่บ้านจะก่อให้เกิดผลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต และสังคม และยังมีผลต่อกลุ่มเป้าหมาย ให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้ด้วย ดังนั้นการบริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านแบบบูรณาการ จึงเป็นบริการเชิงรุกที่จำเป็นและสำคัญเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวให้ลดลง

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ในการเยี่ยม ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว,มีแผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย, โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยมก่อนการเยี่ยมบ้าน ควรจะทราบทางที่จะไปบ้านที่จะไปเยี่ยมหรือมีแผนที่เดินทางไปยังบ้านหรือ มีแผนที่การเดินทางภายในเขตที่จะเยี่ยมทำให้สะดวกและประหยัดเวลาในการเยี่ยม ควรจะทราบหมายเลข โทรศัพท์ของบ้านที่จะเยี่ยม กรณีไม่มีอาจจะขอหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านใกล้เคียงเพื่อใช้ในการติดต่อ, มีพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โทรศัพท์นัดหมายเวลาเยี่ยมครอบครัว หรือติดต่อกับครอบครัวที่จะเยี่ยมก่อน เพื่อไม่ต้องเสียเวลาในการไปเยี่ยมเมื่อไม่มีสมาชิกในบ้านอยู่ หรือ กรณีที่สมาชิกในบ้านหรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะให้เยี่ยมบางเวลา และครอบครัวควรมีเบอร์ติดต่อของผู้เยี่ยมด้วยเพื่อใช้ในการติดต่อกลับ กรณีที่สมาชิกของครอบครัวต้องการติดต่อกลับเพื่อปรึกษาหรือต้องการให้เยี่ยม โดยมีข้อตกลงของการให้บริการทั้ง ๒ ฝ่ายก่อน

๒. ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน คือ การเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมร่วมกับสมาชิกครอบครัว ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น ประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว

๓.ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน จัดทำสมุดหรือแฟ้มประจำครอบครัว เพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการดูแลครอบครัว การบันทึกข้อมูลจะทำให้ทราบถึงข้อมูลที่เกิดขึ้น และการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปรวมถึงสามารถให้บุคลากรอื่นที่จะร่วมเยี่ยมทราบข้อมูลที่ผ่านมา สรุปปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แนวทางการเยี่ยมครั้งต่อไป บันทึกข้อมูล

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรใน ตำบลบางขุนกอง ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตราย พิการ สูญเสียภาพลักษณ์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / คุณภาพ)

เชิงปริมาณ ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลเบาหวานที่เท้าจำนวน ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลติดเชื้อ Hypoglycemia Hyperglycemia

๒. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน

๓. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเผชิญกับปัญหาได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

๔. ครอบครัวยอมรับให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย

๕. ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักของครอบครัว

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. ต่อหน่วยงาน

- ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ
- ใช้เป็นแนวทางการบริการผู้ป่วยเบาหวาน
- ใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร สาธารณสุข และผู้สนใจทั่วไป

๒. ต่อผู้รับบริการ

- ได้รับบริการที่ดี ถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
- ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่อาจ เกิดขึ้นได้
- สามารถนำคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับ ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนได้อย่างสูงสุด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การรักษาโรคเบาหวาน ไม่ทำให้โรคหายขาดทำให้ผู้รับบริการ เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อต้าน ผู้ศึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

๒. การรับรู้และเข้าใจในข้อมูลต่างๆ เป็นไปอย่างช้าๆ พยาบาลจึงต้องใช้ ทักษะและเวลาในการให้คำแนะนำอธิบาย และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นเวลานาน เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

๓. การให้การพยาบาลและประเมินผล โดยยึดหลักแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีสามารถดูแลตนเองได้ จึงจำเป็นต้องใช้หลักการทางวิชาการ การศึกษาจากตำราประสบการณ์ คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและทีมสหสาขาวิชาชีพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เบาหวานอาจทำให้เกิดโรคตาที่รุนแรงมีผลต่อการมองเห็นอย่างมากภาวะแทรกซ้อนทางตาจากเบาหวานโดยส่วนใหญ่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มต้นของโรค ดังนั้น การตรวจตาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัญหาตามัวจากเบาหวานได้นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี รวมถึงการรักษาโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวาย การงดสูบบุหรี่ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางตาจากเบาหวานได้เป็นอย่างดี

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องและเป็นรูปแบบการให้บริการ อย่างองค์รวมมากขึ้นมากกว่าเน้นการดูแลรักษาเฉพาะภายในสถานบริการ

๒. การดูแลผู้ป่วยควรเป็นเจ้าหน้าที่คนเดิมเพื่อสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและควรเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

๓. เจ้าหน้าที่ควรมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและโรคแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นรวมทั้งควรมีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดี เมื่อพบอาการผิดปกติแนะนำให้มาพบแพทย์ทันที

๔. การปฏิบัติการพยาบาลควรเคารพสิทธิของผู้ป่วยและญาติ ไม่ตำหนิว่ากล่าวผู้ป่วยและญาติหากแบบพฤติกรรมการดูแลไม่ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล

๕. เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลควรมีความอดทน ยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ

๖. สร้างเจตคติที่ถูกต้องต่อการเป็นโรค สำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

๗. เพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป รณรงค์ให้รู้จักการป้องตนเอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างค่านิยมที่ถูกต้อง ความรู้ในเรื่อง การรักษา อาหาร การออกกำลังกาย

๘. ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลซ้ำๆ ในเรื่องเดิม เพื่อเป็นการย้ำเตือนผู้ป่วยและญาติ อาจใช้วิธีการซักถามให้อธิบาย หรือสังเกตจากการกระทำ หากบกพร่องให้ชี้แนะเป็นระยะๆไป โดยเฉพาะในเรื่องการรับรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องพูดคุยกันทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

๙. ควรเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- อยู่ระหว่างการดำเนินการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ....นางนันทวรรณ.....ว่องไวคุณอนันต์.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐.....-

๒) .....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-

๓) .....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางนันทวรรณ ว่องไวคุณอนันต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนันทวรรณ ว่องไวคุณอนันต์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายนพรุจ ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางกรวย

(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...../...20 พ.ย. 2567/.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับใด

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังในชุมชนอย่างครอบคลุมทุกมิติ

๒. หลักการและเหตุผล

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ NCDsเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCDs ถึง ๑๔ ล้านคน เสียชีวิตปีละ กว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน และคาดว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปีซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ ๗๐ ปี สะท้อนภาพการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้วนับว่าสูงมากถึงร้อยละ๔๐ ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมด (ธีระ วรธนารัตน์, ๒๕๖๑) สำหรับประเทศไทย มีข้อมูลชัดแล้วว่าขณะนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปีโดยในทุก ๑ ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต ๓๗ ราย ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พบ มากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวดประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการให้ความร่วมมือเพื่อต่อสู้กับโรคเบาหวานเช่นกันในบทบาทของการเพิ่มขึ้นของวิถีชีวิตแบบเนื่อยๆ โรคอ้วนและอายุที่มากขึ้นนำมาซึ่งการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานคาดการณ์ว่าความชุกของจะเพิ่มสูงขึ้นถึง ๕.๓ ล้านคน ภายในปี พ.ศ.๒๕๘๓ ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขาโรคติดต่อเคยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และทุพพลภาพ ทั่วโลกแต่เมื่อไม่นานมานี้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กำลังจะกลายเป็นสาเหตุหลักมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวาน ๕ ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ ๗๖,๐๐๐ รายหรือมากกว่า ๒๐๐ รายในแต่ละวัน ข้อมูลผลสำรวจสุขภาพ ประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป จากร้อยละ ๖.๙ ในปี ๒๕๕๙ เพิ่มเป็นร้อยละ ๘.๘ ในปี๒๕๖๐ โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๙.๘ ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๗.๘ และกลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (กระทรวง สาธารณสุข, ๒๕๖๑)

สำหรับในจังหวัดนนทบุรี จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี ๒๕๖๓ คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๔ และข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรในพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๑๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๗ และปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ ๖๙.๕๗ รองลงมาคือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ร้อยละ ๑๓.๐๔ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ ๕.๐๗ และแผลที่เท้า ร้อยละ ๓.๖๒

จากปัญหาดังกล่าวประกอบกับจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีจำนวนจำกัด จึงไม่สามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบคลุมทั่วถึงได้ แม้จะมีการออกปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนอยู่เป็นประจำก็ตาม ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาสังคมหรือชุมชน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า สามารถรู้และเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วยได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน เพื่อการดูแลและการจัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของตนเอง โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จึงเป็นวิธีที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในชุมชน สามารถนำไปสู่ผลสำเร็จของการพัฒนาและการพึ่งตนเองได้ยั่งยืนตลอดไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การเสริมพลัง (empowerment) หมายถึงการสร้างแรงจูงใจ ให้มีความมั่นใจในการทำงานอย่างบูรณาการที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกไปสู่การยอมรับว่าคนเองมีความสามารถอย่างแท้จริงในการทำงานให้สำเร็จได้ เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติจองตนเองเกิดขึ้นในทางบวก เกิดการเรียนรู้ที่จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคได้

๒. การสร้างการมีส่วนร่วมโดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ ทำให้ภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ว่าผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมจะได้รับประโยชน์ทั้งในด้านส่วนตัวและด้านสังคม รวมไปถึงได้คุณค่าแห่งตน เกียรติยศ ความเชื่อถือ และแม้แต่อำนาจสังคม ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม คือความศรัทธา ความเกรงใจต่อสิ่งที่เคารพนับถือหรือผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่ารวมทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพและที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจสูงจะเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ

๓. ความมุ่งมั่นต่อเนื่องของทีมบุคลากร ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายมีเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดกระบวนการกลุ่มเป็นพวกเดียวกัน

๔.การสร้างทีมบุคลากรและการสร้างเครือข่าย ที่เกิดจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายไปสู่ความเข้าใจในการดำเนินงานจัดการดูแลโรคเบาหวานนำไปสู่การจัดกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการร่วมทำกิจกรรมของประชาชนพร้อมทั้งมีการประเมินผลการทำงานจะทำให้สามารถแก้ปัญหาที่พบไปพร้อมกับการดำเนินงาน เกิดการร่วมกันคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นระยะทำให้เกิดการพัฒนาด้วยตัวเองมีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอยู่ตลอดเวลาอาจเป็นทางการและไม่เป็นทางการก็ตาม แต่ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันของชุมชน

๕. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัวมีส่วนร่วมให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีความเข้าใจถึงบริบทของครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม องค์ประกอบและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การเข้าใจศึกษาบริบทของครอบครัวจะสะท้อนให้เห็นสุขภาพโดยรวมของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพทีมีความเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้สามารถเชื่อมโยงกับกระบวนการดูแลที่เหมาะสม เป็นภาพกระบวนการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ศักยภาพการดูแลของครอบครัวจะเป็นไปในทิศทางใด เข็มแข็งหรืออ่อนแอ พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุน หรือได้รับการแก้ไข เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

๖. เสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวให้เข็มแข็งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมักเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และสมาชิกในครอบครัวว่ามีส่วนร่วมมากหรือน้อยเพียงใด กระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวเกิดศักยภาพมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน ช่วยกันหาปัญหาสิ่งที่เป็นผลให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานไม่ประสบผลสัมฤทธิ์ การใช้กระบวนการของสมาชิก ในครอบครัวหาทางออก และแก้ปัญหาตามเหตุผล สถานการณ์ นำปัญหาที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน นำมาวางแผน และดำเนินการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแลสุขภาพ

๗. แนวคิดในการจัดรูปแบบการให้บริการในคลินิกเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนรวมในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย สร้างมาตรฐานการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครบถ้วนลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว

๘. การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต้องได้รับการเยี่ยมครบ ๑๐๐% เพื่อประเมินหาสาเหตุร่วมกันถึงปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และเป็นการแสดงให้เห็นความจริงใจในการให้บริการ และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว

๙. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไกรในมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละราย สมาชิกมีการดูแลซึ่งกันและกันมีการถ่ายทอดพฤติกรรมการดูแลที่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์จากผู้ป่วยคนหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทำให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดความภาคภูมิใจและมีความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนต่อไป

๑๐. การสนับสนุนนโยบายในระดับผู้บริหารทุกภาคส่วน ที่ทำให้เกิดแรงบัลดาลใจในระดับผู้ปฏิบัติงาน ในการดำเนินกิจกรรมส่งผลให้เกิดนวัตกรรม ผลลัพธ์กับประชาชน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ได้อย่างมากมาย เช่น เกิดนวัตกรรมHealth rider เพื่อเพิ่มช่องทางในการรับยา การใช้ยาและแนวทางแก้ไขการบริหารยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่าเหมาะสม ไม่แบ่งยาให้เพื่อนบ้าน เก็บยาในที่ที่ถูกต้องและมีกระบวนการคืนยาเมื่อมียาเหลือ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

๒. สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล

๓. เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๔. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๕. ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพอีกทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียไปกับการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระยะ ๖ เดือน หลังเข้าโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ FBS อยู่ระหว่าง ๙๐ - ๑๓๐ mg/dl ร้อยละ ๘๐

๒. จำนวนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๑๕๕ mg/dl เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘๐

๓. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตา ไต เท้า ร้อยละ ๑๐๐

๔. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (FBS มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๕ mg/dl) ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ) .....

(นางนันทวรรณ ว่องไวคุณอนันต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) .....๗...../.....ตุลาคม...../.....๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดปลายคลองขุนศรี ต.ไทรใหญ่		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดปลายคลองขุนศรี ต.ไทรใหญ่		
๑๒	นางสาวแดงน้อย พ่วงรัก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๕๙๐๑	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๕๙๐๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เขตรับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี"				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ"				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่าง ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- ๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- ๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันวิวัฒนาการและเทคโนโลยีทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข มีความก้าวหน้าขึ้นเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ทำให้อัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว สาเหตุมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ระหว่างปี ๒๐๑๕ - ๒๐๕๐ สัดส่วนประชากรอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าจากร้อยละ ๑๒.๐ เป็นร้อยละ ๒๒.๐ (World Health Organization, ๒๐๑๗) ประเทศแถบเอเชียมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและหลายประเทศเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ๒๐๑๕) ประเทศไทยถือว่ามีผู้สูงอายุเป็นอันดับ ๒ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยในปี ๒๕๖๖ พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๐๘ ซึ่งถือว่ามีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุดังกล่าวจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของ ผู้สูงอายุในวัยชรานี้เป็นไปในทางเสื่อมลง ทั้งสมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ตามมา ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยในทุกด้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำได้เล็กน้อย และขณะเดียวกันก็มีจำนวนหนึ่งต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วย (อาริสา ป้านภูมิ และคณะ, ๒๕๖๒)

คุณภาพชีวิต (quality of life) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิต ภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนัก ของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (World Health Organization, ๒๐๑๑) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ชีวิตดีมีคุณภาพสามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข และชีวิตที่มีคุณภาพนั้นจะรู้ได้โดยการที่คนหรือในชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความต้องการพื้นฐานที่คนหรือชุมชนจะมีหรือจำเป็นเพื่อให้ชีวิตอยู่ได้ อย่างปกติพอสมควรในช่วงเวลาหนึ่ง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๒๘) คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะที่ดีในบั้นปลายของชีวิต สำหรับจังหวัดนนทบุรีพบว่าในปี ๒๕๖๖ มีผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ ๒๑.๗๗ และจากการสำรวจความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ ๘.๓๑ อยู่ตามลำพัง และร้อยละ ๑.๕๕ ดูแลกันเอง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ม.ป.ป) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๔๐๐ คน พบว่ามีคุณภาพชีวิตทั้ง ๖ ด้าน อยู่ในระดับสูง โดยด้านลักษณะทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามลำดับ สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ๑) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศและสถานภาพแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ๒) จำแนกตามปัจจัยการดำเนินชีวิต พบว่า ปัจจัยการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านแหล่งรายได้ โรคประจำตัว และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล การออม และหนี้สินแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (ภรณ์แพร ตุ้มทอง และ เกวลิน ศีลพิพัฒน์, ๒๕๖๖) สำหรับในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ในปี ๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าร้อยละ ๖.๐๖ แต่กลับพบว่ายังไม่เคยทำการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แต่อย่างใด ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ได้แนวทางการเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนต่อไปให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๒) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปรคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยผู้ศึกษาได้ทำการกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

๑.ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๕๗๗ คน (ข้อมูล ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

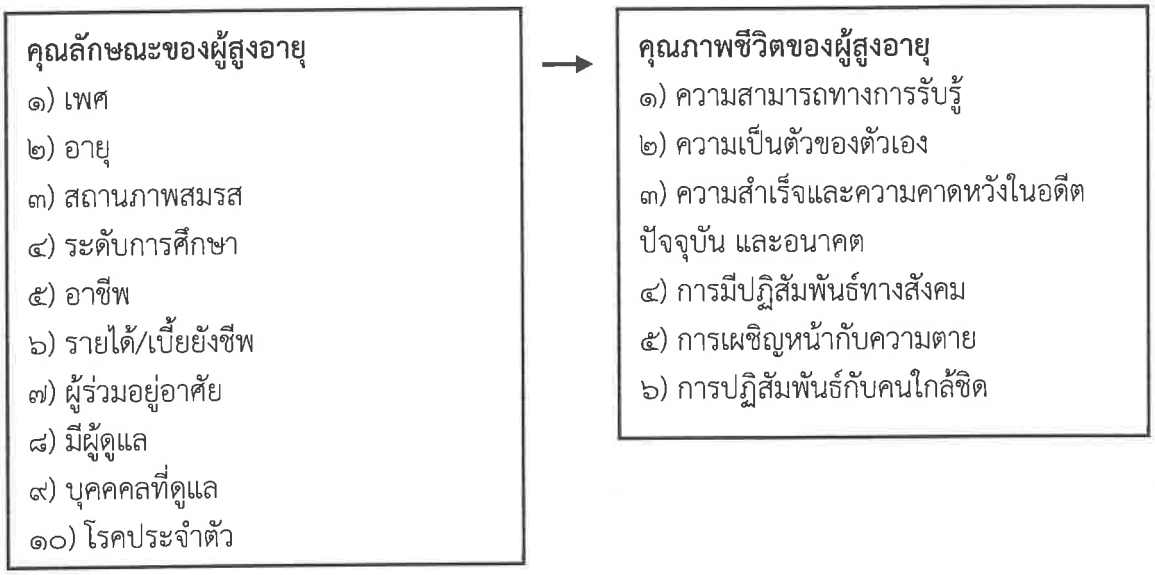
กลุ่มตัวอย่าง : ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี อย่างน้อย ๑ ปี จำนวน ๒๓๑ คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

๒. ด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิด



รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากร ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี จำนวน ๕๗๗ คน (ข้อมูล ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๒. กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี อย่างน้อย ๑ ปีจำนวน ๒๓๑ คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก Krejcie and Morgan (๑๙๗๐) โดยมีรายละเอียดดังนี้

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

โดยกำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

X= ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ ๑ และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% (X^2=๓.๘๔๑)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = ๐.๕)

แทนค่าได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 577 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2(577-1) + (3.841 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 230.84 \approx 231$$

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งชั้น (Stratified sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นรายหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (คน)
หมู่ที่ ๓ บ้านปลายคลองขุนศรี	๒๑๒
หมู่ที่ ๔ บ้านบางโอ	๑๓๙
หมู่ที่ ๕ บ้านไทรใหญ่	๖๖
หมู่ที่ ๖ บ้านสามเมือง	๖๘
หมู่ที่ ๗ บ้านมิ่งขวัญ	๙๒
รวม	๕๗๗

ขั้นตอนที่ ๒ ทำการหาอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหน่วยงายโดยใช้อัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อหน่วยงาน (๒๓๑ : ๕๗๗ หรือ ๑ : ๒.๕๐) โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรงเรียนในเขตเทศบาล	จำนวนประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง
หมู่ที่ ๓ บ้านปลายคลองขุนศรี	๒๑๒	๘๕
หมู่ที่ ๔ บ้านบางโอ	๑๓๙	๕๖
หมู่ที่ ๕ บ้านไทรใหญ่	๖๖	๒๖
หมู่ที่ ๖ บ้านสามเมือง	๖๘	๒๗
หมู่ที่ ๗ บ้านมิ่งขวัญ	๙๒	๓๗
รวม	๕๗๗	๒๓๑

ขั้นตอนที่ ๓ ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุในพื้นที่จากทะเบียนรายชื่อ ตามขั้นตอนที่ ๒ ให้ครบ ๒๓๑ คน

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

๑. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ (ก่อนวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)

๒. อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี อย่างน้อย ๑ ปี

๓. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

๔. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

๑. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม เช่น อัลไซเมอร์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ได้แก่

๑) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และแบบคำถามปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เบี้ยยังชีพ ผู้ร่วมอยู่อาศัย การมีผู้ดูแล บุคคลที่ดูแล และโรคประจำตัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๒) แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน ๑๐ ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (สิริมา อิทธิ์ประเสริฐ, ๒๕๖๐) และการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (L-IADL) จำนวน ๖ ข้อ (สิริมา อิทธิ์ประเสริฐ, ๒๕๖๐) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน	การแปลผล
๐-๔ คะแนน	ภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์
๕-๘ คะแนน	ภาระพึ่งพารุนแรง
๙-๑๑ คะแนน	ภาระพึ่งพาปานกลาง
๑๒-๒๐ คะแนน	ไม่เป็นภาระพึ่งพา

การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (L-IADL)

คะแนนเต็ม ๑๒ คะแนน	การแปลผล
๐-๒ คะแนน	ภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์
๓-๕ คะแนน	ภาระพึ่งพารุนแรง
๖-๘ คะแนน	ภาระพึ่งพาปานกลาง
ตั้งแต่ ๙ คะแนนขึ้นไป	ไม่เป็นภาระพึ่งพา

๓) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD MANUAL) ของ World Health Organization (๒๐๐๖) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน ๒๔ ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก

ระดับคุณภาพชีวิต	คะแนน
มากที่สุด	๕ คะแนน
มาก	๔ คะแนน
ปานกลาง	๓ คะแนน
น้อย	๒ คะแนน
น้อยที่สุด	๑ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ

ระดับคุณภาพชีวิต	คะแนน
มากที่สุด	๑ คะแนน
มาก	๒ คะแนน
ปานกลาง	๓ คะแนน
น้อย	๔ คะแนน
น้อยที่สุด	๕ คะแนน

การแปลผล

คะแนน ๑๐๐-๑๒๐ คะแนน	แสดงว่า คุณภาพชีวิตดีมาก
คะแนน ๗๐-๙๙ คะแนน	แสดงว่า คุณภาพชีวิตดี
คะแนน ๕๐-๖๙ คะแนน	แสดงว่า คุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน ๒๕-๔๙ คะแนน	แสดงว่า คุณภาพชีวิตค่อนข้างไม่ดี
คะแนน < ๒๔ คะแนน	แสดงว่า คุณภาพชีวิตไม่ดี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๒. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๒.๑) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ ดังนี้

๑ หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๒ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๓ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องค่อนข้างมากกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

๔ หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องมากกับคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

นำค่าที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อโดยใช้สูตร I - CVI = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน ๓ และ ๔ / จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด (Polit & Beck, ๒๐๑๒) คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (S-CVI) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ ๐.๙๗ และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๒.๒) การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๐ คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้ คือ ๐.๘๐ ขึ้นไป (Polit & Beck, ๒๐๑๒) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๙๐

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

๑. ขั้นเตรียมการ

๑) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

๒. ขั้นดำเนินการทดลอง

๑) ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ

๒) ทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถาม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี

๓) เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจดูความเรียบร้อยของแบบสอบถามทั้งจำนวนชุดแบบสอบถาม ให้ครบจำนวน ๒๓๑ ชุด และความสมบูรณ์ของข้อมูล และใส่หมายเลขของชุดแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ตามลำดับดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การแจกแจงแบบ T-Testและการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ผลการศึกษา

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๑ งาน

๕.๒ เชิงคุณภาพ

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ได้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี และนำมาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

๖.๒ นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอจริยธรรมทางการวิจัย ยังไม่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางแดงน้อย พ่วงรัก สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางแดงน้อย พ่วงรัก

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี

(วันที่) ๑๐/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางแดงน้อย พ่วงรัก	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายประสพ ศรีอินทร์สุทธิ์)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอไทรน้อย
(วันที่) ๑๐/ตุลาคม/๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(.นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ...../20 พ.ย. 2567/.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ

๒. หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว สาเหตุมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ระหว่างปี ๒๐๑๕ - ๒๐๕๐ สัดส่วนประชากรอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า จากร้อยละ ๑๒.๐ เป็นร้อยละ ๒๒.๐ (World Health Organization, ๒๐๑๗) ประเทศแถบเอเชียมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและหลายประเทศเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ๒๐๑๕) ประเทศไทยถือว่ามีผู้สูงอายุเป็นอันดับ ๒ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วและต่อเนื่อง

วัยสูงอายุ นับเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านสรีรวิทยาและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่างๆ สัมพันธภาพในสังคม บุคคลใกล้ชิด และการคาดคำนึงถึงความตายที่ใกล้เข้ามา การเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ อาจจะไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ (abnormalities) แต่บ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงอันเป็นไปตามภาวะธรรมชาตินี้ก็ก่อให้เกิดปัญหา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งพบว่า ความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทในกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๖.๖ ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของประชากรผู้สูงอายุและร้อยละ ๑๕.๐ ของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีปัญหาทางสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิตและระบบประสาท เนื่องจากในช่วงวัยนี้นับเป็นช่วงวัยแห่งการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียความสามารถของตนเอง สูญเสียการยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียง การสูญเสียเพื่อนสนิทการขาดการติดต่อกับผู้คน การเปลี่ยนแปลงจากการอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเล็ก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจจากลูกหลาน ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจเนื่องจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวและจิตใจให้ เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เผชิญอยู่ จะนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๕)

จากการรวบรวมสถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายของขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ในปีงบประมาณ 2566-2567 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 9.41 และ 6.77 ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากการคัดกรอง ๒Q จะมีจำนวนลดลงในแต่ละปี แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังคงมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีหรือไม่มีความสุข จึงมีแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายของขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากการรวบรวมสถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายของขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๖๗ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ ๙.๔๑ และ ๖.๗๗ ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากการคัดกรอง ๒Q จะมีจำนวนลดลงในแต่ละปี แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังคงมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีหรือไม่มีความสุข จึงมีแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายของขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๓.๒ แนวความคิด

ใช้ทฤษฎีแนวคิดความสุขเชิงจิตวิทยาของ Martin Saligman และกรอบแนวคิดเรื่องความสุข ๕ มิติ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต,๒๕๖๐:๕๔) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสุขเชิงจิตวิทยาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ความหมายของความสุขในทางพุทธศาสนาความสุขคือการมีทุกข์น้อย ทั้งนี้ความทุกข์ในพุทธศาสนาจะมุ่งเน้นเรื่องความทุกข์ทางใจเพราะความทุกข์ทางกายเป็นเรื่องธรรมชาติ โดยความทุกข์ทางใจพระพุทธเจ้ากล่าวไว้ใน “หลักปฏิจจสมุปบาท” ว่า “ความทุกข์ทางใจมีกระบวนการทางจิตเป็นสาเหตุทั้งนี้ตัณหาหรือความทะยานอยากที่ผลักดันให้คนเราเกิดทุกข์” มีการแบ่งความสุขไว้ ๓ ระดับ คือ

ระดับที่ ๑ : กามสุข หรือความสุขที่เกิดจากความใคร่ ความอยาก และความปรารถนาทั้งหลายอันเนื่องมา จาก“วัตถุกาม” หรือความสุขจากภายในอก เช่น รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัสที่น่าใคร่ น่าพอใจ อาทิ สุขจากได้ใช้ทรัพย์สมบัติ ดื่มเที่ยว การเสพเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น หรือความสุขเนื่องมาจากความต้องการภายใน “กิเลสกาม” เช่น ความพอใจว่าตนเองมีฐานะชื่อเสียง มีตำแหน่งใหญ่โต เป็นต้น

ระดับที่ ๒ : ฌานสุข หรือความสุขสงบเป็นความสุขที่ปราศจากกิเลสชั่วคราว เมื่ออยู่ในสมาธิและมีผลต่อไปอีกระยะหนึ่งหลังออกจากสมาธิเมื่อกลับสู่สถานการณ์ปัจจุบันที่ยังมีความโลภ โกรธ หลง ความทะยานอยากในจิตใจแล้วความทุกข์ทางใจก็จะกลับมาอีกเนื่องจากยังไม่รู้เท่าทันความคิดปรุงแต่งของตัวเองหรือยังมีความเป็นตัวตนของตนเองอยู่

ระดับที่ ๓ : ญาณสุข หรือสุขจากการปล่อยวางเป็นการรู้เท่าทัน ความทะยานอยาก และความคิดปรุงแต่งด้วยกิเลสของตัวเอง ทำให้สามารถควบคุมความคิดปรุงแต่งและปล่อยวางได้ในที่สุด ในทางพุทธศาสนาจัดว่าเป็นความสุขที่ยิ่งกว่าและยั่งยืนกว่าความสุขทางโลก สามารถมองทุกอย่างตามความเป็นจริง เป็นความสุขที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน หากบุคคลนั้นสามารถเจริญสติที่จะรู้ตัวและรู้เท่าทันตัณหาและสังขารของตนเองได้

ในเชิงจิตวิทยา ความสุขเป็นการวัดเชิงอัตวิสัย (Subjective) คือเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก ดังนั้นความสุขของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไป ความสุข (Happiness) ในเชิงจิตวิทยาจึงเป็นการวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ (emotional well - being) เท่านั้น ซึ่งคำว่าความอยู่ดี (well - being) ก็จะวัดรวมเอามิติของสุขภาพกาย (physical health) และสุขภาพใจ (mental health) รวมเข้ามาเป็นบริบทของความอยู่ดีมีสุข (Lyubommirsky;๒๐๐๘) มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุขจากนักวิชาการทางด้านจิตวิทยาหลายท่านพบว่าความสุขในเชิงจิตวิทยามีความหมายดังต่อไปนี้

Andrewsand Whitney (๑๙๗๘) ได้ให้ความหมายว่าความสุขคือการได้รับความพึงพอใจความสมหวังจากสิ่งต่าง ๆ รอบด้าน ความสุขมีองค์ประกอบดังนี้

๑. อารมณ์ทางบวก

๒. ความพึงพอใจในชีวิต

๓. ปราศจากอารมณ์ทางลบหรือความเศร้าโศก

Diener (๑๙๘๔) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้แนวคิดที่ละเอียดขึ้นเกี่ยวกับความอยู่ดีทางอารมณ์โดยแบ่ง ออกเป็นสามมิติซึ่งในแต่ละมิติสามารถแยกส่วนการวิเคราะห์ออกจากกันได้คือ

มิติที่ ๑ เป็นความรู้สึกทางบวก กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ทางบวกบ่อยครั้งแค่ไหน

มิติที่ ๒ เป็นความรู้สึกทางลบ กล่าวคือ คนเรามีอารมณ์ความรู้สึกทางลบบ่อยแค่ไหน

มิติที่ ๓ เป็นความพึงพอใจในชีวิต กล่าวคือ การที่ปัจเจกบุคคลประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในภาพรวมอย่างไร

อภิชัย มงคลและคณะ (๒๕๔๔) ได้จัดทำดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยซึ่งเป็นแบบวัดความสุขที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะความสุขของบุคคล ภายใต้บริบทของสังคมไทยและมุมมองของศาสนาพุทธและมีการให้นิยามความสุขในเบื้องต้นว่ามีความหมายเช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยองค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลักคือ

๑. สภาพจิตใจซึ่งเน้นอารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบ และดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตและวัดจากความรู้สึกอารมณ์ความคิด พฤติกรรมว่าในปัจจุบันเป็นอย่างไรและมีอาการของโรคต่างๆ เกิดขึ้นหรือไม่เป็นการวัด ณ ปัจจุบัน

๒. สมรรถภาพจิต ซึ่งเน้นความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือสมรรถภาพในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต ๓ ด้าน คือ ๑) ปัญหาการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น สามารถสร้างรวมทั้งดำรงรักษาสัมพันธภาพให้คงอยู่อย่างราบรื่น ๒) ปัญหาจากสังคมภายนอกที่มากดดัน สามารถปรับตัวให้อยู่ได้ในสถานการณ์นั้นๆ มีผลงานที่มีคุณค่ามีประโยชน์อันเป็นความสามารถของบุคคลที่จะอยู่ได้ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ๓) ปัญหาที่เกิดจากภายในจิตใจตนเอง โดยสามารถดูแลจิตใจให้สามารถสร้างความสมดุล ให้เกิดขึ้นระหว่างความต้องการที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งในใจ หรือความต้องการตามสัญชาติญาณ จนสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

๓. คุณภาพจิต ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ด้วยการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีบุคลิกภาพที่ผสมผสาน มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์

๔. ปัจจัยสนับสนุน ซึ่งเน้นความผาสุกของบุคคล (Subjective well-being) และคุณภาพชีวิตที่ดีโดยประเมินบุคคลต่อการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อจิตใจและการดำเนินชีวิต Babara Fredrickson (๒๐๐๓) ได้ให้ความหมายของความสุขว่า เป็นแหล่งพลังงานสำรองที่ช่วยให้คนเรากระตือรือร้น และมองโลกในแง่ดี

วิทยากร เชียงกูล (๒๕๕๐) ได้ให้ความหมายของความสุขว่า เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ประเภทหนึ่งที่เกิดขึ้นของบุคคลมีหลายระดับตั้งแต่ความสบายใจเล็กน้อย หรือความพอใจจนถึงความเพลิดเพลินหรือเต็มไปด้วยความสนุก ดังนั้นความสุขจึงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลอย่างไรก็ตามความสุขในเชิงจิตวิทยาพบว่าความสุขของคนเรามาจากการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีมองโลกในแง่ดีแง่บวก มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน มีความพอใจในงานและสภาพชีวิตความเป็นอยู่รู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่างานและชีวิตของตนเองมีความหมาย มีโอกาสได้เรียนรู้ และเป็นคนเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

Martin Saligman (๒๐๐๔) ได้ให้ความหมายของความสุขว่า เป็นความรู้สึกทางบวกและการทำกิจกรรมเชิงบวกที่นำไปสู่ความดื่มด่ำให้คุณค่าต่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ทั้งนี้ความสุขในความหมายดังกล่าวประกอบ ด้วยความสุข ๓ ระดับ ได้แก่

๑. ความสุขขั้นแรก (The pleasant life) คือ การมีชีวิตที่รื่นรมย์ มีความสนุกสนาน ตอบสนองความเพลิดเพลินเท่าที่บุคคลต้องการ มีอารมณ์ทางบวก มองโลกในแง่ดีมีทักษะในการใช้ชีวิต หรือเป็นความสุขที่ได้รับการสนองตอบจากสิ่งรอบๆ ตัวของบุคคลนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การได้ของที่พึงพอใจ การใช้ชีวิตในแบบที่ตนเองต้องการ การได้ครอบครองของที่ตนเองต้องการ เป็นต้น

๒. ความสุขขั้นที่สอง (The good life) คือ การมีชีวิตที่สามารถออกแบบวิถีชีวิตของตัวเองได้ สามารถทำกิจกรรมตามวิถีชีวิตที่ต้องการ และทำให้เกิดความอิ่มเอิบงอกงามทางใจ เกิดมุมมองต่อชีวิตและโลกในเชิงบวก

๓. ความสุขขั้นที่สาม (The meaningful life) คือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมายต่อตนเองและผู้อื่น และทำให้เกิดความสงบสุข จากการใช้ชีวิตตามแนวทางนั้น อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของความสุขและเป็นความสุขที่ยั่งยืน จากความหมายในเรื่องของความสุขเบื้องต้น ทำให้สรุปความได้ว่าในการพัฒนาบุคคลให้มีความสุขทางพุทธศาสนาจำเป็นต้องลดความคิดปรุงแต่งด้วยความโลภ โกรธ หลง จนกลายเป็นความทะยานอยากที่ทำให้เกิดทุกข์ด้วยการเจริญสติและสมาธิให้เกิดการตระหนักรู้ตนเองและปล่อยวางขณะที่การพัฒนาบุคคลให้มีความสุขในเชิงจิตวิทยา จำเป็นต้องพัฒนาให้บุคคลรู้จักมองโลกในแง่ดีอย่างมีเหตุผลอย่างเข้าใจสภาวะธรรมชาติของมนุษย์และสังคมอย่างที่เป็นจริง ไม่ได้มองโลกแง่ดีแบบเพ้อฝันหรือหลอกตัวเองด้วยการรู้จักจัดการความทุกข์ที่เกิดขึ้นโดยการจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้น การจัดการกับความคิด การเรียนรู้ที่จะมองโลกในแง่บวก และการเรียนรู้ในการแก้สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์นั้นๆ

ราชวิทยาลัยแพทย์และสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอังกฤษ ได้เสนอกรอบ/ประเด็นในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่าสุขภาพเชิงการแพทย์ไว้และเป็นกรอบที่แสดงให้เห็นถึงสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่ควรจะเป็นตามอัตภาพดังนี้ (กรมอนามัย, ๒๕๕๓)

๑. การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL)
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่นการอาบน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร
การเคลื่อนไหวของร่างกาย
การใช้ชีวิตประจำวันในสังคม เช่นการเดินทาง

๒. การทำงานของสมอง (Mental health functioning)
ความรู้ความจำ (Cognition)
การมีอาการทางจิตประสาท (Psychaitric symptoms)

๓. สภาพจิตใจ (Psychosocial functioning)
อารมณ์ความรู้สึก สภาพจิตใจ (Emotional well-being in social and cultural contexts)

๔. สุขภาพทางกาย (Physical health functioning)
การประเมินภาวะสุขภาพเชิงอัตตวิสัย (Self-percieved health)
การเจ็บป่วย (Morbidity)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Activity levels and measures of incapability)

๕. การเข้าถึงบริการต่างๆ (Social resource)
มีบริการด้านการแพทย์และสังคมให้บริการเมื่อมีความจำเป็น มีรายได้ที่พอเพียง (Economic Resources)
การเข้าถึงลูกหลาน บุคคลในครอบครัวเพื่อน เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่จะให้ความช่วยเหลือต่างๆ

๖. มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (Environmental resources)
มีที่พักอาศัยเพียงพอ และราคาเหมาะสม สภาพที่พักอาศัย ที่สาธารณะต่างๆ เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเพื่อที่จะนำสู่การพัฒนาความสุขให้กับผู้สูงอายุในโครงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตจะนิยามความสุขเพื่อนำสู่การปฏิบัติในการพัฒนาผู้สูงอายุโดยจะนำแนวคิดใน การสร้างสุขระดับที่ ๑ ด้วยการนำหลักธรรมะ ๔ ประการคือสุขกายสุขใจพลานามัยสมบูรณ์และเพิ่มพูนงานอดิเรก (เชิด เจริญรัมย์, ๒๕๕๒) มาใช้นำแนวคิดในการสร้างความสุขระดับที่ ๒ ทางพุทธศาสนา มาใช้เพื่อพัฒนาความสุขให้เกิดขึ้นภายในตัวของผู้สูงอายุเองร่วมกับนิยามความสุขในเชิงจิตวิทยาของ MartinSaligman และกรอบการประเมินสุขภาวะของราชวิทยาลัยแพทย์และสมาคม

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุของอังกฤษมาใช้เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการพัฒนา ผู้สูงอายุ ๕ ด้าน อย่างเป็นรูปธรรม โดยจะใช้ชื่อว่าความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับผู้สูงอายุ ตลอดจนเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่าเป็น “ภาระ” ให้กลายเป็น “พลังของชุมชน” ด้วยการเป็นผู้ให้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

กรอบแนวคิดเรื่องความสุข ๕ มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

เพื่อที่จะพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะนำมาปฏิบัติและสามารถวัดในเชิงสัมพันธ์ได้จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีดังนิยามข้างต้นในเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้จะจำแนกความสุขของผู้สูงอายุ ๕ มิติ ดังนี้

ด้านที่ ๑ : สุขสบาย (Health) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ติดสิ่งเสพติด

กิจกรรมเน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) โดยสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม คือความสามารถทางกายที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและปลอดภัย โดยปราศจากความอ่อนล้าซึ่งจะวัดความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย (๒๕๕๒) ได้แก่

๑. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)
๒. ความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic endurance)
๓. ความอ่อนตัว (Flexibility)
๔. ความว่องไวและการทรงตัว (Agility/dynamic balance)
๕. ดัชนีมวลกาย (BMI)

และวัดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๓๖)

๑. สุขภาพร่างกาย
๒. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ด้านที่ ๒ : สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้

กิจกรรม เน้นไปที่การจัดกิจกรรมนันทนาการ ที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงามในรูปแบบของการทำกิจกรรม การแสดงออกในด้านกีฬาดนตรีศิลปะงานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

ด้านที่ ๓ : สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

กิจกรรม จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งจะประเมินจาก ๑. การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของชุมชน ๒. การมีจิตอาสา และให้การช่วยเหลือผู้อื่น ๓. การช่วยเหลือคนในครอบครัว อาทิการดูแลเด็ก เป็นต้น

ด้านที่ ๔ : สุขสว่าง (Cognition) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำความคิดอย่างมีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหาความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำ การมีสติการคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินจาก

๑. ความจำ

๒. ความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผล

๓. ความสามารถในเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดและวาจา

๔. มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ใส่ใจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ

๖. การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน

ด้านที่ ๕ : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง

กิจกรรม จะเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้าน ๑. การรู้อารมณ์ตน หมายถึง ตระหนักรู้ตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง ๒. การควบคุมอารมณ์หมายถึงความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดสามารถคลายเครียดสลัดความวิตกจริตรุนแรงได้ อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหายไปโดยเร็ว ๓. การยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงหมายถึงความสามารถในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิตมีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์ สมหวัง-ผิดหวัง สำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป เป็นต้น ไม่ยึดมั่นกับสิ่งใดมากเกินไป สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง

การจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมความสุข ๕ มิติในผู้สูงอายุ

การตอบสนองความต้องการทางสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ

ได้แก่ความตั้งใจต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความต้องการการเอาใจใส่ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจความต้องการการยอมรับนับถือจากลูกหลานและสังคม รวมทั้งความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการมีส่วนร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้และมีความสุขต่อการใช้ชีวิตในบั้นปลายที่เหลืออยู่ ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่

๑) การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง

๒) การปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่ไม่ต้องทำงานและมีรายได้ลดลง

๓) การปรับตัวให้ยอมรับการจากไปของคู่ครอง เพื่อนสนิทและสมาชิกในครอบครัว

๔) การปรับตัวให้ยอมรับแบบแผนของสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน

๕) การสร้างความสุขและความพึงพอใจให้กับตนเองภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เป็นจริง

๖) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

ความสุข ๕ มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป แม้จะมีโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถควบคุมโรคได้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อคงสุขภาพดีไว้หรือชะลอการเสื่อมของร่างกายให้นานที่สุด รวมทั้งความสามารถในการพึ่งพาตนเอง เช่นผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป จำเป็นต้องสร้างเสริมพฤติกรรมดีทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกทางบวก

การสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขจากการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีในการสร้างความสุข ๕ มิติ มีดังนี้

ด้านที่ ๑ : สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตาม สภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด อย่างไรก็ตาม สมรรถภาพทางกายสำหรับ ผู้สูงอายุ ติดสังคม ซึ่งมีสุขภาพดีเช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป กิจกรรมสุขสบาย (Health) ในที่นี้จะเน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) โดยสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม คือความสามารถทางกาย ที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ และปลอดภัย โดยปราศจากความอ่อนล้าซึ่งจะวัดความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้แก่

๑) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)

๒) ความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic endurance)

๓) ความอ่อนตัว (Flexibility)

๔) ความว่องไวและการทรงตัว (Agility/dynamic balance) ๕) ดัชนีมวลกาย (BMI)

ด้านที่ ๒ : สุขสนุก (Recreation) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีและกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้ กิจกรรมสุขสนุก (Recreation) จะเน้นไปที่การจัดกิจกรรมนันทนาการ ที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงามในรูปแบบของการทำกิจกรรม การแสดงออกในด้านกีฬา ดนตรีศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

ด้านที่ ๓ : สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม กิจกรรมสุขสง่า (Integrity) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวกซึ่งจะประเมินจาก ๑)การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของชุมชน ๒)การมีจิตอาสาและให้การช่วยเหลือผู้อื่น ๓) การช่วยเหลือคนในครอบครัวอาทิการดูแลเด็ก เป็นต้น

ด้านที่ ๔ : สุขสว่าง (Cognition) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความเข้าใจ การคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้เหตุผล การเรียนรู้การวางแผนการแก้ไขปัญหา กิจกรรมสุขสว่าง (Cognition) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำ การมีสติการคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพประเมินจาก

๑) ความจำ

๒) ความสามารถในการแก้ปัญหา (problem-solving) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผล

๓) ความสามารถในเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด และวาจา

๔) มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๕) ใส่ใจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ

๖) การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน

ด้านที่ ๕ : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสามารถควบคุมความต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับ

ตนเองได้และยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง กิจกรรมสุขสงบ (Peacefulness) จะเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้าน

๑) การรู้อารมณ์ตน (Knowing Emotion) หมายถึง ตระหนักรู้ตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง

๒) การควบคุมอารมณ์ (Managing Emotion) หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด สามารถ คลายเครียด สลัดความวิตกจริตรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหายไปโดยเร็ว

๓) การยอมรับ สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หมายถึง ความสามารถในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิต ได้มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์สมหวังผิดหวังสำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป เป็นต้น ไม่ยึดมั่นกับสิ่งใด มากเกินไป สามารถมองสิ่งต่างๆ ทั้ง ในด้านที่เป็นความสุขและ ความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรือ อุปสรรคต่าง ๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง

๓.๓ ข้อเสนอแนวความคิด

จากประสบการณ์การดำเนินงาน วิสัยทัศน์ในการพัฒนางาน ร่วมกับแนวคิดเรื่องความสุข ๕ มิติ ข้าพเจ้าจึงขอเสนอแนวคิดในการปฏิบัติงานเพื่อนำมาส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลดอนสัก อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าคะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าแบบวัดความสุขเพิ่มขึ้น

๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายของขุนศรี ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการ

๑.) ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพจิต แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต จากตำรา วารสาร เอกสารทางวิชาการ รวมถึงงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒) วางแผนการดำเนินงานโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑) เริ่มดำเนินกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น จำนวน ๕ สัปดาห์ สัปดาห์ละ ๒ ชั่วโมง

๒.๒) สัปดาห์ที่ ๑ ดำเนินกิจกรรมที่ ๑ และ ๒

- กิจกรรมที่ ๑ (สุขสบาย) ก่อนเริ่มกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ๑๕ ข้อ [Thai Mental Health Indicator Version ๒๐๐๗ = TMHI-๑๕] และแบบวัดความสุข และสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- กิจกรรมที่ ๒ (สุขสบาย) กิจกรรมออกกำลังกายในท่านั่ง เน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility)

๒.๓) สัปดาห์ที่ ๒ ดำเนินกิจกรรมที่ ๓ และ ๔

- กิจกรรมที่ ๓ (สุขสนุก) ทำกิจกรรมรำวงมาตรฐาน

- กิจกรรมที่ ๔ (สุขสนุก) ทำกิจกรรมกีฬาสันทนาการ ได้แก่ เก้าอี้ดนตรี เกมปัญหาทายคำ เกมบอกใบ้ให้ท่า

๒.๔) สัปดาห์ที่ ๓ ดำเนินกิจกรรมที่ ๕ และ ๖

- กิจกรรมที่ ๕ (สุขสว่าง) กิจกรรมบริหารสมองเป็น ๒ เท่า

- กิจกรรมที่ ๖ (สุขสว่าง) กิจกรรมต่อภาพจิ๊กซอว์

๒.๕) สัปดาห์ที่ ๔ ดำเนินกิจกรรมที่ ๗

- กิจกรรมที่ ๗ (สุขสง่า) กิจกรรมปันสุข ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคัดเลือกสิ่งของสภาพดีที่ไม่ได้ใช้นำไปส่งต่อให้ผู้ด้อยโอกาส

๒.๖) สัปดาห์ที่ ๕ ดำเนินกิจกรรมที่ ๘ และ ๙

- กิจกรรมที่ ๘ (สุขสงบ) กิจกรรมฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อลดความเครียด และทำแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ๑๕ ข้อ [Thai Mental Health Indicator Version ๒๐๐๗ = TMHI-๑๕] และแบบวัดความสุข

๓) ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าคะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

๔.๒ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าแบบวัดความสุขเพิ่มขึ้น

๔.๓ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าคะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

๕.๒ ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา ๕ มิติ มีค่าแบบวัดความสุขเพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ) .....

(นางแดงน้อย พ่วงรัก)

(ตำแหน่ง)) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี

(วันที่) ๑๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๓	นางสาวนวลพรรณ ขวัญเมือง	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๔๔๗	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๖๐๘๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี”				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อ.เมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. **เรื่อง** การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – มกราคม ๒๕๖๘

๓. **ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

๓.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๓.๒ องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชน ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. **สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน**

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวน และสัดส่วนของประชากรสูงอายุ กลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ๒๕๖๕ ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากถึง ๑,๑๐๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ของประชากรโลก ๘,๐๐๐ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒๐.๔๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๑.๒๘ ในปี ๒๕๘๓ และจากการที่บุคคลมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลงไป รวมถึงมีข้อจำกัดในการปรับตัวกับความก้าวไกลด้านเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง และยังเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๖)

สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) หมายความว่า ประเทศไทยมี ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ เนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น อัตราตายลดลง รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ ปี ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๐,๒๒๕,๓๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๕ ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๐,๖๖๖,๘๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๖ ปี ๒๕๖๒ มีจำนวน ผู้สูงอายุ ๑๑,๑๓๖,๐๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗๓ (กรมกิจการผู้สูงอายุ. ๒๕๖๔)

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า ๑.๐๕ ล้านคน ออกให้บริการภายใต้นโยบาย ๓ หมอ ในฐานะหมอคนที่ ๑ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกค้นหา คัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ อย่างน้อย ๑๐ ล้านคน โดยการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน เป็นขั้นตอนแรกของการเก็บข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพและทราบความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งจะประกอบด้วย ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสุขภาพช่องปาก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๖)

นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบความสนอง ความช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามศักยภาพ โดยใช้

แบบคัดกรองประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ในการ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลด้านสุขภาพ และช่วยเหลือตามความเหมาะสม ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ : ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นสังคมและชุมชนได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ : ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ : ผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๙ รัฐบาลมีนโยบายสำคัญมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านติดเตียง ภายใต้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เชื่อมโยงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนและครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก แนวคิด การดูแลโดยชุมชน (Community care) ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มุ่งใช้ศักยภาพและทรัพยากรในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนดำเนินงานเพื่อชุมชน โดยชุมชน ทั้งนี้จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมตาม หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน บทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) เป็นสิ่งที่ น่าสนใจ น่าเรียนรู้ วิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) กลับมาเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้นไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๑๓๓ คน มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ๑๔ คน ติดเตียง ๑๑ คน) เป็นเรื่องที่น่าสนใจ ซึ่งชุมชนสามารถดำเนินการได้ และช่วยเหลือผู้สูงอายุ อีกรูปแบบหนึ่ง สำหรับแนวคิดในการดูแลรักษาสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน คือ การพัฒนาคนทางด้านการสาธารณสุข โดยคัดเลือกและอบรมอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และประสานงานกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขตามบทบาทและหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันโรค การคัดกรอง การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำหลักที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชนและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตประชากรต่อไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ตามข้อมูลของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๗๖๕ คน มีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๒ หมู่บ้าน คือ หมู่ ๑ และหมู่ ๓ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จากข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๓๑ คน จึงจำเป็นต้องพัฒนาการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชนในเขตรับผิดชอบ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวนั้น จึงมีได้เข้าไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุติดสังคมต่อไปในชุมชนตามความเหมาะสม โดยมุ่งศึกษาถึงบริบทในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมตามสภาพแก่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ในแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

คำถามของการวิจัย

๑. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ระดับใด

๒. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

สมมติฐานของการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

๑. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมุ่งศึกษารูปการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑.ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย ๑) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา ๒) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ ๓) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ๒.ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๓.ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ ๔.ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน

๒. ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๓๑ คน โดยศึกษาในประชากรทั้งหมด แต่เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล มีประชากรที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่เพียง ๓๐ คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ๓๐ คน (ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี, ๒๕๖๗) และผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่ในความดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน ๒๗ คน

๓. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ หมู่ที่ ๑ และหมู่ที่ ๓ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๔. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ ๒ ชุด ได้แก่ ชุดที่ ๑ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และชุดที่ ๒ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มสำหรับเก็บข้อมูล

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างดำเนินการ โดยนำผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และ แบบสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ข้อบกพร่องและแนวทางการดำเนินการแก้ไขต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดย แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ข้อมูลแบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานและเปรียบค่าเฉลี่ย

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. ผู้สูงอายุติดบ้าน มีความพึงพอใจในระดับสูง และ สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดบ้านได้ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ผู้สูงอายุติดบ้าน กลับมาเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้นไม่เป็นภาระของครอบครัว

เชิงคุณภาพ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รูปแบบใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ของชุมชนต่างๆที่มีลักษณะบริบทแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ และเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจที่จะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งต้องใช้ความละเอียดและซับซ้อนในการสังเกตและสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมทั้งหมด การเก็บข้อมูลเกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายให้ครบทุกคน ทำให้ต้องใช้เวลามากในการลงเก็บข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บข้อมูลเกิดความล่าช้า เนื่องจากต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายให้ครบทุกคน ทำให้ต้องใช้เวลามากในการลงเก็บข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการวางแผนการทำวิจัยในระยะยาว เพื่อติดตามความคงทนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกระบวนการการพัฒนารูปการณ์มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. นำรูปการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ไปปรับใช้และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาในกลุ่มวัยอื่น

๓. สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน ๑๐๐%

๑) นางนวลพรรณ ขวัญเมือง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นวลพรรณ ขวัญเมือง

(นางนวลพรรณ ขวัญเมือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑๙/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนวลพรรณ ขวัญเมือง	นวลพรรณ ขวัญเมือง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายเจริญชัย เปรมจันทร์วงษ์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี

(วันที่) ๑๙/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๐ พ.ย. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

---

๑. เรื่อง พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านแอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า ๑.๐๕ ล้านคน ออกให้บริการภายใต้นโยบาย ๓ หมอ ในฐานะหมอคนที่ ๑ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกค้นหา คัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ อย่างน้อย ๑๐ ล้านคน โดย การ คัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน เป็นขั้นตอนแรกของการเก็บข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพ และทราบความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งจะประกอบด้วย ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสุขภาพช่องปาก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๖)

นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบความสนอง ความช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ตามศักยภาพ โดยใช้แบบคัดกรองประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ในการ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลก้านสุขภาพ และช่วยเหลือตามความเหมาะสม ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ : ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นสังคมและชุมชนได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ : ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ : ผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๙ รัฐบาลมีนโยบายสำคัญมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านติดเตียง ภายใต้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เชื่อมโยงระบบการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน และครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก แนวคิด การดูแลโดยชุมชน (Community care) ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มุ่งใช้ศักยภาพและทรัพยากรในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนดำเนินงานเพื่อชุมชน โดยชุมชน ทั้งนี้จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมตาม หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) เป็นสิ่งที่ น่าสนใจน่าเรียนรู้วิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) กลับมาเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้นไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อาศัยหลักในการดูแลในบริการระดับปฐมภูมิ และงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติ การเข้าถึงบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล การเสริมพลังชุมชน ส่วนปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ ถูกต้องชัดเจน ยังไม่ทั่วถึงและทันเวลา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารที่มี เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ จากปัญหาดังกล่าวหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขที่ยั่งยืน ไม่ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกกำาลังเพิ่มช้าลง จำนวน และสัดส่วนของประชากรสูงอายุ กลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ๒๕๖๕ ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากถึง ๑,๑๐๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ของประชากรโลก ๘,๐๐๐ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒๐.๔๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๓๑.๒๘ ในปี ๒๕๘๓ และจากการที่บุคคลมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองเสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลงไป รวมถึงมีข้อจำกัดในการปรับตัวกับความก้าวไกลด้านเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง และยังเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๖)

แนวคิด

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย ๘๕ ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ๗๕ ปี การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตในช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยยึดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕- ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” เป้าหมาย ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๓ เป้าหมาย (๓S) ซึ่งประกอบด้วย ๑. Social Participation (ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม) ๒. Social Security (ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย) ๓. Strong Health (ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง) การดำเนินงานของ เขตสุขภาพที่ ๖ ที่ผ่านมามุ่งเน้นทั้งทางด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์การขับเคลื่อนการดำเนินงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๖ มีการ ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่ดีและมีการดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมายของเขตฯ แต่ในกลุ่ม Active aging ยังมีการดำเนินการน้อย และยังไม่มีรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการวัดผลลัพธ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามถ้ามีการวัดหรือสร้างรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายละเอียด ดังนี้ ๑. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ๒. วางแผนและสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ๓. การปฏิบัติตามรูปแบบ ๔. ประเมินความสำเร็จ และนอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรทั้งด้านความรู้ทักษะการดำเนินงาน การเพิ่มผลผลิต จนให้เกิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย และผู้สูงสามารถดูแลตนเองได้ ต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์

๒. ภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ได้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดโชติการาม หมู่ที่ ๓ ต.บางไผ่

(ลงชื่อ) .....

(นางนวลพรรณ ขวัญเมือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๙/ตุลาคม/.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด		
๑๔	นางนริศรา ทะแดง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๒๒๔๘๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๒๒๔๘๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กรณีศึกษาตำบลเกาะเกร็ด” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาการดูแลความปลอดภัยนักท่องเที่ยวเกาะเกร็ด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กรณีศึกษาตำบลเกาะเกร็ด

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ – มกราคม พ.ศ.๒๕๖๘
(อยู่ระหว่างการดำเนินงานการวิจัย)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓.๒ แนวทางการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๖,๘๔๖,๑๓๗ คน มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๔๕.๐๐ ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ ๖.๐๐ ที่ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ประมาณ ๒.๕ ล้านคนทั่วประเทศ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือภูมิลำเนาอยู่ห่างไกล ระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยากขึ้นเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

สถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๖ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ ๕ เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๗ โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยภาคเหนือ ภาคกลางและกรุงเทพฯมีความชุกสูงสุดใกล้เคียงกันร้อยละ ๒๗.๒-๒๗.๕ โดยในจำนวนคนที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ ๔๔.๗ เป็นร้อยละ ๔๘.๘ สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ ๒๐.๑ เป็น ๒๕.๐ และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ ๒๙.๗ เป็น ๒๒.๖ ตามลำดับ (Aekplakorn,๒๐๒๐)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนนทบุรีพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พ.ศ.๒๕๖๓–๒๕๖๖ เพิ่มขึ้นจาก ๘๒๗.๕๗ เป็น ๙๓๗.๗๔ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาติดตามการรักษาอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี ร้อยละ๗๖.๕๖, ๗๖.๓๑, ๗๘.๒๙ และ ๗๘.๘๙ ตามลำดับ โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ร้อยละ ๗๐.๒๔, ๖๔.๙๙, ๖๑.๑๖ และ ๕๑.๒๒ ตามลำดับ (HDC, ๒๕๖๖) นอกจากนี้พบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นจาก ๕.๓๖ เป็น ๖.๓๔ (กองโรคไม่ติดต่อ,๒๕๖๖)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภูมิประเทศเป็นเกาะกลางแม่น้ำเจ้าพระยา ใช้เรือในการเดินทางสัญจร เขตพื้นที่รับผิดชอบหมู่ที่ ๑,๕,๖ และ ๗ มีประชากร จำนวน ๓,๐๒๘ คน ๘๑๗ หลังคาเรือน ดูแลประชาชนครบวงจรทุกกลุ่มวัย ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ปัญหาที่พบมากคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๕๒ , ๕๙๘ และ ๖๔๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราการเกิดโรคความโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ดได้ดำเนินงานโครงการคัดกรองภาวะสุขภาพของชุมชนตำบลเกาะเกร็ด เพื่อให้ประชาชนรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นการเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ พร้อมทั้งหาสาเหตุว่าคนในชุมชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นเกิดจากสาเหตุอะไร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตซึ่งจะนำมาซึ่งรูปแบบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ และต้องได้รับการบริการด้านการรักษาต่อเนื่อง จำนวน ๑๐๑ คน (ฐานข้อมูล HDC กลุ่ม รายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ NCDs DM,HT,CVD ,๑ ก.ค. ๒๕๖๖) พบผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี ถึงร้อยละ ๕๔.๔๕ (๕๕ คน)

จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการดูแลรักษาด้วยการใช้ยา จะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนงานวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่เน้นการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนร่วมกับผู้วิจัยในการหากระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลเกาะเกร็ด เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ผู้วิจัย มีความสนใจ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กรณีศึกษาตำบลเกาะเกร็ด รวมถึงสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชนตำบลเกาะเกร็ด เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ให้เกิดเป็นรูปธรรม และเกิดความยั่งยืน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและประเทศชาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในตำบลเกาะเกร็ด

๒.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม ตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี จำนวน ๕๕ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ๑.แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถาม ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของกลุ่มวิจัย ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยมีหัวข้อ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค การมีโรคประจำตัวอื่นๆ น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การมีผู้ดูแล และตอนที่ ๒ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๕ ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อน พฤติกรรมการคลายเครียด พฤติกรรมการรับประทานยา ข้อคำถามแต่ละพฤติกรรมเป็นแบบเลือกตอบตามความถี่ที่ปฏิบัติ ตามสภาพความเป็นจริง ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบเลือกตอบแบบประมาณค่า (Rating Scale) มีการวัดอยู่ ๔ ระดับ ๒.เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการ ได้แก่ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕ ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กิจกรรมการให้ความรู้ด้านการพักผ่อน กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การคลายเครียดและกิจกรรมการให้ความรู้ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนของชุมชนตำบลเกาะเกร็ด ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมได้ไม่ดี ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถ วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนพฤติกรรม และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการ พึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๒. ชุมชนตำบลเกาะเกร็ดได้เรียนรู้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน จนเกิดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนตำบลเกาะเกร็ด และสามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๓. เป็นกลไกในการส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่างนักวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ ของคนในชุมชน อันจะส่งผลให้ชุมชนเหล่านี้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประสบความสำเร็จและเป็นไปอย่างยั่งยืน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

อยู่ในระหว่างการดำเนินงานการวิจัย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ -

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ -

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ –

๙. ข้อเสนอแนะ -

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางนริศรา ทะแดง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

๒).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

๓).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางนริศรา ทะแดง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนริศรา ทะแดง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายสำเริง ปานปิ่น)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด
(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ...../20 พ.ย. 2567/.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับใด

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการดูแลความปลอดภัยนักท่องเที่ยวเกาะเกร็ด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๒. หลักการและเหตุผล

เกาะเกร็ดเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมที่สำคัญของจังหวัดนนทบุรีและในลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา มีทัศนียภาพที่สวยงาม มีแหล่งโบราณสถาน มีสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนที่เรียบง่ายตามวิถีชีวิตของชุมชน ริมแม่น้ำ และมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เนื่องจากมีประชากรอาศัยอยู่หลากหลายเชื้อชาติ โดยร้อยละ ๓๕ เป็นชาวไทยเชื้อสายมอญ ซึ่งมีความเคร่งครัดต่อระเบียบแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี และด้วยวัฒนธรรมดั้งเดิมถือเป็นเอกลักษณ์สำคัญของเกาะเกร็ด ทำให้มีนักท่องเที่ยวจากแหล่งต่างๆ ทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศเข้ามาท่องเที่ยวเกาะเกร็ดเป็นจำนวนมาก การเดินทางก็ใช้เรือโดยสารข้ามฝั่งไปยังเกาะเกร็ด และยังมีบริการนั่งเรือรอบเกาะเกร็ดชมบรรยากาศวิถีชาวบ้านของเกาะเกร็ดอีกด้วย และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ Quick Win ๑๐๐ วัน เรื่องนักท่องเที่ยวปลอดภัย ให้ยกระดับความปลอดภัยด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการ ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ทันสมัย ทันเวลา และง่ายต่อการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีเกิดโรคระบาด เพิ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยวิกฤติอย่างครอบคลุม เป็นหลักประกันความปลอดภัยให้นักท่องเที่ยว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด จึงจัดโครงการนักท่องเที่ยวปลอดภัยเกาะเกร็ด เพื่อฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายในพื้นที่ตำบลเกาะเกร็ด ในการจัดการความปลอดภัยแก่นักท่องเที่ยว การซ้อมแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางน้ำและทางถนน และการอบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายผู้ประกอบการร้านค้าร้านอาหาร และท่องเที่ยวปลอดภัยไร้พิษสุนัขบ้าในพื้นที่ตำบลเกาะเกร็ด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเกร็ด พบอุปสรรคในเรื่องของการเดินทางสัญจรทางน้ำ และประกอบกับพื้นที่ตำบลเกาะเกร็ดเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงจึงมีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาในด้านความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวและประชาชน จึงขอเสนอแนะแนวทางการดำเนินการเพื่อยกระดับความปลอดภัยต่างๆ ดังนี้

๑. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ให้มีความรู้และจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน ทบทวนเนื้อหาวิชาการใหม่ เช่น ทบทวนคู่มือแนวทางให้ทันสมัยทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน และฝึกปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

๒. พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ควรมีการจัดทำแนวทางการป้องกันด้านความปลอดภัยทางน้ำ ทางถนน ความปลอดภัยทางอาหาร และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

๓. พัฒนาด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ควรมีการศึกษาแนวทางในการใช้สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงและการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลความปลอดภัยในด้านต่างๆ

๔. สร้างเครือข่ายดูแลความปลอดภัยชุมชน กำหนดและใช้แนวทางตามข้อปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินที่เกาะเกร็ด

๕. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านความปลอดภัยทางน้ำ ทางถนน ความปลอดภัยทางอาหาร และความปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

๔.๒ เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่ตำบลเกาะเกร็ด

๔.๓ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับกรณีเกิดสถานการณ์จริงจากอุบัติเหตุและจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔.๔ เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยทางอาหารตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

๔.๕ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ท่องเที่ยวเกาะเกร็ด

๔.๖ เพื่อถอดบทเรียนระบบการดูแลนักท่องเที่ยวปลอดภัยในพื้นที่ท่องเที่ยวเกาะเกร็ด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ เครือข่ายสุขภาพชุมชน มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕.๒ ร้านอาหารในพื้นที่ท่องเที่ยวเกาะเกร็ดได้รับการตรวจสอบและผ่านมาตรฐานทางอาหารของกระทรวงสาธารณสุข

๕.๓ คณะทำงานด้านความปลอดภัยในพื้นที่สามารถบูรณาการความร่วมมืออย่างทั่วถึงและยั่งยืน

๕.๔ มีการซ้อมแผนด้านความปลอดภัยทางน้ำและทางถนน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๕.๕ เกิดกิจกรรมแหล่งท่องเที่ยวปลอดพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(ลงชื่อ) .....

(นางนริศรา ทะแดง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗/ตุลาคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสาธงหิน		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสาธงหิน		
๑๕	นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๑๐๔๕๔๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๑๐๔๕๔๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงหิน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๔ มิถุนายน – ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD)

ความหมายของโรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยเนฟอรน (Nephron) ของไตลดลงอย่างถาวร แก้ไขไม่ได้ และสามารถตรวจพบได้จากการตรวจ renal function test อย่างใดอย่างหนึ่ง หากจะให้คำจำกัดความอย่างเป็นรูปธรรม โรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง การมีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate; GFR) (ซึ่งแสดงด้วยค่า creatinine clearance หรือด้วยค่าเฉลี่ยระหว่าง urea กับ creatinine clearance) ลดลงกว่าปกติ หรือหมายถึง การมีค่า ครีเอตินีน ในเลือด (serum creatinine) หรือค่าของเสียที่ถูกขับออกผ่านทางไตสูงกว่าปกติติดต่อกันเป็นเวลานาน นานพอที่จะแน่ใจได้ว่าความผิดปกตินี้ไม่น่าจะกลับคืนเป็นปกติได้ คือ ประมาณ ๓ เดือน และการวินิจฉัยภาวะไตวายเรื้อรังจะชัดเจนขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ ไตมีขนาดเล็กกว่าปกติมีภาวะโลหิตจางลักษณะ normochromic, normocytic anemia ที่หาสาเหตุอันควรอื่นมาอธิบายไม่ได้ มีภาวะภาวะกระดูกพรุน (renal osteodystrophy) และมี broad cast ใน urine sedimentองค์ประกอบของเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตวายเรื้อรังนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นพร้อมกันทุกข้อในผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง จะพบเกณฑ์ข้อใดก็ขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปเมื่อไตเริ่มเสื่อมหน้าที่ ค่า GFR จะลดลงก่อน เมื่อ GFR ลดลงเหลือร้อยละ ๕๐ จึงจะตรวจพบ serum creatinine สูงเกิน ๑.๕ มก./ดล. เมื่อค่า GFR ลดลงเหลือร้อยละ ๓๐ จึงจะพบว่าไตมีขนาดเล็กลงจนสามารถตรวจพบได้ด้วย ultrasonography เมื่อค่า GFR ลดเหลือ ร้อยละ ๑๕ (serum creatinine มากกว่า ๖ มก./ดล.) จึงพบภาวะโลหิตจาง และภาวะไตวายมักต้องรุนแรงจนถึงระยะ uremia เป็นเวลานานหลายปีแล้ว จึงพบภาวะกระดูกพรุน (renal osteodystrophy) ดังนั้นหากต้องการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มแรก (เช่น มีค่า GFR ในช่วง ๕๐-๗๐ มล./นาที) ก็ไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ครบถ้วน เพราะถ้าต้องการรอให้ผู้ป่วยมีเกณฑ์การวินิจฉัยครบทุกข้อแล้วจึงค่อยวินิจฉัยก็จะวินิจฉัยได้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรังมากแล้วเท่านั้น

พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง

การเกิด progression ของโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีค่า serum creatinine ๑.๕-๒.๐ มก./ดล. ไปเป็น ESRD เป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคน สมมติฐานซึ่งเป็นที่เชื่อถือกันของการเกิด renal progression คือ nephron loss ทำให้เกิด adaptive mechanism ซึ่งจะทำให้เกิด injury ต่อ nephron ส่วนที่เหลือเพิ่มขึ้น เป็นวัฏจักรไปเช่นนี้จนกว่าจะถึงระยะ ESRD แต่ยังไม่ทราบแน่ว่าปริมาณ nephron ที่ต้องสูญเสียเป็นเท่าไร จึงสามารถกระตุ้นให้วัฏจักรนี้เริ่มหมุน เข้าใจว่าควรมากกว่าครึ่ง อาจต้องมากถึงร้อยละ ๖๐ หรือ ๗๐ ด้วยซ้ำในขณะที่มี nephron loss นั้น ก็ต้องมี nephron ส่วนที่เหลืออยู่การปรับตัวเพื่อทำงานทดแทน ซึ่งหากมองในแง่ดีธรรมชาติสร้างกลไกการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เพื่อให้ nephron ส่วนที่เหลือสามารถปรับตัวทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนส่วนที่ขาดหายไป แต่หากมองในอีกแง่หนึ่งก็จะพบว่ากลไกการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีส่วนช่วยให้เกิด fibrosis ของ nephron เร็วขึ้นซึ่งทำให้เกิด renal progression ในที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด progression ของ renal disease เช่น การเปลี่ยนแปลงทาง metabolism การเปลี่ยนแปลงทาง hemodynamic การเปลี่ยนแปลงในการสังเคราะห์และหลั่ง cytokines และ growth factors ต่างๆ

อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง

อาการแรกที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อ่อนเพลีย อย่างไรก็ดียังมีอาการอื่น ๆ อีกมาก เช่น ซึมลง มึนงง นอนไม่หลับ คันตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ความรู้สึกรับรู้รสของลิ้นเปลี่ยนไป น้ำหนักลด ชาปลายมือปลายเท้า รู้สึกหนาวง่าย ปวดแสบปวดร้อนบริเวณเท้า และปวดศีรษะหรือพูดไม่ชัด เป็นต้น อาการเหล่านี้ไม่ใช่อาการเฉพาะของโรคไตอาจพบในโรคอื่นได้เช่นกัน อาการเตือนของโรคไต เช่น ๑) การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) หรือปัสสาวะน้อยลง ๒) แสบร้อนเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะขัดสะดุด หรือมีเศษนิ่วปนออกมา ๓) ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะมีสีน้ำล้างเนื้อ หรือปัสสาวะเป็นฟอง ๔) บวมของใบหน้า เท้า และท้อง ๕) ปวดเอวหรือหลังด้านข้าง และ ๖) ความดันโลหิตสูง จึงต้องอาศัยการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยร่วมกัน อาการปวดเอวหรือหลังบ่อยๆ ส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณหลัง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการปวดสัมพันธ์กับการทำงานมากหรือนั่งนานๆ ตำแหน่งปวดมักอยู่ต่ำกว่าเอวหรือกลางหลัง (กระดูกสันหลัง) การกดหรือนวดอาจทำให้อาการปวดดีขึ้น อาจมีอาการชาหรือปวดร้าวไปที่อื่นก็ได้ ในขณะที่อาการปวดหลังจากโรคไตพบได้ไม่บ่อยนัก ปวดตำแหน่งเอวหรือหลังด้านข้าง (ไม่อยู่ต่ำกว่าเอวหรืออยู่กลางหลัง) การกดหรือนวดทำให้ปวดมากขึ้นหรือไม่ดีขึ้น ถ้ามีอาการปวดหลังแบบโรคไต โดยเฉพาะมีอาการเตือนอื่นๆ ของโรคไตร่วมด้วย เช่น ปัสสาวะมีเศษนิ่วปนออกมา เป็นต้น ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจไต เมื่อเริ่มเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะแรกอาจยังไม่มีอาการอะไรหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย การรักษาในระยะนี้นอกจากการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุโดยตรงแล้ว ยังจำเป็นต้องควรระวังควบคุมอาหารและยา เมื่อโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคในทางเสื่อมมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งมีหน้าที่การทำงานของไตเหลืออยู่น้อยกว่าร้อยละ ๕ หรือ ๑๐ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่มากขึ้น เช่น การล้างไตหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การวินิจฉัย

๑. การวัดค่าซีรัมครีตินิน (serum creatinine)สามารถทำได้ง่ายแต่มีความไวค่อนข้างต่ำกว่าวิธีวัดอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) GFR ได้ต่ำกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.เมตร เป็นเวลานานตั้งแต่ ๓ เดือนขึ้นไป โดยอาจไม่พบร่องรอยของความผิดปกติอื่นๆ ที่ไต

การรักษา

๑. การรักษาแบบประคับประคองทั่วไป ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ในภาวะซีด ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการสร้างเสริมเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิคและยาฉีดกระตุ้นไขกระดูกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้รับวิตามินเสริมต่างๆ เช่น วิตามิน B๑, B๒, B๖ และ B๑๒ ได้รับยาลดการหลั่งกรดเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น

๒. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

๓. การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis : PD)

๔. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation: KT)

การบวนการพยาบาล

๑. ควรได้รับความรู้และคำแนะนำให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย รวมทั้งปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

๒. โภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลักการจัดอาหารให้ผู้ป่วยควรได้พลังงานเพียงพอหรือเกินพอเล็กน้อยเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ สาอาหารประเภทโปรตีนควรได้รับ ๑.๑ - ๑.๒ กรัมต่อน้ำหนักมาตรฐาน ๑ กิโลกรัมต่อวัน โซเดียม: จำเป็นต้องจำกัดโซเดียมในระดับที่ <๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน จำกัดโปแตสเซียม ได้แก่ ผัก ผลไม้ต่างๆ

๓. แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ควรนอนดึก อย่าทำงานหักโหมเกินไป ควรพักผ่อนอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมงต่อวัน หลีกเลี่ยงภาวะเครียดเพราะทำให้ไตเสื่อมเร็วยิ่งขึ้น

๔. รับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ ดื่มน้ำให้เพียงพอตามที่นักโภชนาการกำหนด ควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดควรมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดการดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด การสูบบุหรี่

๕. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนักช่วยให้รู้สึกมีพลัง ส่งเสริมการนอนหลับและป้องกันภาวะท้องผูกได้ ไม่ควรออกกำลังกายหนักเป็นเวลานาน การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตมีหลักเหมือนกับการออกกำลังกายทั่วไปแต่ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นพิเศษ คือ การออกกำลังกายชนิดต่อเนื่อง เช่น การเดิน ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิค

๖. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่มีผลต่อไต เช่น ยาแก้ปวดแอสไพริน พาราเซตามอลและไม่ควรซื้อยารับประทานเองเป็นประจำเนื่องจากยาที่ซื้อเองไม่ว่าจะเป็นยารับประทานหรือยาป้ายทา หากใช้เป็นระยะเวลานานอาจทำให้ไตอักเสบเป็นไตเรื้อรังได้

๗. หลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะเป็นสาเหตุให้เชื้อโรคแทรกเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะและเกิดการอักเสบของทางเดินปัสสาวะได้

การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นการใช้เยื่อบุภายในช่องท้องผู้ป่วยเป็นตัวกรอง ทำหน้าที่กรองของเสีย น้ำและแลกเปลี่ยนเกลือแร่และกรดด่างต่างๆระหว่างเลือดของผู้ป่วยที่ผ่านเข้ามาในบริเวณหลอดเลือดที่ผนังเยื่อบุช่องท้องกับน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis Fluid) ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับการวางสายล้างไตทางช่องท้อง(Tenckhoff catheter) ผ่านเยื่อบุช่องท้องเข้าไปในช่องท้องเพื่อเป็นทางใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้องเข้าและนำน้ำยาที่เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยแล้ว ออกจากช่องท้องของผู้ป่วย โดยให้ปลายหนึ่งอยู่ในช่องท้องและอีกปลายหนึ่งอยู่ที่หน้าท้องของผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง

๑. Touch contamination (Intra-luminal route) เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา PD หรือสาย transfer ดังนั้นเชื้อก่อโรคซึ่งเป็นเชื้อที่อาศัยทั่วไปตามผิวหนังของผู้ป่วยหรือของผู้ทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา(normal flora) แต่หลังจากมีการแพร่หลายของระบบการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยเทคนิค "Flush before fill" พบอุบัติการณ์การติดเชื้อด้วยกลไกมีลดลงอย่างมาก นอกจากนี้ระบบอาจได้รับการปนเปื้อนเชื้อ Pasteurella multocida และ Capnocytophaga canimorsus จากอุบัติเหตุสัตว์เลี้ยงภายในบ้านขีดข่วนหรือกัดสาย Tenckhoff

๒. Catheter-relate (peri-luminal) route เชื้อก่อโรคในกลุ่มนี้ผ่านเข้าสู่ช่องท้องโดยการลุกลามย้อนผิวด้านนอกของสายTenckhoff จึงมาพบร่วมกับการติดเชื้อของช่องทางออก (ESI) และอุโมงค์ของสาย (tunnel infection) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด relapsing และ repeat peritonitis การติดเชื้อในช่องท้องด้วยวิธีนี้ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพียงลำพัง (resistance) จำเป็นต้องรักษาด้วยการพิจารณาถอดสาย Tenckhoff ออก

๓. Enteric route เชื้อโรคอาจมุดแทรกผนังลำไส้หรืออวัยวะภายในช่องท้อง (transmural migration) ผ่านออกสู่น้ำยา PD ในช่องท้องในช่วงที่ภาวะท้องอืด ท้องผูก ได้รับยาลดกรดเป็นระยะเวลานานๆ หลังทำหัตถการภายในลำไส้ เช่น การส่องกล้องตรวจ (colonoscopy), การฉีดสารหยุดเลือด (sclerotherapy), การตัดติ่งเนื้อ (polypectomy) และรายที่มีพยาธิสภาพของอวัยวะภายในช่องท้องได้แก่ cholecystitis, Diverticulitis, ischemic bowel, colitis หรือ perforated bowel พบอัตราการเกิด peritonitis ด้วยวิธีนี้ร้อยละ ๒๐ ถึง ๓๐

๔. Hematogenous route เชื้อโรคจากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายอาจเคลื่อนที่ผ่านกระแสเลือดได้หากมีปริมาณมากพอ เช่น ขณะทำหัตถการของฟัน มีการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ หรือมีการติดเชื้อของ intravascular device พบอุบัติการณ์การของ peritonitis โดยวิธีร้อยละ ๕ ถึง ๑๐ เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ Streptococcus spp. และ Staphylococcus spp.

๕. Gynaecological route เกิดจากเชื้อก่อโรคภายในช่องคลอด การติดเชื้อจากการไหลย้อนของประจำเดือนจากการทะลุของห่วงคุมกำเนิด การทำหัตถการภายในมดลูกหรือการคลอดบุตรทางช่องคลอด พบการติดเชื้อด้วยวิธีนี้ได้ไม่บ่อยประมาณร้อยละ ๒ ถึง ๕ เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่ คือ Streptococcus spp., Candida spp. และแบคทีเรียแกรมลบ

การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน

๑. การดูแลหลังจากใส่สายท่อล้างไตในช่วงแรก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระยะยาว การดูแลหลังการผ่าตัดใส่สายท่อล้างไต จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของแบคทีเรียบริเวณแผลผ่าตัดและแผลหน้าท้อง โดยมีแนวทางการดูแลดังนี้

๑.๑. ห้ามให้แผลเปียกน้ำ เนื่องจากเสี่ยงต่อการติดเชื้อจุลชีพที่มากับน้ำ

๑.๒. ปิดแผลในลักษณะที่ป้องกันการเคลื่อนไหวของสายล้างช่องท้อง เปิดแผลครั้งแรก ๑ สัปดาห์ภายหลังการใส่สายล้างช่องท้อง ยกเว้นมีปัญหาที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ เช่น ปวดแผล แผลซึม หากจำเป็นต้องเปิดแผลให้ทำความสะอาดแผลที่โรงพยาบาล โดยบุคลากรที่ได้รับการอบรม

๑.๓. หลังใส่สายยางหน้าท้องประมาณ ๗-๑๐ วัน ควรมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตัดไหม หากมีการอักเสบของแผลอาจรอจนครบ ๑๔ วัน หรือจนกว่าแผลหายดี

๑.๔. หลีกเลี่ยงการดึงหนีบสะเก็ดเลือด สะเก็ดน้ำเหลืองออกจากแผล กรณีที่มีสะเก็ดเลือดหรือน้ำเหลือง ให้ใช้ก๊อซชุบน้ำเกลือนอร์มัล วางแปะไว้ประมาณ ๕-๑๐ นาที ให้อ่อนตัวก่อนปล่อยให้หลุดเอง

๑.๕. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเสียดสี ดึงรั้งหรือบิดหมุนของสายยางหน้าท้องเพราะจะทำให้เกิดการอักเสบของบาดแผลและติดเชื้อได้ง่าย

๑.๖. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดแรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งอาจทำให้เกิดการเลื่อนออกของสายยางหน้าท้องได้ เช่น การอุ้มหรือยกของหนักเกิน ๑๐ กิโลกรัม การออกแรงเบ่งในช่องท้อง รวมทั้งท้องผูก

๑.๗. หากมีสิ่งผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ต้องรีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วน เช่น แผลมี เลือดออก น้ำรั่วซึมจากแผล เจ็บที่แผลมากขึ้น สายยางหน้าท้องเลื่อนออกมา

๒. ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาระบบ Twin bag

๒.๑. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม

๒.๒. ปิดพัดลมและหน้าต่างบริเวณใกล้เคียง ถ้าเป็นเครื่องปรับอากาศ ระวังฝุ่นจากเครื่อง

๒.๓. สวมผ้าปิดปากและจมูก

๒.๔. ล้างมือให้สะอาดตามวิธีการล้างมือ

๒.๕. เตรียมโต๊ะที่เปลี่ยนน้ำยาให้สะอาด โดยใช้ ๗๐% Alcohol ฉีดพ่นที่โต๊ะ

๒.๖. ใช้ผ้าก๊อซหรือเปลี่ยนน้ำยา สำลีปลอดเชื้อเช็ดโต๊ะไปทางเดียวกันให้ทั่วและเช็ดขอบโต๊ะ โดยเช็ดทุกครั้งที่ต้องเปลี่ยนน้ำยา

๒.๗. ตรวจสอบสภาพถุงน้ำยา โดยวางถุงน้ำยาบนโต๊ะ ดูวันหมดอายุ เปอร์เซ็นต์ ปริมาตร สภาพของ สายน้ำยา ทดสอบการรั่วซึมของถุงน้ำยา

๒.๘. ฉีกถุงหุ้มน้ำยาภายนอกออก ยกถุงส่องดูว่าน้ำยามีสิ่งแขวนลอยหรือสิ่งผิดปกติหรือไม่ นำถุงน้ำยาขึ้นแขวนดูปริมาตรน้ำยาที่ตาชั่ง

๒.๙. วางซอง Minicap ใหม่บนโต๊ะที่ทำความสะอาดแล้ว

๒.๑๐. หากปลายสาย Mini transfer มีผ้าก๊อซหุ้มอยู่ให้แกะผ้าก๊อซออกแล้วปูผ้าสะอาดรองสาย mini transfer ไว้

๒.๑๑. ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอนหรือ เช็ดมือด้วย Alcohol ใช้มือข้างที่ถนัดจับปลายสายของถุงน้ำยาที่ จะต่อเข้ากับผู้ป่วย และใช้มืออีกข้างหนึ่งแยกสายและถุงน้ำยาเปล่าออกจากถุงน้ำยา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของสายและข้อต่อต่างๆแล้วนำถุงเปล่าวางลงในภาชนะรองรับถุงน้ำยาที่เตรียมไว้ โดยให้ต่ำกว่าระดับช่องท้อง

๒.๑๒. นำตัวหนีบสีน้ำเงิน (Out port clamp) ๑ อัน มาหนีบสายน้ำยาเข้า

๒.๑๓. ใช้มือข้างที่ถนัดจับสาย mini transfer มืออีกข้างหนึ่งจับปลายสายของถุงน้ำยา แล้วดึงจุกยางสีเขียว ปลายสายถุงน้ำยาออกและหมุน minicap ของสาย transferออก

๒.๑๔. ต่อปลายสายรูปตัว Y เข้ากับสาย mini transfer แล้วหมนเกลียวให้สนิท โดยหมุนทางด้านสายถุงน้ำยา

๒.๑๕. คลายเกลียวสาย mini transfer เพื่อปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้องลงถุงน้ำยาทิ้งจนหมดแล้วหมุน เกลียวสาย mini transfer ปิด (พร้อมลงจดบันทึกเวลาน้ำยาออก ปกติใช้เวลาประมาณ ๑๕-๒๐ นาที)

๒.๑๖. ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างหักเดือย (แห่งสีเขียว) ของถุงน้ำยาให้แยกออก

๒.๑๗. ปลด out port clamp จากถุงน้ำยาใหม่ ให้น้ำยาจากถุงใหม่ไหลลงถุงน้ำยาที่ปล่อยออก (Drainage bag) นับ ๑ ถึง ๕ (ประมาณ ๕ วินาที) เรียกว่า Flush before fill แล้วนำ out port clamp มาหนีบ สายน้ำยาออก

๒.๑๘. คลายเกลียวสาย mini transfer ให้น้ำยาไหลเข้าท้องจนหมด (พร้อมทั้งจดบันทึกเวลาน้ำยาเข้า ปกติ ใช้เวลาประมาณ ๑๐-๑๕ นาที ปิดเกลียวและนำ out port clamp หนีบสายน้ำยาปล่อยเข้า

๒.๑๙. เปิดซอง minicap ใหม่ในลักษณะที่หยิบใช้ได้สะดวก

๒.๒๐. ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอนหรือใช้ Alcohol handrub

๒.๒๑. ใช้มือข้างถนัดจับปลายสาย mini transfer บริเวณข้อต่อสีฟ้า และใช้มืออีกข้างหนึ่งหมุนบิดเกลียว สายทางด้านถุงน้ำยา และปลดสายของถุงน้ำยาออกระวังอย่าให้ส่วนปลายสาย mini transfer ไป สัมผัสสิ่งใด ๆ จากนั้นหมุนปิดส่วนปลายสาย mini transfer ด้วย minicap อันใหม่

๒.๒๒. ปิดสาย mini transfer โดยหมุนเกลียวให้สนิท

๒.๒๓. อาจจะใช้ gauze sterile หุ้ม minicap ให้เรียบร้อยแล้วใช้พลาสเตอร์ติดปลายสาย mini transfer ไว้ กับหน้าท้องผู้ป่วย

๒.๒๔. ชั่งน้ำหนักน้ำยาถุงที่ปล่อยออกและตรวจดูน้ำยาว่ามีลักษณะผิดปกติหรือไม่เช่น ดูความขุ่นเยื่อเมือก หรือเลือด

๒.๒๕. บันทึกสมดุลน้ำยาที่ปล่อยเข้า-ออก และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น

๒.๒๖. ตัดถุงน้ำยา เททิ้งลงชักโครก ถุงพลาสติก และขยะอื่นๆทิ้งในถังขยะ

๓. การจดบันทึก

เพื่อติดตามผลการรักษา ใช้ดูประกอบการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องบันทึกรายละเอียดทั้งหมด และนำมาให้แพทย์ดูเมื่อถึงเวลานัด สิ่งที่ต้องบันทึกในแต่ละครั้ง แต่ละวัน มีดังต่อไปนี้

๓.๑. ความเข้มข้นของน้ำยาที่ใช้

๓.๒. เวลาที่เริ่มใส่น้ำยาเข้า และเวลาที่น้ำยาไหลเข้าหมด

๓.๓. เวลาที่เริ่มปล่อยน้ำยาออก และเวลาที่น้ำยาไหลออกหมด

๓.๔. ปริมาตรน้ำยา

๓.๕. สีของน้ำยา ความขุ่น ความใส ตะกอน เยื่อหุ้น เลือด รวมทั้งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการ เจ็บปวดบริเวณปากแผลหรือในท้อง อาการเจ็บปวดเกิดขึ้นขณะใส่น้ำยาเข้าหรือขณะปล่อยน้ำยาออก มีไข้ตัวร้อนหนาวสั่น ผื่นตามตัว อาการแน่นอึดอัดในท้องหรือในอกเวลานั่งหรือนอนและอื่นๆที่คิดว่าผิดปกติแล้วรายงานให้แพทย์ผู้ดูแลทราบ

๓.๖. บันทึกน้ำหนักตัวประจำวัน ควรชั่งน้ำหนักหลังจากปล่อยน้ำออกจากช่องท้องหมดแล้วในเวลาเดียวกันทุกวัน

๓.๗. วัดอุณหภูมิร่างกาย (ความดันโลหิต) ควรจะวัดอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง หรือทุกครั้งที่รู้สึกตัวว่ามีไข้ ตัวร้อน หรือเวลาที่ปวดท้องหรือน้ำยาที่ออกจากช่องท้องขุ่น

๓.๘. การรับประทานอาหาร เช่น อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นอึดอัด

๓.๙. การขับถ่าย จำนวนปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมง ภาวะท้องผูก ภาวะท้องเสีย

๔. การดูแลแผลช่องสายออก (Exit site)

การดูแลแผลช่องสายออก เป็นการดูแลความสะอาดให้ถูกต้องเหมาะสม และเชื้อโรคตามผิวหนังหน้าท้อง ที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลหน้าท้องได้

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension) คือ ภาวะที่ความดันโลหิตในหลอดเลือดสูงเกินค่าปกติ โดยทั่วไปแล้วจะถือว่ามีความดันโลหิตสูงเมื่อค่าบีบตัว (systolic blood pressure) เท่ากับหรือมากกว่า ๑๔๐ mmHg หรือค่าผ่อนตัว (diastolic blood pressure) เท่ากับหรือมากกว่า ๙๐ mmHg

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

เริ่มต้นจากการเกิดความผิดปกติในระบบหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงการเพิ่มขึ้นของความต้านทานในหลอดเลือดแดงเนื่องจากการหดตัวของหลอดเลือดและการสร้างหลอดเลือดใหม่ (angiogenesis) นอกจากนี้ยังมีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดซึ่งมีผลจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การอักเสบและการสะสมของไขมัน (atherosclerosis) ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

มักไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ป่วยมักไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง โดยอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรุนแรงหรือเป็นระยะเวลานาน ได้แก่ อาการปวดศีรษะโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย ปัญหาการมองเห็น อาการชาหรืออ่อนแรงในแขนหรือขา

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อวัดค่าความดันโลหิตบีบตัว (systolic) และค่าความดันโลหิตผ่อนตัว (diastolic) โดยจะวัดอย่างน้อย ๒-๓ ครั้งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน หากค่าความดันโลหิตสูงกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg จะถือว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง

การรักษา

๑ ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย ระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยที่มีประวัติหรืออาการของโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ แล้ว คือ SBP < ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท ทั้งในกลุ่ม stable angina, acute coronary syndrome และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๒ ยาลดความดันโลหิตที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วินิจฉัย Stable CAD และ stable angina ยาที่แนะนำให้ใช้ beta-blocker, ACEIs หรือ ARBs, thiazide-type diuretics, CCBs วินิจฉัย ACS – unstable angina, NSTEMI, STEMI ยาที่แนะนำให้ใช้ beta-blocker, ACEIs หรือ ARBs วินิจฉัย หัวใจล้มเหลวจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ยาที่แนะนำให้ใช้ beta-blocker, ACEIs หรือ ARBsและMRAs และ diuretics

กระบวนการพยาบาล

๑. แนะนำให้ผู้ป่วยลดหรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารรสเค็มต่าง ๆ ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม หลีกเลี่ยงการใช้สารอาหารและยาที่มีโซเดียมสูง

๒. ควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด

๓. การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจหลอดเลือดสภาพร่างกายและสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ หรือแม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น

๔. หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease - CAD) เป็นภาวะที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจซึ่งมักเกิดจากการสะสมของไขมัน (atherosclerosis) และพลัค (plaque) ในผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ภาวะนี้สามารถนำไปสู่การเกิดอาการเจ็บหน้าอก (angina) หัวใจวาย (heart attack) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ซึ่งส่งผลต่อการเสียชีวิตสูง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเริ่มต้นจากการสะสมของไขมันและโคเลสเตอรอลในผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบและการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ไม่ปกติ (plaque formation) เมื่อเวลาเพิ่มขึ้น พลัคจะทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) และในที่สุดอาจนำไปสู่การเกิดหัวใจวาย

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอาจแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค และอาจไม่มีอาการในระยะแรก อย่างไรก็ตาม อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (Angina) รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายในหน้าอก

การวินิจฉัย

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักจะทำได้โดยการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด รวมถึงการทำ EKG, Echocardiogram และการทำ Coronary Angiography เพื่อประเมินสภาพของหลอดเลือดหัวใจ

การรักษา การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มี ๒ วิธี

๑ การรักษาด้วยยา

๒ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน วัตถุประสงค์หลักของการทำ revascularization ในผู้ป่วย CAD คือ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอกและลดอัตราตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย มี ๒ วิธีคือ a. การใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดที่ตีบและมักใช้ขดลวดค้ำยันช่วยป้องกันการกลับมาตีบ (percutaneous coronary intervention, PCI) และ b. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft, CABG)

กระบวนการพยาบาล

๑. การประเมินและดูแลตำแหน่งที่ทำหัตถการ (site assessment) ว่ามีภาวะเลือดออกที่แผล (bleeding) หลังจากสิ้นสุดการทำหัตถการหรือไม่

๒. ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) เกิดจากการมีเลือดออกในตำแหน่งที่แทงสายสวนออกมา

๓. การประเมินการไหลเวียนเลือดที่สมอง การเกิดลิ่มเลือด (thrombus) หรือก้อนไขมัน (fat embolism) อุดตันหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke)

๔. การประเมินการไหลเวียนเลือดที่อวัยวะส่วนปลาย

๕. การเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาการแพ้ (allergic reactions)

๖. การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน (discharge instruction) ควรครอบคลุม ๕ ประเด็น ได้แก่ ๑) การประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายที่ ๒) การให้ความรู้และความเข้าใจที่เพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้าน ๓) รูปแบบการให้ข้อมูลเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ ๔) มีการประเมินผลการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ป่วยและญาติและ ๕) รับฟังความกังวลและติดตามการดูแลที่บ้าน

หลักการพยาบาลที่นำมาประยุต์ใช้ในการศึกษา

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาลและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่งและเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็มใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎีได้แก่

๑. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

๒. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

๓. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการและความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well - Being)

๔. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน

๕. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

๖. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การยกย่องส่งเสริม

๗. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นเพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

๘. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้

แนวทางการเยี่ยมบ้าน

การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมีลักษณะการดูแลแบบองค์รวมโดยการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ยึดหลักการพยาบาลดังนี้

๑. ประเมินการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ประเมินความเครียด
๓. ประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย
๔. ประเมินสภาวะแวดล้อมและครอบครัวผู้ป่วย
๕. ประเมินการใช้ยา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา
๖. ประเมินเรื่องพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งนี้เกิดจากความยินยอมของสองฝ่ายคือฝ่ายผู้เยี่ยมและฝ่ายผู้ถูกเยี่ยมมีความยินยอมพร้อมใจกัน เมื่อเลือกครอบครัวที่จะเยี่ยมแล้วแนวทางในการเยี่ยมแบ่งได้เป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่

๑. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย มีวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม, ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว,มีแผ่นที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย, โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม, มีพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก ก่อนการเยี่ยมบ้านทีมเยี่ยมบ้านควรจะมีความรู้หรือข้อมูลและเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม ศึกษาองค์ประกอบของสุขภาพ (health determinants) ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ ปัญหาและสภาวะต่างๆ ในทุกมิติของสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการดูแลตนเอง หลังจากมีอาการเจ็บป่วย อธิบายความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยและจากแพทย์ / ระบบบริการปฐมภูมิ อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน การไปเยี่ยมบ้านควรมีอุปกรณ์สำหรับเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แผนที่ในการเดินทาง, หมายเลขโทรศัพท์ สมุดบันทึก กล้องถ่ายรูป / VDO แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ก่อนการเยี่ยมบ้านควรจะทราบทางที่จะไปบ้านที่จะไปเยี่ยมหรือมีแผ่นที่เดินทางไปยังบ้านหรือมีแผ่นที่การเดินทางภายในเขตที่จะเยี่ยมทำให้สะดวกและประหยัดเวลาในการเยี่ยม ควรจะทราบหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านที่จะเยี่ยม กรณีไม่มีอาจจะขอหมายเลขโทรศัพท์ของบ้านใกล้เคียงเพื่อใช้ในการติดต่อโทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม โทรศัพท์นัดหมายเวลาเยี่ยมครอบครัวหรือติดต่อกับครอบครัวที่จะเยี่ยมก่อน เพื่อไม่ต้องเสียเวลาในการไปเยี่ยมเมื่อไม่มีสมาชิกในบ้านอยู่หรือกรณีที่สมาชิกในบ้านหรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะให้เยี่ยมบางเวลาและครอบครัวควรต้องมีเบอร์ติดต่อของผู้เยี่ยมด้วยเพื่อใช้ในการติดต่อกลับ กรณีที่สมาชิกของครอบครัวต้องการติดต่อกลับเพื่อปรึกษาหรือต้องการให้เยี่ยม โดยมีข้อตกลงของการให้บริการทั้ง ๒ ฝ่ายก่อน

๒. ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน ประเมินทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว การที่จะประเมินให้ได้ครบถ้วนอาจต้องใช้สิ่งช่วยจำ เช่น จำตัวย่อ INHOMESSS หรือจำเป็นระบบร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (bio psycho social spiritual) สิ่งที่ควรทำ คือ การเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมร่วมกับสมาชิกครอบครัว ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น

การเคลื่อนไหว(immobility) ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน(Activities of daily living) การอาบน้ำ, การเคลื่อนย้าย, การแต่งตัว, การเข้าห้องน้ำ, การกินอาหาร และการปัสสาวะและอุจจาระหรือประเมินการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน(Instrumental activities of daily living) เช่น การใช้โทรศัพท์, การรับประทานยา, การไปตลาด, ชำระบิล, เตรียมอาหาร และทำงานบ้าน สามารถสอบถามหรือสังเกตจากกิจวัตรประจำวันได้

อาหาร(nutrition) ได้แก่ การประเมินลักษณะอาหาร, ชนิดของอาหาร ที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับประทานว่าเหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่ ประเมินการเก็บอาหาร

สภาพบ้าน(housing) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านครอบครัวที่นิสิตดูแล ว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นวัณโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทได้สะดวก, ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรที่จะนอนอยู่ชั้น๑ของบ้านไม่เดินขึ้นบันได

เพื่อนบ้าน(other people) ได้แก่ การประเมินดูเพื่อนบ้านของครอบครัวที่นิสิตดูแล ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหา เพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือได้หรือไม่

การใช้ยา(medication) ได้แก่ ประเมินวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ ภาชนะที่บรรจุยาเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือไม่หรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคข้อการหยิบยาจากซองยาทำได้ยากต้องบรรจุยาไว้ในขวดยา ยาบางอย่างไม่ให้ถูกแสง

การตรวจร่างกาย(examination) ได้แก่ ประเมินจากการสอบถามความผิดปกติของร่างกาย จากผู้ป่วยหรือญาติ

แหล่งให้บริการ(services) ได้แก่ การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยภายในครอบครัวหรือในชุมชนได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข, บ้านประธานชุมชน, อสม.

การประเมินด้านจิตวิญญาณ (spiritual Health) ได้แก่ การประเมินความเชื่อ เครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ความปลอดภัย(safety) ได้แก่ การประเมินสภาพบ้านของผู้ป่วยตัวบ้าน, เฟอร์นิเจอร์, อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เป็นต้น ว่ามีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับครอบครัว ในการอยู่อาศัยเหลือไม่ เช่น สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่, พื้นห้องน้ำลื่นเกินไปหรือไม่, บันไดบ้านชันหรือมีราวให้จับหรือไม่

๓. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน สรุปวิเคราะห์ปัญหาทางด้านร่างกาย, จิตใจและสังคมร่วมกัน,มีการบันทึกและวางแผนงานแนวทางการเยี่ยมครั้งต่อไป, บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านหรือใน Nurse's note ใน OPD Card เพื่อให้แพทย์และเพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วยครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้านทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป๋าเยี่ยม และวางแผนการทำงานในวันต่อไป การลงบันทึกโดยทั่วไปจะลงตามหัวข้อ ดังนี้

S = Subjective ได้แก่ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติและเพื่อนบ้าน ลงบันทึกย่อๆ ให้ครอบคลุมประเด็นทั้งกาย จิตและสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Idea ExpectationและConcern

O = Objective ได้แก่ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ผลการตรวจร่างกายท่าที อวัจนะภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวตามระดับของการดูแล

P = Plan Management ซึ่งต้องให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาที่เบ็ดเสร็จผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเองและการนำศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสมด้วยหลังจากการเยี่ยมบ้านและลงบันทึกแล้วในการประชุมทีมหรือการประชุมวิชาการทุกครั้งควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมเป็นประจำ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่ง่ายแต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้องทำให้อาการของโรครุนแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมักพบโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (CAD) เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ในเขตสุขภาพที่ ๔ พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่จำนวน ๒,๕๓๒ ๓,๗๖๐ และ ๒,๔๑๙ คน คิดเป็นอัตรา ๔๗.๘๘ , ๕๙.๒๙ และ ๔๔.๖๔ ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราตายร้อยละ ๕.๐๘ , ๕.๐๑ และ ๔.๘๔ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบอัตราป่วยรายใหม่ ๑,๒๓๖.๐๑ ๑,๑๕๙.๙๕ และ ๑,๒๑๒.๖๓ ต่อแสนประชากร มีอัตราตายร้อยละ ๑.๖๔ , ๑.๗๘ และ ๑.๗๐ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m^2/yr พบจำนวน ๓๕,๒๗๓ ๓๖,๔๐๕ และ ๓๙,๔๑๔ คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๖๘ , ๖๘.๘๔ และ ๖๔.๓๓ สำหรับอำเภอบางใหญ่เป็นอำเภอที่มีประชากรค่อนข้างหนาแน่น และพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่จำนวน ๓๔ , ๔๓ และ ๓๗ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๑.๒๑ , ๒๖.๒๕ และ ๒๒.๒๑ ต่อแสนประชากร และมีอัตราตายร้อยละ ๓.๔๔ , ๒.๖๙ และ ๑.๖ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบรายใหม่ อัตรา ๙๑๑.๕๙ , ๗๒๕.๒๙ และ ๙๗๑.๔๓ ต่อแสนประชากร พบอัตราตายร้อยละ ๐.๘๙ , ๑.๒๕ และ ๐.๖๙ สำหรับโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m^2/yr พบจำนวน ๗๗๒ , ๘๑๓ และ ๘๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๓๑ , ๖๙.๖๗ และ ๖๔.๓๔ ถึงแม้ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาช่วยในการรักษาผู้ป่วยทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อควบคุมอาการความรุนแรงของโรคลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายซึ่งการรักษาผู้ป่วยมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น การรักษาโดยการใช้ยา การรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด เพื่อทำให้หลอดเลือดหัวใจที่อุดตันหายอุดตันโดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นหัตถการที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การใช้แนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นงานที่สะท้อนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง ที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ โดยหวังผลในการลดภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างสุขสบาย

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวผู้จัดทำเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชนดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมความรู้จากเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาและเสนอแนวคิดทางการพยาบาลที่ได้จาก

กรณีศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน แก่บุคลากรพยาบาลและผู้สนใจต่อไป

๔.๒. วัตถุประสงค์

๔.๒.๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน

๔.๒.๒. เพื่อดูแลญาติและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๔.๓. เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชนได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการเยี่ยมบ้าน

๔.๓.๒. ภายหลังการเยี่ยมบ้านครบ ๔ ครั้ง สามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๔.๔. สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๒ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ อาชีพช่างซ่อมรถยนต์ สิทธิการรักษา : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ยกเว้นการร่วมจ่ายค่าบริการ ๓๐ บาท) ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ ได้รับแจ้งข้อมูลจากระบบ Smart COC ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่สายสวนหัวใจเพื่อใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า วันที่ ๑๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗ นอนโรงพยาบาล ๑ คืน และจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ส่งต่อข้อมูลให้เยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ ๗ ปีก่อน มีอาการเหนื่อยง่ายแน่นหน้าอก ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนพบว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังจากนั้น แพทย์เปลี่ยนการบำบัดทดแทนไตเป็นวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและย้ายกลับมารักษาตามสิทธิ์บัตรทองรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามาตลอดไม่ขาดยา เคยมีประวัติการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตเมื่อ ๒ ปีก่อนนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ๒ สัปดาห์ ๔ เดือนก่อนแพทย์ตรวจพบว่ามีเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบจำนวน ๒ เส้น ได้ทำการผ่าตัดใส่สายสวนหัวใจแต่ทำไม่สำเร็จมีภาวะติดเชื้อนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ๑ เดือน ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอื่นๆ ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑๕ วันก่อน เริ่มมีอาการเหนื่อยและแน่นหน้าอก แพทย์จึงนัดใส่สายสวนหัวใจเพื่อใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด จากการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีการทำหัตถการด้วยการสวนหัวใจได้รับการพยาบาลในชุมชนโดยส่งข้อมูลผ่านระบบ Smart COC ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างรวดเร็ว โดยการเยี่ยมบ้านมีการเตรียมข้อมูล เตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ในระยะขณะเยี่ยมบ้าน และในระยะหลังเยี่ยมบ้าน ร่วมกับใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน การประเมินสภาพแวดล้อมและครอบครัว โดยยึดหลัก INHOMESSS มีการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านทั้งหมด ๔ ครั้งดังนี้

๑.การพยาบาลในระยะขณะเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ จากการประเมินสภาพ อาการ อาการแสดง และข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลจากการสวนหัวใจที่ข้อมือขวา แผลแห้งดี มีแผลจากการต่อท่อล้างไตทางหน้าท้องขอบแผลไม่มี discharge ซึม ลักษณะน้ำที่ไหลออกขณะล้างไตไม่มีสีขุ่น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีญาติดูแลอยู่ใกล้ๆ สีหน้ามีความวิตกกังวล สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๓/๘๗ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **ปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ๑)แผลจากการสวนหัวใจอาจติดเชื้อจากพฤติกรรมการดูแลแผลยังไม่เหมาะสม การพยาบาล** ดูแลให้การพยาบาลโดยทำแผล dry dressing ด้วยความนุ่มนวล ล้างแผลจนสะอาด การปิดแผลเลือกวัสดุที่รักษาความชุ่มชื้นบริเวณแผลจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แนะนำญาติและผู้ป่วยให้ทำแผลวันละ ๑ ครั้งและดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ สังเกตลักษณะแผลและหนอง อธิบายเกี่ยวกับโรค การวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการไข้และภาวะติดเชื้อ แนะนำญาติดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่แดงในปริมาณที่เหมาะสม **ประเมินผล** แผลแห้งดีและผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๓/๘๗ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **๒) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจ ได้แก่ เลือดออกที่แผล กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดส่วนปลาย ปฏิกิริยาการแพ้และภาวะไตวายเฉียบพลัน การพยาบาล** โดยประเมินบริเวณข้อมือที่ทำหัตถการว่ามีเลือดออกหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนังอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น ประเมินสัญญาณชีพโดยวัดที่ตรงข้ามกับการทำหัตถการ ประเมินความรู้สึกตัว ความสามารถใน การลืมตา การพูด การเคลื่อนไหว คลำชีพจรใน ตำแหน่งต่าง ๆ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดต่าง ๆ ของร่างกาย ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนที่นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของปลายนิ้วมือข้างที่ทำหัตถการ สังเกต สีผิวและความอุ่น อาการปวดและชาต่อเนื่องเพื่อประเมินการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย **ประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีอาการและอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในสมองและอวัยวะส่วนปลายสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๓/๘๗ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **๓) เสี่ยงต่อโรคกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและขาดการออกกกำลังกาย การพยาบาล** ประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก จากนั้นให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้ในการบริโภคอาหาร ได้แก่ อาหารลดเค็ม ลดมัน ลดหวาน เน้นการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด พร้อมมอบแผ่นพับคำแนะนำการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้ความรู้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ เช่น การเดินออกกำลังกายแต่ควรหลีกเลี่ยงการวิ่ง การปั่นจักรยานและการว่ายน้ำประมาณ ๑ สัปดาห์หลังสวนหัวใจ ให้กำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจในช่วงที่ผู้ป่วยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขสภาพ แนะนำให้รับประทานยาให้ถูกต้อง ไม่ควรลืมรับประทานยา **ประเมินผล** ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก หลังการให้กำลังใจ ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเข้าใจ อย่างไรก็ดีต้องมีการประเมินและติดตามช่วยเหลือต่อเนื่อง

๔) แผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้องมีโอกาสติดเชื้อจากการทำความสะอาดไม่ถูกต้อง การพยาบาล แนะนำการดูแลแผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้อง โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ การรั่วซึมของช่องสายออก ป้องกันการเลื่อนหลุด ของคัฟฟ์ (cuff) และส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด ได้แก่ การป้องกันการเกิดอันตรายต่อช่องสายออก เพื่อให้สายล้างช่องท้องมีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุดแนะนำการเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือและน้ำยาให้ครบถ้วนถูกต้อง วิธีการทำความสะอาดแผลหน้าท้องที่ถูกต้องทุกขั้นตอน แนะนำขั้นตอนในการเปลี่ยนน้ำยาระบบ Twin bag แนะนำการจดบันทึกเพื่อติดตามการรักษา แนะนำการดูแลแผลช่องสายออก (Exit site) **ประเมินผล** แผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้องไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการดูแลแผลได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงอาการของแผลติดเชื้อได้ถูกต้อง **๕) ผู้ป่วยมีภาวะซีด การพยาบาล** ดูแลการฉีดยา Hypercrit ๔,๐๐๐ U เข้าชั้นใต้ผิวหนังสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง แนะนำผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้แก่เนื้อปลา ไข่ขาว งดอาหารประเภทเบอเกอรี่ แนะนำการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รวมทั้งปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที และควรสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ก่อนนัด ติดตามผลค่าความเข้มข้นเลือด(Hct) **ประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยา Hypercrit ๔,๐๐๐ U เข้าชั้นใต้ผิวหนังสัปดาห์ละ ๑ ครั้งตามแผนการรักษา ผู้ป่วย และญาติสามารถบอกถึงอาหารที่ควรรับประทาน การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการที่ควรรีบไปพบแพทย์ได้ถูกต้อง ผลค่าความเข้มข้นเลือด(Hct) ๓๐% **๖)ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวลกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม การพยาบาล** ประเมินระดับความเครียดและความวิตกกังวล ให้ความรู้ คำแนะนำเรื่อง ผลของความเครียดต่อโรคหัวใจอาจทำให้เกิดอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น อาจต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลถึงการพยากรณ์ของโรคไม่ดี อีกทั้งอาจส่งผลแก่ชีวิตได้ แนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนเพื่อลดความเครียด การจัดการความเครียดที่ถูกต้องตามหลัก วิธีการจะสามารถช่วยลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพแนะนำแนวทางการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินผลการจัดการความเครียดของผู้ป่วยและญาติ หากความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นหมดไปจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติแต่ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าระดับความเครียดนั้นยังคงอยู่ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคคลากรทางสุขภาพต่อไป **ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการความเครียดได้ถูกต้องตามหลักการ สามารถจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ **๗) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Hypercrit ๔๐๐๐ u sc ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ การพยาบาล** การประเมินก่อนให้ยาโดยตรวจสอบระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Hypercrit การให้ยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์โดยตรวจสอบการให้ยา ความสะอาดและเทคนิคการฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังและติดตามผล ตรวจสอบระดับฮีโมโกลบิน เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา ตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต เนื่องจาก Hypercrit อาจทำให้ความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังสัญญาณและอาการของผลข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน ท้องผูก หรืออาการบวมที่แขนหรือขา การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบริเวณที่ฉีดยา อาจมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงหรืออาจต้องเสริมธาตุเหล็กตาม

คำแนะนำของแพทย์ เตรียมพร้อมในการจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูง ประสานงานกับแพทย์หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะลิ่มเลือด (thrombosis) หรือปัญหาการทำงานของไต **ประเมินผล** ไม่มีก้อนบริเวณที่ฉีดยาและไม่มีการติดเชื้อความดันโลหิตก่อนฉีดยา ๑๔๓/๘๗ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตหลังฉีดยา ๑๔๘/๘๖ มิลลิเมตรปรอท ไม่พบความดันโลหิตสูงหลังการฉีดยา

การพยาบาลในระยะขณะเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ จากการประเมินสภาพ อาการ อาการแสดง และข้อมูลสนับสนุน พบว่าจากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม เทคนิคการล้างไตทางช่องท้องยังไม่ถูกต้อง ในส่วนของ การเช็ดข้อต่อ ปลายสายจุกต่างๆยังไม่ครบถ้วน จึงนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลมาประกอบและหาข้อสรุปในการจัดทำคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย แผ่นพับเรื่องการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องที่ถูกต้อง ติดตาม สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **ปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ๑) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Hypercrit ๔๐๐๐ unit sc ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ การพยาบาล** การประเมินก่อนให้ยาโดยตรวจสอบระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Hypercrit การให้ยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์โดยตรวจสอบการให้ยา ความสะอาดและเทคนิคการฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังและติดตามผล ตรวจสอบระดับฮีโมโกลบิน เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา ตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต เนื่องจาก Hypercrit อาจทำให้ความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังสัญญาณและอาการของผลข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน ท้องผูก หรืออาการบวมที่แขนหรือขา การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบริเวณที่ฉีดยา อาจมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงหรืออาจต้องเสริมธาตุเหล็กตามคำแนะนำของแพทย์ เตรียมพร้อมในการจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูง ประสานงานกับแพทย์หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะลิ่มเลือด (thrombosis) หรือปัญหาการทำงานของไต **ประเมินผล** ค่าฮีมาโตคริต ๓๐% ซึ่งมีค่าต่ำ จำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษา ได้รับยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์ไม่มีก้อนบริเวณที่ฉีดยาและไม่มีการติดเชื้อ ความดันโลหิตก่อนฉีดยา ๑๒๘/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตหลังฉีดยา ๑๓๒/๘๔ มิลลิเมตรปรอท ไม่พบความดันโลหิตสูงหลังการฉีดยา **๒) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย การพยาบาล** ประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอีกครั้ง จากนั้นให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เห็นตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามให้ความรู้ในการบริโภคอาหาร ได้แก่ อาหารลดเค็ม ลดมัน ลดหวาน เน้นการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด พร้อมมอบแผ่นพับคำแนะนำการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไต โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ แนะนำให้จดรายการอาหารที่รับประทานใน ๑ สัปดาห์ เพื่อให้พยาบาลทราบถึงชนิดอาหารและจำนวนที่รับประทาน ให้ความรู้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจโดยนักกายภาพบำบัด เช่น การเดินออกกำลังกายแต่ควรหลีกเลี่ยงการวิ่ง การปั่นจักรยานและการว่ายน้ำประมาณ ๑ สัปดาห์หลังสวนหัวใจ แนะนำการใช้สื่อทางสุขภาพ

ได้แก่ https://www.youtube.com/watch?v=xXX๔SGdM๔dE ให้กำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจในช่วงที่ผู้ป่วยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขสภาพ วางแผนในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค ในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยการนัดติดตามอาการอีกครั้งใน ๑ สัปดาห์ **ประเมินผล** ผู้ป่วยมีความพร้อมและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยสามารถปรุงอาหารตามคลิปวิดีโอ และการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก สามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพทาง webside ได้ และสามารถออกกำลังกายตามคำแนะนำในคลิปวิดีโอได้ หลังการให้กำลังใจ ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเข้าใจ อย่างไรก็ดีต้องมีการประเมินและติดตามช่วยเหลือต่อเนื่อง **๓) แผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้องมีโอกาสติดเชื้อจากการทำความสะอาดไม่ถูกต้อง การพยาบาล** แนะนำการดูแลแผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้อง โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ การรั่วซึมของช่องสายออก ป้องกันการเลื่อนหลุด ของคัฟฟ์ (cuff) และส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด ได้แก่ การป้องกันการเกิดอันตรายต่อช่องสายออก เพื่อให้สายล้างช่องท้องมีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุดแนะนำการเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือและน้ำยาให้ครบถ้วนถูกต้อง วิธีการทำความสะอาดแผลหน้าท้องที่ถูกต้องทุกขั้นตอน แนะนำขั้นตอนในการเปลี่ยนน้ำยาระบบ Twin bag แนะนำการจดบันทึกเพื่อติดตามการรักษา แนะนำการดูแลแผลช่องสายออก (Exit site) **ประเมินผล** แผลช่องทางออกของการล้างไตทางช่องท้องไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการดูแลแผลได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงอาการของแผลติดเชื้อได้ถูกต้อง

การพยาบาลในระยะขณะเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ จากการประเมินสภาพ อาการ อาการแสดง และข้อมูลสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยและญาติมีการยอมรับและการปรับตัวที่ดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถออกกำลังการตามคลิปวิดีโอได้วันละ ๑๕ นาที สัปดาห์ละ ๓-๕ วัน แต่พฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ถูกต้อง ยังคงซื้อก๋วยเตี๋ยวมารับประทานสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้งผู้ศึกษาจึงใช้เครื่องมือวัดค่าความเค็มในอาหารมาสอนและสาธิตการวัดค่าความเค็มระหว่างก๋วยเตี๋ยวที่ซื้อจากร้านค้าเปรียบเทียบกับต้มจืดที่ญาติเป็นผู้ประกอบอาหาร พบว่าค่าความเค็มมีความแตกต่างกันสูงมากซึ่งจากการสาธิตทำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นค่าความเค็มจริงและเกิดความตระหนักในการควบคุมระดับโซเดียมในอาหาร เทคนิคการล้างไตทางช่องท้องสามารถทำได้ถูกต้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๒/๗๘ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **ปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ๑) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Hypercrit ๔๐๐๐ u sc ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ การพยาบาล** การประเมินก่อนให้ยาโดยตรวจสอบระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Hypercrit การให้ยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์โดยตรวจสอบการให้ยา ความสะอาดและเทคนิคการฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังและติดตามผล ตรวจสอบระดับฮีโมโกลบิน เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา ตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต เนื่องจาก Hypercrit อาจทำให้ความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังสัญญาณและอาการของผลข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน ท้องผูก หรืออาการบวมที่แขนหรือขา การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบริเวณที่ฉีดยา อาจมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงหรืออาจต้องเสริมธาตุเหล็กตามคำแนะนำของแพทย์ เตรียมพร้อมในการจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูง ประสานงานกับแพทย์หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะลิ่มเลือด (thrombosis) หรือปัญหาการทำงานของไต **ประเมินผล** ค่าฮีมาโตคริต ๓๐% ซึ่งมีค่าต่ำ จำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษา ได้รับยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์ไม่มีก้อนบริเวณที่ฉีดยาและไม่มีการติดเชื้อ ความดันโลหิตก่อนฉีดยา ๑๓๒/๗๘ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตหลังฉีดยา ๑๒๗/๘๕ มิลลิเมตรปรอท ไม่

พบความดันโลหิตสูงหลังการฉีดยา **๒) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ พูดคุยถึงอาการทั่วไป การจดบันทึกสารน้ำ และชี้ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าวันที่ผู้ป่วยรับประทานก๋วยเตี๋ยว หรือ ซื้ออาหารนอกบ้านจะพบว่าปริมาณน้ำที่ออกมามีปริมาณน้อยกว่าวันที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติทำให้รับประทาน จากภาวะที่ปริมาณน้ำออกน้อยเป็นผลมาจากเกลือโซเดียมที่อยู่ในอาหารเมื่อไปอยู่ตามเซลล์จะดึงน้ำให้อยู่ในเซลล์ไม่สามารถขับออกมาได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยโรคไตสาธิตการวัดค่าความเค็มด้วยเครื่องตรวจวัดค่าความเค็มพบว่าในก๋วยเตี๋ยวที่พยาบาลซื้อมาเป็นตัวอย่างอาหารพบว่ามีค่าโซเดียมในปริมาณที่สูงถึง ๑,๙๐๐ มิลลิกรัม ส่วนในต้มจืดที่ญาติผู้ป่วยทำให้รับประทานวัดค่าความเค็มด้วยเครื่องตรวจวัดค่าความเค็มพบว่ามีค่าโซเดียม ๕๐ มิลลิกรัม พยาบาลแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยอีกครั้ง **ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงปริมาณโซเดียมที่มีปริมาณมากในก๋วยเตี๋ยว และบอกว่าจะหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารนอกบ้านจะทำอาหารทานเอง เนื่องจากสามารถปรุงอาหารที่ลดเค็มได้ หลังการให้กำลังใจ ให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้

การพยาบาลในระยะขณะเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ จากการประเมินสภาพ อาการ อาการแสดง และข้อมูลสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยและญาติมีการยอมรับและการปรับตัวที่ดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เทคนิคการล้างไตทางช่องท้องสามารถทำได้ถูกต้อง ยังกังวลเรื่องการใช้บัตรประกันสุขภาพในการบำบัดทดแทนไตการรับสวัสดิการต่างๆจากภาครัฐ ผู้ศึกษาจึงได้หาข้อมูลในการเตรียมเอกสารเมื่อใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพในการบำบัดทดแทนไต โดยจากการเยี่ยมบ้าน ๔ ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดสวนหัวใจ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อแผลล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการจำกัดโซเดียมได้ถูกต้อง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยและญาติมีความสุขสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๖/๘๕ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๘ % **ปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ๑) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Hypercrit ๔๐๐๐ u sc ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ การพยาบาล** การประเมินก่อนให้ยาโดยตรวจสอบระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเพื่อยืนยันว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยา ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Hypercrit การให้ยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์โดยตรวจสอบการให้ยา ความสะอาดและเทคนิคการฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังและติดตามผล ตรวจสอบระดับฮีโมโกลบิน เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา ตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต เนื่องจาก Hypercrit อาจทำให้ความดันโลหิตสูง เฝ้าระวังสัญญาณและอาการของผลข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน ท้องผูก หรืออาการบวมที่แขนหรือขา การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบริเวณที่ฉีดยา อาจมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงหรืออาจต้องเสริมธาตุเหล็กตามคำแนะนำของแพทย์ เตรียมพร้อมในการจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูง ประสานงานกับแพทย์หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะลิ่มเลือด (thrombosis) หรือปัญหาการทำงานของไต **ประเมินผล** ค่าฮีมาโตคริต ๓๐% ซึ่งมีค่าต่ำ จำเป็นต้องได้รับยาตามแผนการรักษาได้รับยา Hypercrit ๔,๐๐๐ unit เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามคำสั่งแพทย์ ไม่มีก้อนบริเวณที่ฉีดยาและไม่มีการติดเชื้อความดันโลหิตก่อนฉีดยา ๑๒๔/๗๔ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตหลังฉีดยา ๑๒๖/๘๕ มิลลิเมตรปรอท ไม่พบความดันโลหิตสูงหลังการฉีดยา **๒) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวเสียชีวิตและไม่ทราบถึงการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการบำบัดทดแทนไต การพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ พูดคุยถึงอาการทั่วไป สอบถามความวิตกกังวลเรื่องการใช้บัตรประกันสุขภาพเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แนะนำผู้ป่วยและญาติในการเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนในการยื่นขอใช้บัตรประกันสุขภาพในการรับการบำบัดทดแทนไตได้ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยต้องขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลบางใหญ่ก่อนจึงจะสามารถไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ตามสิทธิ์แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า

นโยบายการใช้บัตรประกันสุขภาพในการบำบัดทดแทนไต มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ก.พ. ๒๕๖๕ ในส่วนคนไข้ก็ไม่ต้องชำระเงินส่วนเกินเอง **ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจในขั้นตอนการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยและญาติสามารถเตรียมเอกสารได้ถูกต้อง ครบถ้วน

๔.๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑. เลือกกรณีศึกษาจากเรื่องที่สนใจ

๔.๕.๒. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

๔.๕.๓. ศึกษาค้นคว้าจากทฤษฎีและเอกสารวิชาการ

๔.๕.๔. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๔.๕.๕. นำข้อมูลมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

๔.๕.๖. ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

๔.๕.๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งแสดงข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

๔.๕.๘. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

๔.๕.๙. นำเสนอและเผยแพร่

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. เชิงปริมาณ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในชุมชน รายกรณี จำนวน ๑ ราย เป็นการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมอละจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมจำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน ๔ ครั้ง

๕.๒. เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

๕.๒.๒ มีมาตรฐานในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน

๕.๒.๓. ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการสอน สาธิต การวัดค่าความเค็มในอาหาร ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

๕.๒.๔. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน เป็นผลงานวิชาการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยสามารถวางแนวทางหรือกำหนดมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยมีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจรวมถึงการพยาบาลในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน

๖.๒. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้รับไปดำเนินการทำวิจัย ในเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน เป็นต้น

๖.๓. นำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน ไปใช้สอนนักศึกษาพยาบาล

๖.๔. สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิง เป็นต้นแบบของการปฏิบัติงานด้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในชุมชน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ในจังหวัดนนทบุรี และผลที่เกิดขึ้นจากผลงานวิชาการส่งผลให้หน่วยงานมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสวนหัวใจและหลอดเลือดในชุมชน ผลการศึกษาของผู้ขอประเมินทำให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑. ผลงานวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน แสดงถึงความยุ่งยาก ซับซ้อนในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมรวม ๓ โรค และมีการทำหัตถการ ๒ ชนิด ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับได้รับการสวนหัวใจ

๗.๒. ผู้ป่วยรายนี้มีการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับได้รับการสวนหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลทางหน้าท้องและแผลจากการสวนหัวใจจนทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

๗.๓. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในการให้การพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านจึงต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเตรียมข้อมูลก่อนเยี่ยมบ้าน การให้การพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านและการประเมินผลหลังการเยี่ยมบ้าน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ๓ โรค เป็นการให้การพยาบาลขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ในส่วนของการวางแผนการพยาบาลล่วงหน้าให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยบางครั้งผู้ป่วยไม่ว่างทีมไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ หรือ เจ้าหน้าที่ติดประชุมไม่วามารถเยี่ยมได้ตามนัด

๘.๒. การพยาบาลเรื่องการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จำเป็นต้องใช้กระบวนการทางพยาบาลที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน ผู้ศึกษาใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การพยาบาลการเยี่ยมบ้านในชุมชน ในขณะดูแลผู้ป่วยที่มีแผลล้างไตทางหน้าท้อง แผลจากการใส่สายสวนหัวใจ และ ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มประกอบด้วย ๔ วิธีได้แก่ ชี้แนะ การสอน การให้ความรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม จึงมีบทบาทในการสนับสนุน ให้การช่วยเหลือในการดูแลตามความพร่องในการดูแลตนเอง และเพิ่มความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะเยี่ยมบ้านมีการเตรียมการพยาบาลในระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ขณะเยี่ยมบ้านและหลังการเยี่ยมบ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้มีความเฉพาะในผู้ป่วยควรเน้น

๑. **ด้านการบริหารจัดการ** ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องด้านบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ร่วมกับการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒. **ด้านบริการ**

๒.๑. การพัฒนาระบบบริการการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อเชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อ

๒.๒. การให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลรักษาแผลล้างไตทางหน้าท้อง การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยสอนการใช้สื่อดิจิตอลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติไม่เกิดความเบื่อหน่าย

๓. **ด้านวิชาการ** สามารถนำเสนอผลงานเป็นต้นแบบของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในชุมชน สำหรับจังหวัดนนทบุรี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)

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

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

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๔ / ต.ค. / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางสัตตวัลย์ ชนะศอนุกูล)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางใหญ่
(วันที่) ๔ ต.ค. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายรุ่งฤทัย มาลีประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(ตำแหน่ง) .....
(วันที่) 20 พ.ย. 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน

๒. หลักการและเหตุผล โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ ๙.๕ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานปี ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว ๕๓๗ ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง ๖.๗ ล้านคนหรือเสียชีวิต๑รายในทุกๆ ๕ วินาที ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ทำให้เกิดความบกพร่องของระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบหลอดเลือดอย่างช้าๆ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตาและเท้า เช่น โรคไตและการถูกตัดเท้าหรือขา เขตบริการสุขภาพที่ ๔ มีผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๒๘๘,๒๖๑, ๓๐๒,๒๔๐ และ ๓๑๖,๘๔๖ คน ตามลำดับ จังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๕๓,๑๙๖ , ๕๖,๔๘๔ และ ๖๑,๙๕๘ คน ตามลำดับ จากรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ ในปีพ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ร้อยละ ๔.๔๙, ๓.๗๔ และ ๔.๖๖ ตามลำดับ จังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ ๓.๕๕, ๓.๖๒ และ ๔.๑๙ ตามลำดับ และอำเภอบางใหญ่มีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๓.๑๕ , ๓.๔๓ และ ๓.๕๑ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพื่อขึ้นเช่นเดียวกับระดับจังหวัด ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงโดยมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยารักษาเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพร ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและความเครียด เป็นต้น ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การสร้างสมรรถนะการจัดการตนเองในประชาชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Health promotion) และการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่ออยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพ (Living well with chronic illnesses) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นฐานแนวคิดของการจัดการตนเอง (Self-management)และที่สำคัญการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นองค์ประกอบหลักของระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ถูกใช้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ ในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรได้ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้โดยมีการกำหนดนโยบาย มาตรฐานการศึกษา การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยให้มากที่สุด

จากการศึกษาดังกล่าวจึงมีจากการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่ามีเพียงการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงหิน ทีมสหวิชาชีพที่หมุนเวียนมาให้ความรู้ในคลินิกเบาหวาน แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมที่ชัดเจนและจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่พบว่ารับประทานอาหารประเภทข้าวแป้งไม่จำกัด ใช้เครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มรสหวาน บางรายใช้สมุนไพร ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนจัดการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงหิน ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาธงหิน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน จำนวน ๙๓๘, ๑,๐๑๙, และ ๑,๐๐๗ คน ตามลำดับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี (A๑C<๗%) ร้อยละ ๑๘.๙๑, ๓๐.๔๘ และ ๓๕.๔๕ ตามลำดับและผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตและผลมีโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๓๑ , ๔๖ และ ๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๓ , ๔.๕๑ และ ๔.๒๗ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นผู้ศึกษาในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสาธงหิน จึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

แนวความคิด การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self–management Support) ของ Glasgow(๙) ด้วย กลยุทธ์ ๕A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ของ Glasgow ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยมีทีมบุคลากรทางสุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถชะลอไตเสื่อมได้

ข้อเสนอ ผู้ศึกษาจึงนำเสนอแนวทางการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self–management Support) ของ Glasgow ซึ่งเป็นการสนับสนุนและสร้างเสริมความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนไม่เท่ากันตามข้อจำกัดด้านอายุ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินและให้คำแนะนำเป็นระยะ

๒. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน เป็นการดำเนินการและมีการติดตามหลายครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยมาไม่ตรงตามนัด จึงควรจัดระบบให้สำหรับผู้ป่วยที่ผิดนัด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. มีแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน

๔.๒. พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน

๔.๓. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้รับการประเมินภาวะไตเสื่อมทุกราย

๔.๔. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับการประเมินภาวะไตเสื่อมทุกรายไม่มีภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. มีแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเสาธงหิน ออกแบบเป็นคู่มือ ๑ เล่ม

๕.๒. พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้รับการประเมินภาวะไตเสื่อม ร้อยละ ๑๐๐

๕.๔. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่๒ ที่ได้รับการประเมินภาวะไตเสื่อมทุกรายไม่มีภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) .....
(นางสาวฐิติยา จันทพิมพะ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๙/ตุลาคม/๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา		จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา		
๑๖	นางสาวนวิยา ไสยรัตน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๖๔๔๔	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๖๔๔๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	"ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่"				๘๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	"การพัฒนารูปแบบการบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	**"แนบท้ายประกาศ"**				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มิถุนายน ๖๗ - ตุลาคม ๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการชะลอไตเสื่อม

๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง

๓. ๔ ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก การจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสร้างการมีส่วนร่วมบูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการ ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการ ติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ร่วมกัน รวมถึงการดูแลในชุมชนโดยสนับสนุนให้มีการดูแลแบบองค์รวม ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยรวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล(Caregiver, CG) ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๒)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโรคที่เกิดร่วมกันหลายโรค เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคเกาต์ หากผู้ป่วยควบคุมโรคที่เกิดร่วม เหล่านี้ได้ไม่ดีจะส่งผลให้การดำเนินของโรคไตวายเรื้อรัง เกิดรวดเร็วยิ่งขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเหล่านี้อย่าง ให้ได้ผลการรักษาจำเป็นต้องจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของผู้ป่วยโดยการติดตามสภาวะสุขภาพตนเอง อย่างสม่ำเสมอ (self-monitoring) การใช้ยาตามแพทย์ สั่งอย่างเคร่งครัด (medication adherence) การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม (Kahn et al., ๒๐๑๕) ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ การจัดการตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ร่วมมือร่วมใจกับบุคลากรสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและทางเลือกในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา การดำเนินการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าติดตามและจัดการอาการและอาการแสดงของโรค จัดการผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อารมณ์ และความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Barlow et al., ๒๐๐๒) และการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะที่ ๑-๓ จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันมิให้โรคลุกลามไประยะที่ ๔-๕ ได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ๒๕๕๙)

อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี มีสถานบริการในระดับปฐมภูมิ จำนวน ๑๔ แห่ง มีผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๒ - ๓ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๒-๓ ร้อยละ ๒๔.๓๗ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๒๖.๗๖ และพ.ศ. ๒๕๖๖ ร้อยละ ๓๐.๗๒ (ระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC), ๒๕๖๖) แม้ว่าทางสถานบริการได้จัดให้มีการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในเรื่องของการปฏิบัติตัวและการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์และสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัย ถึงสาเหตุและพฤติกรรมความเป็นอยู่ของผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ ๒-๓ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในอำเภอบางบัวทอง พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต ซึ่งจัดเป็นปัญหา

หรือสาเหตุหลัก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังมักมีโรคเรื้อรังอื่นนำมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับยากลับไปรับประทานที่บ้าน ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่เมื่อมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ หรืออาการมึนงง ทำให้ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และไม่คำนึงถึงคำแนะนำที่ได้รับ คิดว่าการรับประทานยาเป็นจำนวนมากจะทำให้ไตทำงานหนัก และไตวายในที่สุดจึงหยุดยา รับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และไปรับประทานยาหม้อ ยาต้ม ตามความเชื่อของตนเอง นอกจากนั้นวิถีความเป็นอยู่ในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยคือ รับประทานที่ปรุงเพื่อรับประทานร่วมกันทั้งครอบครัว ซื้อแกงถุงปรุงสำเร็จ ตามตลาดนัดมารับประทาน และก็มีพริก น้ำปลาตั้งวางอยู่ข้างๆจานอาหารเสมอ หรือผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเหยาะน้ำปลาลงในข้าวทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบันของคนไทยที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น นิยมซื้ออาหารนอกบ้าน พึ่งอาหารสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง รับประทานอาหารรสเค็มจัด และการปรุงเครื่องปรุงที่มีเกลือหรือโซเดียมสูง ซึ่งคนไทยบริโภคเกลือและโซเดียมสูงกว่าที่แนะนำ ๒ เท่า ในการกินอาหารรสเค็มจัดจะส่งผลให้เพิ่มการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และยังส่งผลเสียต่อไตโดยตรง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งต้องบริหารจัดการร่วมกับทีมเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีจำนวนมากแต่ทรัพยากร ในการดำเนินการเพื่อชะลอไตเสื่อมมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาการให้บริการ การติดตาม และประเมินผล โดยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยบริการแบบไร้รอยต่อใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้เกิดระบบที่เอื้อให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของ Kanfer & Gaelick-Buy, ๑๙๙๑ ที่มีกลวิธีการจัดการตนเองประกอบไปด้วย ๓ ขั้นตอน คือการติดตามตนเอง (Self-monitoring)การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกันมาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเอง Self-management concepts ของ Kanfer (๒๐๐๐) ที่ประกอบด้วย โดเมน (Domain) ๔ โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดการสร้างแรงจูงใจ และอารมณ์การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกของแต่ละบุคคล สร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร และการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เน้นการชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด เพื่อลดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องอันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือแนะนำตัวจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง ถึงผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับหนังสือแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

๑. ติดต่อพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานรักษาพยาบาล คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และกำหนดวันนัดหมายทำความเข้าใจ วิธีเก็บข้อมูล

๒. ผู้วิจัยลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และจัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการแก่กลุ่มเป้าหมาย

๓. ผู้วิจัยลงพื้นที่ทำกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การติดตามตนเอง (Self - monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง ๒) การประเมินตนเอง (Self -evaluation) เพื่อประเมินตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self -reinforcement) เพื่อการกระตุ้นให้ เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการตามโปรแกรม ประกอบด้วย ๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ๒) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย ๓) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การติดตามตนเอง

ครั้งที่ ๑ (เริ่มต้น) ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนเข้าร่วมวิจัย (Pre-test) (จัดกิจกรรม ๓ ชั่วโมง)

๑. สร้างสัมพันธภาพผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวและให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนาแบบฉันท์มิตรโดยการกล่าวคำชื่นชมและตกลงบริการ กำหนดเป้าหมายชัดเจนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง

๒. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมรวม ๖ ครั้ง

๓. ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย

๔. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๕. เพิ่มเพื่อนในไลน์กลุ่ม “บางไผ่ ชะลอไตเสื่อม” เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ สอบถาม แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๖. แนะนำการใช้สมุดคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๗. นัดหมายกิจกรรมครั้งที่ ๒

ครั้งที่ ๒ กิจกรรมเตรียมความพร้อม และการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

๑. พบแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล และพูดคุยเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวัน เช่น ลักษณะงานที่ทำ การกินยารักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคร่วมอื่น ๆ และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกันกับแพทย์

๒. ติดตามภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือด

๓. นัดหมายกิจกรรมครั้งที่ ๓

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินตนเอง

ครั้งที่ ๓ กิจกรรมกลุ่มนัดมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.วัดบางไผ่ (๑ ชั่วโมง) การบันทึกผลพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน และประเมินตนเอง ติดตามภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือด และนัดหมายกิจกรรมครั้งที่ ๔

ขั้นตอนที่ ๓ การเสริมแรงตนเอง

ครั้งที่ ๔ กิจกรรมกลุ่มนัดมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.วัดบางไผ่ (๑ ชั่วโมง) เพื่อเสริมแรงตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้เหมาะสม และให้กำลังใจตนเองเมื่อยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

๑. สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและสะท้อนกลับข้อมูลโดยกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้เหมาะสม และให้เล่าประสบการณ์ให้เพื่อนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ดี เป็นกำลังใจให้กับตนเองในเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒. สรุปผลการจัดการตนเองและปัญหา และอุปสรรค จากนั้นร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย

๓. ติดตามภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือด

๔. นัดหมายกิจกรรมครั้งที่ ๕

ครั้งที่ ๕ กิจกรรมกลุ่มนัดมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.วัดบางไผ่ (๑ ชั่วโมง) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

๑. สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและสะท้อนกลับข้อมูลโดยกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้เหมาะสม และให้เล่าประสบการณ์ให้เพื่อนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ดี เป็นกำลังใจให้กับตนเองในเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒. ทบทวนความรู้กลุ่มโดยพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่บ้าน ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ

๓. สรุปผลการจัดการตนเองและปัญหา และอุปสรรค จากนั้นร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย

๔. ติดตามภาวะสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และวัดระดับน้ำตาลในเลือด

๕. นัดหมายกิจกรรมครั้งที่ ๖

ครั้งที่ ๖ ประเมินผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วย นัดมาที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.วัดบางไผ่ (๓ ชั่วโมง)โดยการประเมินพฤติกรรมการ และ ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต สรุปผลการผลการจัดดการตนเองของผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้การชมเชยในสิ่งที่ทำได้ดี และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในสิ่งที่ยังทำได้ไม่ดี

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

๒. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จากผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

๒. ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

เชิงคุณภาพ

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา ได้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของ Kanfer & Gaelick-Buy, ๑๙๙๑ ที่มีกลวิธีการจัดการตนเองประกอบไปด้วย ๓ ขั้นตอน คือการติดตามตนเอง (Self-monitoring)การประเมินตนเอง

(Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกันมาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเอง Self-management concepts ของ Kanfer (๒๐๐๐) ที่ประกอบด้วย โดเมน (Domain) ๔ โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดการสร้างแรงจูงใจ และอารมณ์การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกของแต่ละบุคคล สร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร และการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เน้นการชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด เพื่อลดขั้นตอนการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องอันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดีขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับ ๒ - ๓ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ที่ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับ ๒ – ๓ มีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ดีขึ้น

๓. เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) มีกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การติดตามตนเอง (Self - monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง ๒) การประเมินตนเอง (Self -evaluation) เพื่อประเมินตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self -reinforcement) ซึ่งต้องใช้เวลาและมีการนัดหมายหลายครั้ง และต้องใช้ความละเอียดซับซ้อนในการดำเนินกิจกรรมเพื่อทำให้คลอบคลุมทุกขั้นตอน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มีผลกระทบบ้างในเรื่องของความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือบุคลากรผู้ทำหน้าที่เป็นแกนนำ หรือแม้กระทั่งภารกิจเร่งด่วนในพื้นที่ ปัญหาผลกระทบจากการประกอบอาชีพแต่ทุกคนมีความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเสียสละ อดทน เป็นการเรียนรู้ที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตั้งแต่มีการเสื่อมของไตในระยะที่ ๒ เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมในระยะที่สูงขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแล้วควรติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวนวิยา ไสยรัตน์ สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ.๘๐.....

๒) .นางนิลาวรรณ ปะทะขีนัง สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ๒๐.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววนิยา ไสยรัตน์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ต.บางรักพัฒนา

(วันที่) ...๑๐.../.ตุลาคม./.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววนิยา ไสยรัตน์	
นางนิลาวรรณ ปะทะขีนัง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายไพโรจน์ ชมชู)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง

(วันที่) ...๑๐.../...ตุลาคม.../...๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...../.20 พ.ย. 2567./.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ.)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบ ๑ ใน ๑๐ ของประชากรทั่วโลกมีการทำงานของไตผิดปกติ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ ๑ ล้านคน มีสาเหตุมาจากการไม่ได้เข้ารับการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง ใน ประเทศไทยประสบกับปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๕ พบว่า ๑ ใน ๒๕ ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย ระยะ ๔ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย และระยะที่ ๕ ที่ต้องล้างไต มากถึง ๖๒,๓๘๖ ราย จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการรักษาโรคไตเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค,๒๕๖๖) สำหรับจังหวัดนนทบุรี ปี ๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยที่รักษาด้วยโรคเบาหวาน จำนวน ๖๑,๙๕๘ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๑๔,๗๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๓ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๒,๓๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๒๒ ของผู้ป่วยเบาหวานของได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งหมด และพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยแบ่งเป็นระยะที่ ๓,๔,๕ ร้อยละ ๔๕.๔๕,๙.๒๕ และ ๗.๔๐ ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จึงมีการตรวจคัดกรองภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเสื่อมของไตระยะที่ ๔,๕ และการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ (HDC จังหวัดนนทบุรี,๒๕๖๖) โดยอำเภอบางบัวทอง พบอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังย้อนหลัง ๓ ปี คือ ปี๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ พบอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็น ๑๙๔.๒๐, ๒๗๔.๗๙, ๒๐๖.๕ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และซึ่งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังมาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ แต่กลับพบว่าประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๕๙๑.๗๒, ๖๑๙.๒๐ และ ๖๙๐. ๘๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีต่ำกว่าเกณฑ์ โดยสามารถควบคุมได้เพียงร้อยละ ๒๔.๕๒, ๓๑.๔๘ และ ๒๔.๙๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดนนทบุรี, ๒๕๖๖) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้โรคไตเรื้อรัง มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง ๑.๔ ล้านคน ใน ค.ศ. ๒๐๑๙ เพิ่ม สูงขึ้น ๒๐% จาก ค.ศ. ๒๐๑๐ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ๑ ใน ๑๐ ของโลก (กรมควบคุมโรค. ๒๕๖๓)

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) เป็นภาวะที่ไตไม่สามารถทำ หน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย และไม่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์ และกรดด่างของร่างกายหรือภาวะที่มี การทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรที่แก้ไขไม่ได้ สามารถตรวจสอบพบความผิดปกติได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ของหน้าที่ของไต (renal function test) หรือ มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงกว่าปกติ หรือมีค่าของครีอะตินินสูงกว่าปกติติดต่อกันมาเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ๒๕๕๕) โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งใน ระดับโลกและในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากร ทั่วโลกป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ ๑๑.๔-๑๓. (Nicola & Zoccali, ๒๐๒๐) สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ ๑๗.๙ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ มากที่สุด ประมาณร้อยละ ๗.๕ รองลงมาเป็นระยะที่ ๒ ประมาณร้อยละ ๕.๖ ส่วนระยะที่ ๑ พบน้อยที่สุดประมาณร้อยละ ๓.๓ มีจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ ๑๖,๐๐๐ คนต่อปี และมี ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัด ทดแทนไต ประมาณ ๗๐,๐๐๐ คน ซึ่งผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ ๒๕๖๐)

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก การจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการ ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการ ติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ร่วมกัน รวมถึงการดูแลในชุมชนโดยสนับสนุนให้มีการดูแลแบบองค์รวม ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของ ผู้ป่วยรวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครที่ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล(Caregiver, CG) ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการ บริการสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ โดยจัดบริการแบบองค์รวม ผสมผสาน จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน มีความสำคัญ เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติสุขเหมือนคนทั่วไป จึงควรมีการพัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ด้วยบริบทของจังหวัดนนทบุรี เป็นเขตปริมณฑล ส่วนใหญ่มีความเป็นชุมชนเมืองลักษณะใกล้เคียงกับกรุงเทพมหานคร มีเนื้อทีเพียง ๖๒๒.๓๐๓ ตารางกิโลเมตร หรือ ๓๘๘,๙๓๙.๓๗๕ ไร่ แต่มีความหนาแน่น ของประชากรเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ รองจาก กรุงเทพมหานคร แบ่งเขตการปกครองเป็น ๖ อำเภอ ๕๒ ตำบล ๔๔๐ หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม ๔๖ แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑ แห่ง เทศบาล ๒๒ แห่ง (เทศบาลนคร ๒ แห่ง เทศบาลเมือง ๑๐ แห่ง เทศบาลตำบล ๑๐ แห่ง) องค์การบริหาร ส่วนตำบล ๒๓ แห่ง สถานีอนามัย ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗๕ แห่ง มีโรงงานอุตสาหกรรม มีพื้นที่การเกษตรและพื้นที่เขตเมือง มีห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อเปิดบริการ ๒๔ ชั่วโมง กระจายอยู่ทั่วจังหวัด มีประชากรทั้งสิ้น ๑,๒๖๕,๓๘๗ คน จำนวนหลังคาเรือน ๕๒๕,๒๖๑ หลังคาเรือน และมีประชากรแฝงกลางวัน ๑๗๖,๐๐๐ คน (มากที่สุดของประเทศ) และแฝงกลางคืน ๓๕๑,๐๐๐ คน (อันดับที่ ๖ ของประเทศ) ประชากรส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด ร้อยละ ๓๒.๐๔ รองลงมา คือ พนักงานบริษัท ร้อยละ ๑๓.๙๔ กำลังศึกษา ร้อยละ ๑๓.๙ ค้าขาย ร้อยละ ๘.๙๑ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ ๗.๓๖ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ ๕.๙๒ พนักงาน-รับราชการ ร้อยละ ๕.๘๕ และอื่นๆ ร้อยละ ๕.๖๖ ตามลำดับ กล่าวได้ว่า จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ที่มีบริบทหลากหลายค่อนข้างไปทางเมืองเป็นส่วนใหญ่

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งใน ระดับโลกและในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากร ทั่วโลกป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ ๑๑.๔-๑๓. (Nicola & Zoccali, ๒๐๒๐) สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ ๑๗.๙ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ มากที่สุด ประมาณร้อยละ ๗.๕ รองลงมาเป็นระยะที่ ๒ ประมาณร้อย ละ ๕.๖ ส่วนระยะที่ ๑ พบน้อยที่สุดประมาณร้อยละ ๓.๓ มีจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นปีละ ๑๖,๐๐๐ คนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ประมาณ ๗๐,๐๐๐ คน ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ ๒๕๖๐) อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีสถานบริการในระดับปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗ แห่ง มีผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ร้อยละ ๒๔.๓๗ พ.ศ. ๒๕๖๓ ร้อยละ ๒๖.๗๖ และพ.ศ. ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓๐.๗๒ (ระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC). ๒๕๖๔) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก การจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุและสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการ ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการ ติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ร่วมกัน รวมถึงการดูแลในชุมชนโดยสนับสนุนให้มีการดูแลแบบองค์รวม ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของ ผู้ป่วยรวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครที่ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล(Caregiver, CG) ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการ บริการสุขภาพ ดังนั้นการวิเคราะห์ปัจจัยการขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี จึงควรดำเนินการอย่างรอบด้าน

จากบริบทดังกล่าว การวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ผู้ศึกษาใช้แนวคิด ๗S ของ McKinsey's ร่วมกับ SWOT Analysis ในการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) และสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) โดยใช้ PEST Analysis เป็นกรอบในการวิเคราะห์หาช่องว่าง (GAP Analysis) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ดังนี้

๑. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environments Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดล้อมภายในที่เกี่ยวกับหน่วยงาน โดยใช้ McKinsey's ๗S Model โดยประเมินจุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weakness) ของปัจจัยจำนวน ๗ ข้อ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environments Analysis)

ปัจจัย	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
๑.กลยุทธ์ของหน่วยงาน (Strategy)	S๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นำนโยบายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ครบ ๑๐๐ % จากกระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ S๒ มีการชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาลงสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่อำเภอไทรน้อย	W๑ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้
๒.โครงสร้างหน่วยงาน (Structure)	S๓ หน่วยงานสาธารณสุขมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล	W๒เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนงานไปรับงานอื่น
๓.ระบบการปฏิบัติงาน (System)	S๔ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพจากระดับกระทรวงสาธารณสุข S๕ มีระบบการปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับพื้นที่ S๖ มีระบบการติดตามงานของจังหวัด และระดับอำเภอ	W๓ ในระดับชุมชนไม่ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกไตเรื้อรังแบบเต็มรูปแบบ ในทุกหน่วยงาน เลือกเฉพาะหน่วยงานที่สนใจเข้าร่วม
๔.ลักษณะการทำงานรูปแบบการบริหารจัดการ (Style)	S๗ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	W๔ กรณีมีภาระงานเร่งด่วนมักให้ความสำคัญกับงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อมน้อยลง
๕.บุคลากร (Staff)	S๘ บุคลากรส่วนใหญ่ มีความรับผิดชอบ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน	W๕ บุคลากรยังไม่มีประสบการณ์การดำเนินงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อม
๖.ทักษะความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน (Skill)	S๙ บุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลได้รับการอบรมเรื่องคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง	W๖ บุคลากรขาดความรู้ ในการสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม
๗. ค่านิยมร่วม (Shared values)	S๑๐ มีค่านิยมร่วมและเป้าหมายการทำงานร่วมกันโดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	W๗ บุคลากรบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน

๒. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environments Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เกี่ยวกับหน่วยงาน โดยประเมินโอกาส (Opportunities) และภาวะคุกคามหรืออุปสรรค (Threats) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ PEST Analysis ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis)

ปัจจัย	โอกาส (Opportunities)	ภาวะคุกคาม (Threats)
๑.ด้านการเมืองและกฎหมาย/กฎระเบียบ (Political and Legal Factors)	O๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเน้นการพัฒนาโดยคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา O๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม O๓ มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัดโดยคณะกรรมการ service plan สาขาโรคไต O๔ มีกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรัง	T๑ ขาดมาตรการบังคับใช้ หรือสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกฎหมายหรือมาตรการต่างๆที่กำหนดขึ้น T๒ ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการใช้นโยบายการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต
๒.ด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors)	O๕ รัฐมีนโยบายจัดระบบบริการรักษาให้เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล O๖ มีกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค	T๓ ประชาชนป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง
๓.ด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Social Cultural &Environmental Factors)	O๗ การมีภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	T๔ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และจิตใจ T๕ การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชนขาดความยั่งยืนต่อเนื่อง T๖ เป็นสังคมที่ขาดการมีส่วมร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีส่วมร่วมในการคิดและปฏิบัติการดูแลตนเอง
๔.ด้านเทคโนโลยี (Technology Factors)	O๘ มีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง O๙ มีเครือข่ายการสื่อสารที่ทันสมัยเข้าถึงได้ง่าย	T๗ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย ได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและแชร์ส่งต่อ โดยขาดการวิเคราะห์ความถูกต้องจึงทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

๓. การวิเคราะห์ปัจจัยและการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

การวิเคราะห์ปัจจัยและการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์ โดยให้น้ำหนักความสำคัญแต่ละปัจจัยมีคะแนนรวมแต่ละปัจจัยเท่ากับ ๑ และให้คะแนนประเมินการตอบสนองขององค์กร ตั้งแต่ ๑-๕ คะแนน เป็นรายปัจจัยย่อย นำผลการวิเคราะห์ให้น้ำหนักความสำคัญคูณกับคะแนนประเมินผลการตอบสนองขององค์กร จะได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ดังตารางที่ ๓-๖

ตารางที่ ๓ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดแข็ง) และการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดแข็ง(Strengths)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
S๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นำนโยบายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ครบ ๑๐๐ % จากกระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๒ มีการชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนา	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๓ หน่วยงานสาธารณสุขมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๔ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ จากระดับกระทรวงสาธารณสุข	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๕ มีระบบการปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับพื้นที่	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๖ มีระบบการติดตามงานของจังหวัด และระดับอำเภอ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
S๗ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๘ บุคลากรส่วนใหญ่ มีความรับผิดชอบ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๙ บุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ได้รับการอบรมเรื่องคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๑๐ มีค่านิยมร่วมและเป้าหมายการทำงานร่วมกัน โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
รวม	**๑.๐๐**		**๔.๙๐**

ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดอ่อน) และการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดอ่อน (Weakness)	น้ำหนักความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
W๑ มีงบประมาณสนับสนุนไม่ เพียงพอ	๐.๑๕	๔	๐.๖๐
W๒ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนงานไปรับงานอื่น	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W๓ในระดับชุมชนไม่ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกไตเรื้อรังแบบเต็มรูปแบบ ในทุกหน่วยงาน เลือกเฉพาะหน่วยงานที่สนใจเข้าร่วม	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W๔กรณีมีภาระงานเร่งด่วนมักให้ความสำคัญกับงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อมน้อยลง	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W๕ บุคลากรยังไม่มีประสบการณ์การดำเนินงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อม	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W๖ บุคลากรขาดความรู้ ในการสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W๗ บุคลากรบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
รวม	**๑.๐๐**		**๔.๖๕**

ตารางที่ ๕ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (โอกาส) และการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก โอกาส (Opportunities)	น้ำหนักความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
O๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเน้นการพัฒนาโดยคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
O๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๓ มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัดโดยคณะกรรมการ service plan สาขาโรคไต	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๔ มีกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรัง	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
O๕ รัฐมีนโยบายจัดระบบบริการรักษาให้เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
O๖ มีกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๗ การมีภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
O๘ มีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทางทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง	๐.๑๐	๔	๐.๔๐

ตารางที่ ๕ (ต่อ)

ปัจจัยภายนอก โอกาส (Opportunities)	น้ำหนักความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
O๙ มีเครือข่ายการสื่อสารที่ทันสมัยเข้าถึงได้ง่าย	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
รวม	**๑.๐๐**		**๔.๒๔**

ตารางที่ ๖ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (ภาวะคุกคาม) และการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก ภาวะคุกคาม (Threats)	น้ำหนักความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
T๑ ขาดมาตรการบังคับใช้ หรือสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกฎหมายหรือมาตรการต่างๆที่กำหนดขึ้น	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
T๒ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการใช้นโยบายการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต	๐.๑๕	๔	๐.๖๐
T๓ ประชาชนป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
T๔ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเองทั้งเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และจิตใจ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
T๕ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง หน้าที่หลักในการดูแลเป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยจะเข้ารับบริการก็ต่อเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง	๐.๒๐	๕	๑.๐๐
T๖ เป็นสังคมที่ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการคิดและปฏิบัติการดูแลตนเอง	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
T๗ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย ได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและแชร์ส่งต่อ โดยขาดการวิเคราะห์ความถูกต้องจึงทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
รวม	**๑.๐๐**		**๔.๖๕**

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก โดยการให้น้ำหนักความสำคัญและการให้คะแนนประเมินผลการตอบสนองขององค์กร เพื่อจัดทำกลยุทธ์ ในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี ได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths) เท่ากับ ๔.๙๐
จุดอ่อน (Weakness) เท่ากับ ๔.๖๕
โอกาส (Opportunities) เท่ากับ ๔.๒๔
ภาวะคุกคาม (Threats) เท่ากับ ๔.๖๕

๔. การวิเคราะห์องค์กรและการกำหนดกลยุทธ์

จากการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบว่า ปัจจัยภายในมีจุดแข็งมากกว่าจุดอ่อน ส่วนปัจจัยภายนอกมีภัยคุกคามมากกว่า โอกาส สามารถนำข้อมูลมาใส่ใน TOWS MATRIX เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS MATRIX เพื่อกำหนดกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน / ปัจจัยภายนอก	S๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นำนโยบายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมครบ ๑๐๐ % จากกระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ S๒ มีการชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนา S๓ หน่วยงานสาธารณสุขมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล S๔ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ จากระดับกระทรวงสาธารณสุข S๗ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง S๘ บุคลากรส่วนใหญ่ มีความรับผิดชอบ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน S๙ บุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ได้รับการอบรมเรื่องคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง	W๒ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนงานไปรับงานอื่น W๔กรณีมีภาระงานเร่งด่วนมักให้ความสำคัญกับงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อมน้อยลง W๕ บุคลากรยังไม่มีประสบการณ์การดำเนินงานคลินิกบริการชะลอไตเสื่อม W๖ บุคลากรขาดความรู้ ในการสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม
O๓ มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัดโดยคณะกรรมการ service plan สาขาโรคไต	S – O Strategies กลยุทธ์เชิงรุก ๑. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพื่อ	W – O Strategies กลยุทธ์เชิงแก้ไข ๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน

O๖ มีกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค O๗ การมีภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	ขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานในการขับเคลื่อนคลินิกโรคไตในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ (S๑ S๒ S๗ S๘ S๙ O๑ O๓ O๖ O๗)	ตามแนวทาง service plan สาขาโรคไต (W๒ W๔ W๕ W๖ O๓ O๖ O๗)
T๑ ขาดมาตรการบังคับใช้ หรือสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกฎหมายหรือมาตรการต่างๆที่กำหนดขึ้น T๒ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการใช้นโยบายการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต T๓ ประชาชนป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง T๔ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเองทั้งเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และจิตใจ T๕ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง หน้าที่หลักในการดูแลเป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยจะเข้ารับบริการก็ต่อเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง T๖ เป็นสังคมที่ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีส่วนร่วมในการคิดและปฏิบัติการดูแลตนเอง T๗ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย ได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและแชร์ส่งต่อ โดยขาดการวิเคราะห์ความถูกต้องจึงทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง	S – T Strategies กลยุทธ์เชิงป้องกัน ๓.ส่งเสริมให้ครอบครัว และเครือข่ายใชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (S๑ S๓ S๔ S๘ S๙ T๒ T๓ T๕ T๖ T๗)	W – T Strategies กลยุทธ์เชิงรับ ๔.พัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านโซเชี่ยลมีเดีย (T๖ T๗)

๕. การจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ เพื่อดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนารูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ด้วยการทำ SWOT Analysis และการวิเคราะห์ TOWS MATRIX ประเมินสภาพแวดล้อมภายในและประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก โดยการนำจุดแข็ง – จุดอ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในมาเปรียบเทียบกับโอกาสและอุปสรรคซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนา ปรับปรุงและขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

กลยุทธ์เชิงรุก

๑. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานในการขับเคลื่อนคลินิกโรคไตในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

กลยุทธ์เชิงแก้ไข

๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตามแนวทาง service planสาขาโรคไต

กลยุทธ์เชิงป้องกัน

๓.ส่งเสริมให้ครอบครัว และเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลยุทธ์เชิงรับ

๔.พัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านโซเชี่ยลมีเดีย

๒.๓ ข้อเสนอแนวทางการพัฒนางาน

จากผลการศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก เกี่ยวกับการพัฒนา ปรับปรุงงาน และขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี สามารถประมวลผลและหาแนวทางการจัดการเชิงกลยุทธ์ รวม ๔ ข้อ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานในการขับเคลื่อนคลินิกโรคไตในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นกลยุทธ์เชิงรุกที่สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีแนวทางดังนี้

๑.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม ตามปัญหา และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล โดยบูรณาการร่วมกันทั้ง ๔ กระทรวงหลัก ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ท้องถิ่นจังหวัดนนทบุรี และศึกษาธิการจังหวัดนนทบุรี

๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จัดทำแนวทางการดำเนินงานตามแนวทาง service plan สาขาโรคไต ระดับจังหวัด

๑.๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และหน่วยงานร่วม ๔ กระทรวงหลักขับเคลื่อนกลไกอำนวยการระดับจังหวัด ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

๑.๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ชี้แจงผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

๑.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

๑.๔.๑ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี

๑.๔.๒ สำรวจจุดแข็งจุดอ่อนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ด้านทีมสหวิชาชีพ ด้านสื่อด้านการส่งเสริมป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

๑.๔.๓ อบรม/พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตามแนวทาง service plan สาขาโรคไต รูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี

- การศึกษาดูงาน ๑ วัน (กิจกรรมในคลินิกไตเรื้อรังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ (คลองมะสง)

๑.๔.๔ ประชุมภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแล) เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทในการดูแล ตามรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี

๑.๔.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานคลินิกไตเรื้อรังตามรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี

๑.๔.๖ ติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานตามรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี โดยทีมพี่เลี้ยงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลแม่ข่าย

๑.๔.๗ ประเมิน และสรุปผลการดำเนินงาน

๑) ประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒) ประเมินความพึงพอใจภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแล) และผู้รับบริการ

๓) การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๔) สรุปปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๕) สรุปรายงานผลการดำเนินงาน นำเสนอคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

๖) วางแผนติดตามประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่อง

๑.๕ คณะกรรมการโรคเรื้อรังระดับอำเภอ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการขยายผล

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานตามแนวทาง service plan สาขาโรคไต การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหน้าที่ของทุกคน ทั้งครอบครัวและภาครัฐ ภาคีเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำรวจข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนบทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในการดำเนินงานรูปแบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย

๑) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ

๒) เครือข่ายทีมสหวิชาชีพ

๓) เครือข่ายชุมชน เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน อสม.

๔) เครือข่ายสาธารณสุข ทุกระดับ

๒.๒ คณะอนุกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดนนทบุรี สะท้อนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลกระทบต่อสุภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างแรงจูงใจ และทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงาน

๒.๓ คณะอนุกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดนนทบุรี จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่าย ภาคทฤษฎีและการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

๒.๔ คณะกรรมการโรคเรื้อรังระดับอำเภอ ติดตาม กำกับ การดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนงานต่อไป

กลยุทธ์ที่ ๓ ส่งเสริมให้ครอบครัว และเครือข่ายใชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เป็นกลยุทธ์เชิงป้องกัน จากการศึกษาข้อมูลทางวิชาการ พบว่า ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังซึ่งมีประมาณ ๗.๖ ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ ๑ หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้ป่วยระยะสุดท้ายกว่า ๗๐,๐๐๐ คน ต้องฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย และเสียค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือสิทธิการรักษา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์การทำงานได้แก่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ พัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล พัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ โดยกำหนดมาตรการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๗ มาตรการ ได้แก่ ๑.เฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อมโยงการให้บริการจากระดับชุมชนกับสถานบริการ ๒.สร้างความตระหนักให้กับประชาชนและกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย ๓.เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน ให้มีการควบคุมปริมาณโซเดียมและน้ำตาลในอาหาร ตลอดจนกำหนดมาตรฐานฉลากสินค้า ๔. ให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๕.พัฒนาคุณภาพการบริการ โดยอาจให้บริการร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการทำงานร่วมกับชุมชนและรพ.ในระดับที่สูงและต่ำกว่า ตลอดจนมีโปรแกรมการสอน และระบบสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการพักรักษาในรพ. ๖. เสริมสร้างบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เข้มแข็ง มีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่อสม. จนถึงเจ้าหน้าที่ทุกสาขา และ๗.มีการติดตามและประเมินผล มีแนวทางการจัดกิจกรรม ดังนี้

๓.๑ คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดนนทบุรี แต่งตั้งคณะทำงานการรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสม ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และสื่อมวลชน

๓.๒ กำหนดแนวทางและรูปแบบรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภาครัฐและเอกชน การกำหนดสถานที่และสื่อที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมปัจจุบัน เช่น ใช้ห้างสรรพสินค้าเป็นสถานที่ในการจัด Event การเลือกสื่อเอกสาร สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อพื้นบ้าน และ Social Media ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

๓.๓ การประเมินการรับรู้ ทัศนคติของครอบครัว ประชาชน โดยใช้แบบประเมิน online /on web ร่วมกับเอกสาร และนำมาปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาสื่อด้านการส่งเสริมป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านโซเชี่ยลมีเดีย

เนื่องจากสื่อมีหน้าที่ในการนำข้อมูลข่าวสารไปถึงผู้รับ ทำให้ผู้รับได้รับข้อมูล ประสบการณ์ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งผลถึงการปฏิบัติได้ การพัฒนาสื่อจึงมีความสำคัญ แนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๔.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีเสนอต่อคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดนนทบุรี เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาสื่อด้านส่งเสริมการพัฒนารูปแบบบริการแบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ที่ประกอบด้วย ผู้แทน ๔ กระทรวงหลัก ภาคเอกชน และสื่อมวลชน

๔.๒ สำรวจข้อมูลแหล่งสื่อทุกประเภทที่มีอยู่ในจังหวัดนนทบุรี และสำรวจประเภทสื่อที่ประชาชนจังหวัดนนทบุรีได้รับมากที่สุด ๕ อันดับ

๔.๓ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาสื่อด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อสรุปบทเรียน และสังเคราะห์ชุดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม

๔.๔ จัดทำแนวทางการพัฒนาสื่อด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม

๔.๕ จัดหางบประมาณสนับสนุน

๔.๖ จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ในรูปแบบปฏิทินประจำปี

๔.๗ ประสานเครือข่ายดำเนินการกระจายสื่อ

๔.๘ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข

๔.๙ จัดระบบการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อให้เครือข่ายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้สะดวก

แนวคิด

๒.๑ กลยุทธ์หรือ strategyหมายถึง การวางแผนงานสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย ภายใต้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม หรือการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ SWOT Analysis กล่าวคือ การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และภัยคุกคาม (อุปสรรค) ในกรอบระยะเวลาที่ต้องการ ทั้งนี้เพื่อประกอบการวางแผนการในการใช้วิธีการ และทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด สำหรับกลยุทธ์การดำเนินงานอื่นนอกจากการทหารรวมทั้งงานด้านสาธารณสุข หมายถึง การประวานกลมกลืนกันของแผน กระบวนการสารสนเทศ การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนเป้าประสงค์ที่สำคัญขององค์กร (http://th.wikipedia.org/)

๒.๒ การวางแผนพัฒนากลยุทธ์(Strategic Planning) หมายถึงการพัฒนากระบวนการที่องค์การให้ความหมายกลยุทธ์ หรือแนวทางการดำเนินงานและการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งเงินทุนและบุคคลากรเพื่อดำเนินตามกลยุทธ์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ทางธุรกิจที่หลากหลายในการวางแผนกลยุทธ์ ได้แก่ SWOT Analysis (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) , PEST analysis (Political, Economic, Social, and Technology), STEER analysis (Socio-cultural, Technological, Economic, Ecological, and Regulatory factors), and EPISTEL (Environment, Political, Informatic, Social, Technological, Economic, and Legal) การวางแผนกลยุทธ์เป็นการตัดสินใจในการดำเนินงานในอนาคตขององค์การในการวางแผนกลยุทธ์ต้องคำนึงถึง คำถามอย่างน้อย ๓ ข้อ เราจะทำอะไร เราจะทำกับใคร และเราจะทำอย่างไร เพื่อตอบโต้หรือหลีกเลี่ยงการแข่งขันหลายๆองค์การได้กล่าวว่าการวางแผนกลยุทธ์เป็นกระบวนการที่องค์การพิจารณาว่าจะเดินไปทางไหนในปีหน้า หรือ ๓-๕ ปี ข้างหน้าจะทำอย่างไรเพื่อจะไปให้ถึงจุดนั้น การวางแผนกลยุทธ์จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการกำหนดของทิศทางองค์การ (http://en.wikipedia.org/wiki/Strategic_planning)

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kid Disease : CKD) หมายถึง เป็นภาวะที่เนื้อไตทั้ง ๒ ข้างถูกทำลายจนทำงานไม่ได้หรือทำงานได้น้อยกว่าปกติ ในระยะแรกมักจะยังไม่แสดงอาการแต่จะแสดงอาการเมื่อระยะต่อมาไตจะสูญเสียความสามารถในการทำงานทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้น (Concentrating ability) ซึ่งอาการเริ่มแรกคือปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน สิ่งที่จะตรวจพบในระยะแรก คือ การตรวจพบ ไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ (ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ ๓๐-๓๐๐ มก./วัน) บ่งชี้ว่าไตมีอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัสมากกว่าปกติ

(Glomerular hyperfiltration) มักจะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของพื้นผิว ในการกรองของโกลเมอรูลัส ก่อให้เกิดการทำลายของ Tubulointerstitial ตามมา เมื่อมีการเก็บปัสสาวะตรวจหาอัตราส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินีน (Albumin-creatinine ratio) จะทำได้โดยง่าย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ๒๕๕๘) ใช้ในการคัดกรองโรคไตเรื้อรังเป็นดัชนีบอกความรุนแรงของโรค การลดระดับโปรตีนในปัสสาวะจะช่วยชะลอความเสื่อมของไต (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๘) ดังรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ ๑ อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงให้เห็นถึงภาวะไตเสื่อม และอาจตรวจไม่พบน้ำตาลและโปรตีนชนิดอัลบูมินในปัสสาวะ แต่ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะแรก

ระยะที่ ๒ อัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง ๖๐-๘๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการเล็กน้อย ได้แก่ ปัสสาวะน้อยกว่า ๓๐ มิลลิกรัมต่อวัน ระยะนี้ต้องวินิจฉัยโรคให้เร็วที่สุด เพื่อมิให้ผู้ป่วยเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่ ๓ และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๒ จึงเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ในระยะนี้ถ้าปฏิบัติตัวเหมาะสมก็จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะที่ ๑ ได้

ระยะที่ ๓ อัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง ๓๐-๕๙ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร จะตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ อยู่ระหว่าง ๓๐-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาที่ดีจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงกลับไปเป็นระยะที่ ๒ ได้ในระยะนี้ผู้ป่วยควรระวังภาวะแทรกซ้อน และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนต้องรักษาให้เร็วที่สุดได้แก่ปัสสาวะน้อยกว่า ๓๐ มิลลิกรัมต่อวัน

ระยะที่ ๔ อัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง ๑๕-๒๙มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน มีความดันโลหิตสูง หากดูแลตนเองดีจะสามารถชะลอไตเสื่อมได้ แต่หากไม่ได้รับการรักษา พบว่า ในระยะเวลา ๑๕ ปี ไตจะเสื่อมลงได้ ดังนั้นระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการบำบัดทดแทนไต

ระยะที่ ๕ อัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตรปัสสาวะออกน้อย มีอาการบวมทั่วร่างกาย อ่อนเพลียง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรักษาในระยะนี้โดยการให้ผู้ป่วยล้างไตตามความเหมาะสม และแนะนำการปลูกถ่ายไตถ้าไม่มีข้อห้าม ดังสรุปการแบ่งระยะความเสื่อมของไตและข้อควรปฏิบัติในการดูแลรักษาในแต่ละระยะ

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ

คำว่า รูปแบบ (Model) มีการเรียกหรือใช้คำเรียกที่แตกต่างกันหลากหลาย เช่น รูปแบบ หรือ โมเดล หรือ ตัวแบบ หรือ แบบจำลอง หรือต้นแบบ เป็นต้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้คำว่ารูปแบบ ในการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย ผู้วิจัยจะศึกษาเกี่ยวกับ ความหมายของรูปแบบ ประเภทของรูปแบบ องค์ประกอบของรูปแบบ การพัฒนารูปแบบ การตรวจสอบและการประเมินรูปแบบ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบ (Model) เป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อความหมายหลายอย่าง ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว รูปแบบ จะหมายถึงวิธีการดำเนินงานที่เป็นต้นแบบของอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น แบบจำลองสิ่งต่าง ๆ หรือ รูปแบบในการพัฒนาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ทิงค์เอ็กซิสท์ (Think exist, ๒๐๐๘: ๑) กล่าวว่า รูปแบบ (Model) เป็นแบบจำลอง ขั้นตอนหรือระบบการปฏิบัติงาน หรือแบบแปลนของการก่อสร้างที่เขียนไว้ล่วงหน้า หรือสิ่งของที่เป็น ตัวแทนที่แสดงความคิดของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

พฒศ์ศิวพิศ โนรี (๒๕๕๖: ๔๕) รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองซึ่งเกิดจากแนวคิด ทฤษฎี หรือประสบการณ์ อาจมีลักษณะเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์กันของชุดปัจจัยหรือตัวแปร

มะญู คุ้มกล่ำ (๒๕๕๗: ๔๔) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง ชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม สามารถจำแนกได้สองลักษณะ คือ รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและรูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม

จากความหมายของรูปแบบสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบ หมายถึง แบบจำลอง หรือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งถ่ายทอดความคิดความเข้าใจ จินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงเป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมกันเป็นโครงสร้างหรือชุดขององค์ประกอบหรือ เป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม สามารถจำแนกได้สองลักษณะ คือ รูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและรูปแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรม

๒.๕ แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลโดยที่บุคคลเหล่านั้นมีส่วนร่วมคิดตัดสินใจในการแก้ปัญหาในการพัฒนาแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของบุคคลในการแก้ไขปัญหาร่วมกันด้วยความสมัครใจ ดำเนินการตามแผนและติดตามประเมินผล

๒.๖ ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ มีความรู้ ทักษะและความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบ และเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงาน โดยจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่องเพื่อการประเมินสภาพการณ์ของปัญหา และมีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งกระบวนการ สหวิชาชีพ มีได้หลากหลายตามแต่ความต้องการเฉพาะของผู้ถูกกระทำเป็นรายกรณี แม้แต่ในหน่วยงานของรัฐเองก็มีการบูรณาการกันเป็นสหวิชาชีพเช่นกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยแบบบูรณาการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยมาทำการสังเคราะห์เพื่อจัดทำกลยุทธ์ มาตรการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลต่อไปโดยอ้างแนวคิดของทฤษฎีระบบ(จันทรานี สงวนนาม (๒๕๔๕ :๘๖-๘๗) ซึ่งประกอบด้วย ๑) ปัจจัยนำเข้า หรือInput หรือ ได้แก่ ทรัพยากรมนุษย์(Man) งบประมาณ (Money) วัสดุ ครุภัณฑ์(Material) ๒) กระบวนการ หรือ Process ประกอบด้วย การวางแผน(Plan) การดำเนินการ(DO) การตรวจสอบ(Check)และการแก้ไขหรือพัฒนา (Act) ๓) ผลลัพธ์ (Product or Output) เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ๔) ผลกระทบ(Outcome or Impact) เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่คาดไว้หรือไม่เคยคาดคิดมาก่อน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เกิดรูปแบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวนวิยา ไสยรัตน์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไผ่ หมู่ที่ ๓ ต.บางรักพัฒนา

(วันที่) ๑๐ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน