



ประกาศจังหวัดนันทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจส่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนันทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวเพชรลี เลิศภัทรพงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี กลุ่มงานการแพทย์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายสุธี ทองแย้ม)
ผู้ว่าราชการจังหวัดนันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวเพชรชลิ เลิศภัทรพงศ์	นางพยาบาลชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๖๒๒๒	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๒๑๖๒๒๒	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ อยู่ระหว่างดำเนินการของจริยธรรม คาดว่าจะดำเนินการ ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกาย (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน,2566) มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ อาจใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี ถึงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีโอกาสทราบว่า ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นเมื่อใด จะทราบเมื่อมีอาการแสดงจากการเสื่อมหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายความเสื่อมนี้จะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ สมอ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต ตา เป็นโรคต้อกระจก ภาวะจอตาเสื่อมจากเบาหวาน หัวใจ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจล้มเหลวและไตทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic kidney disease : CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไตที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตค่อย ๆ เสื่อมลงจนไตสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ไตมีอัตราการกรองของเสียลดลง (glomerular filtration rate : GFR) จนเข้าสู่ภาวะไตวาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ต้องรักษาต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินของโรคมถึงระยะสุดท้าย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2559) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปีละกว่า 7,800 ราย โดยมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,000 ราย และมากกว่า 5,000 ราย ที่รอการปลูกถ่ายไตแต่มีเพียง 600 รายต่อปี หรือ 1 ใน 10 เท่านั้นที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ปัจจุบันรัฐต้องสูญเสียงบประมาณกว่า 1.5 หมื่นล้านบาทต่อปี ในการบำบัดทดแทนไต ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องได้รับความเจ็บปวดและเสียเวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4-5 ชั่วโมง และต้องเดินทางไปโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มีความทุกข์ทั้งกายและใจ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2559) ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 36.6 มาจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.8 มาจากโรคความดันโลหิตสูง และไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 22.8 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย,2559) ดังนั้นการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากการตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี ในปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 368 คน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 149 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 35.8 ตามตัวชี้คุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 40 แต่จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมระดับใด เนื่องจากจำไม่ได้ ประกอบกับผู้ป่วยไม่มีการผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานไม่มีแนวทางการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promoting model) มาช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม จากการศึกษาของ รัญชนา หอมสุวรรณ (2561) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สาขาเทศบาลตำบลศาลา พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (31.80 ± 2.92 , 37.54 ± 0.65) พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม (35.65 ± 0.49 , 38.42 ± 0.34) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.04 ตามลำดับด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับน้ำตาลในเลือด (117.27 ± 4.20 , 107.83 ± 2.24) ค่า creatinine (0.89 ± 0.02 , 0.71 ± 0.02) และอัตราการกรองของไต (76.92 ± 0.93 , 83.73 ± 1.53) หลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, 0.02, 0.01 ตามลำดับ และผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ปกติดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงดาว อรัญวาสน์, ญาณิกร สีสุรี, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญ บริรักษ์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{X} = 4.33$, $S.D. = 0.16$) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{X} = 2.87$, $S.D. = 0.28$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้ดีขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และได้รับการวินิจฉัยว่าไตเสื่อมไม่เกินระยะที่ 2 มีค่า GFR อยู่ในช่วง 60-89 (มล./นาที/1.73 ม.²) มารับการตรวจรักษาและรับยาที่โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promoting model) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินและให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การประเมินความรู้ โดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

ด้วยการเจาะเลือดส่งตรวจ ประกอบด้วย 1) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) 3) ระดับความเสื่อมของไต (GFR)

ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยภาพประกอบคำบรรยาย (power point) และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint)
2. ด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint)
3. ด้านการออกกำลังกาย โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint) และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยวิธีการแกว่งแขน

4. ด้านโภชนาการ เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint) พร้อมใช้เครื่องตรวจวัดความเค็ม ตรวจวัดค่าความเค็มในอาหาร ที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้าน

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint) และฝึกปฏิบัติการนั่งสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้า หายใจออก

6. ด้านการจัดการความเครียด โดยสื่อภาพประกอบคำบรรยาย (powerpoint)

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมผ่านทางกลุ่มไลน์ (line application)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย โดยการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 1) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) 3) ระดับความเสื่อมของไต (GFR)

ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test)

4.2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ายังไม่มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็นการชะลอไตเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ กำหนดหัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์ สมมติฐาน ขอบเขตและนิยามศัพท์ที่จะใช้ในการวิจัย

4.2.2 ทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. โรคไตเรื้อรัง
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม
4. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. แนวคิดการจัดการตนเองกับกระบวนการกลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.2.3 ออกแบบการวิจัย โดยกำหนดประชากรที่ใช้ในการศึกษา ขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง การ

สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การสร้างโปรแกรมการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.4 วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล จัดทำรายงานการวิจัยและข้อเสนอแนะ ยังไม่ได้ดำเนินการ

4.2.5 เผยแพร่ผลงานวิชาการ ยังไม่ได้ดำเนินการ

4.3 เป้าหมายของงาน

เป้าหมายของงาน คือผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้ดีขึ้น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ ได้ผลงานวิจัย 1 เรื่อง คือโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

5.2 เชิงคุณภาพ จากผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี สามารถนำโปรแกรมไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป็นการชะลอไตเสื่อมได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์ ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อป้องกันการบำบัดรักษาทดแทนไต ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

6.2 ผลกระทบ ลดภาระค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ ที่เกิดจากการบำบัดรักษาทดแทนไต

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การสร้างเครื่องมือและการทดลองใช้ ใช้เวลานานเพราะผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีภาระงานมาก

2. การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานการวิจัย มีการแก้ไขหลายครั้งตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา อาจจะทำให้ใช้เวลานานขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. กลุ่มตัวอย่าง การทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากสายตาไม่ค่อยดี ทำให้การทำแบบสอบถามใช้เวลามาก

2. กลุ่มตัวอย่าง บางคนเดินทางมาร่วมกิจกรรมลำบาก แนวทางแก้ไขคือ ผู้วิจัยสนับสนุนค่าเดินทางคนละ 200 บาท

9. ข้อเสนอแนะ

จะให้ข้อเสนอแนะหลัง ดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

จะเผยแพร่ผลงานหลังการทำวิจัยเสร็จสิ้น

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี สัดส่วนของผลงานร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) เพชรวิไล เลิศภัทรพงษ์

(นางสาวเพชรวิไล เลิศภัทรพงษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 16 / พ.ค. / 67

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเพชรวิไล เลิศภัทรพงษ์	เพชรวิไล เลิศภัทรพงษ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จ. ร.

(นายวุฒิชัย จิโรตติกุล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

(วันที่) ๑๖ พ.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) จ. ร.

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

(วันที่) ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี
2. หลักการและเหตุผล

องค์การสหประชาชาติแบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงมีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ จะพิจารณาจากจำนวนประชากร จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็ว อย่างเห็นได้ชัด โดยจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2543 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้น จนเข้าสู่ระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ในปี 2553 (ร้อยละ 12.9) และเมื่อคาดการณ์ไปในอนาคต พบว่าปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) นั่นคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2583 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จังหวัดนนทบุรีมีผู้สูงอายุพ.ศ. 2564 จำนวน 206,783 คน พ.ศ. 2565 จำนวน 228,600 คน พ.ศ. 2566 จำนวน 249,719 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8, 21.7, 22.5 ตามลำดับอำเภอบางกรวยมีผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 24,769 คน พ.ศ. 2565 จำนวน 26,395 คน พ.ศ. 2566 จำนวน 28,693 คิดเป็นร้อยละ 19.5 20.4 21.2 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จะเห็นได้ว่าอำเภอบางกรวย มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับของประเทศไทย และเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใด อวัยวะหนึ่งทั้งยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยกลุ่มอาการสูงอายุ อย่างถูกต้องและเหมาะสมจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ควรทราบมี 3 ประการ (แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ, 2558) ดังนี้

1. การเข้าใจลักษณะผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ดังในตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ด้านนี้กับการนำมาใช้ในเวชปฏิบัติประจำวัน (Kane RL, Ouslander JG, Itamar B, et al. 2003).

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราต่อสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา	การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ
ระบบผิวหนัง - ผิวหนังแห้งและหยابกร้านเนื่องจากต่อมเหงื่อลดลง ต่อมไขมันลดประสิทธิภาพลง ปริมาณ Sebum ลดลง - จำนวน Pacinian's corpuscle และ Meissner's corpuscle ลดลงทำให้ความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผิวหนังลดลง - การตอบสนองต่อการบาดเจ็บในลักษณะการอักเสบลดลง ทำให้อาการบวม แดง ร้อน อาจไม่ชัดเจนเมื่อมีผิวหนังอักเสบ ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ - กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง - มวลกระดูกลดลง - กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ จะบางลงความสามารถในการรับแรงกระแทกลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือด - อัตราเต้นหัวใจสูงสุดลดลง เหลือเท่ากับ 220-อายุเป็นปี (ครั้ง/นาที) - Left ventricular compliance ลดลง ทำให้ stroke volume ขึ้นกับ atrial contraction มากกว่าวัยอื่น - ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง เพิ่มขึ้นตามอายุ - baroreflex เสื่อมสมรรถภาพทั้งด้านการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ และ vascular tone ระบบทางเดินหายใจ - kyphoscoliosis และการสะสมแคลเซียมของ costal cartilage ร่วมกับ elastic recoil ของปอดลดลง - ค่า forced expiratory volume ที่ 1 วินาที (FEV ₁) และ forced vital capacity (FVC) ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น	- ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการคันตามผิวหนังได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะฤดูหนาวที่ความชื้นสัมพัทธ์ของอากาศลดลง การใช้สารให้ความชุ่มชื้นพวกโลชั่นจะช่วยให้ - เกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย ควรแนะนำผู้สูงอายุถึงการระมัดระวังอุบัติเหตุ เช่นการเดินเท้าเปล่า การหยิบจับของร้อน เป็นต้น - มักไม่ค่อยพบผื่นลมพิษ ในผู้สูงอายุและการวินิจฉัยผิวหนังอักเสบติดเชื้อ - ทำให้หกล้มได้ง่ายเมื่อร่างกายเสียสมดุล - ทำให้พบโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักเพิ่มขึ้น - สูญเสียความยืดหยุ่นของกระดูกอ่อนทำให้เกิดการบาดเจ็บและโรคข้อเสื่อม ได้ง่าย - ทำให้ cardiac output ต้องขึ้นกับ stroke volume เป็นอย่างมาก - ผู้สูงอายุที่มี atrial fibrillation จะมีอาการวูบหมดสติหรือภาวะหัวใจวายได้ง่าย จาก cardiac output ที่ลดลง - พบอุบัติการณ์ของโรคความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะ isolate systolic hypertension - ผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง ได้ง่าย - thoracic cage มี rigidity เพิ่มขึ้น chest wall compliance ลดลงผู้สูงอายุจึงต้องออกแรงหายใจในขณะที่พักมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า - การใช้เกณฑ์ค่าสัดส่วน FEV ₁ /FVC ที่ร้อยละ 70 ที่บ่งบอกถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจนั้น ไม่สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราต่อสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ (ต่อ)

การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา	การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ
- ค่า closing volume มากกว่าปกติ นำมาซึ่งภาวะไม่สมดุลของ ventilation และ perfusion ร่วมกับพื้นผิวของถุงลม ลดลง ระบบทางเดินอาหาร - การรับรู้รสอาหารเสื่อมลงเนื่องจาก taste threshold สูงขึ้น ผู้สูงอายุจะเสียการรับรู้รสเค็ม และขม ขณะที่การรับรสหวานและเปรี้ยวยังปกติ - ปริมาตรของตับและการไหลเวียนเลือดไป ลดลง ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ - จำนวนและขนาดของ nephron ลดลงร่วมกับการไหลเวียนไปไตลดลง - แม้ GFR ลดลง แต่ serum creatinine มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ดีของการทำงานของไต - osmoreceptor sensitivity ในผู้สูงอายุไวมากกว่า ทำให้ vasopressin สูงกว่าคนหนุ่มสาว ร่วมกับการขับน้ำที่เกินลดลงด้วยเนื่องจาก GFR ที่ลดลง ระบบประสาท - น้ำหนักสมองลดลง brain atrophy เนื่องจากการเสื่อมสลายของ neuron - จำนวน neuron ที่ motor cortex และ Substantia nigra ลดลง ระดับของ tyrosine hydroxylase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้าง dopamine ใน striatum ลดลง - cortical cholinergic receptor โดยเฉพาะ muscarinic receptor ลดลง การสร้าง acetylcholine ลดลง - วงจรส่วนนำเข้า ของประสาทรับรู้สัมผัสปกติ บริเวณแรกที่สูงสูญเสียคือข้อเท้า	- ค่า arterial oxygen tension จะลดลงเป็นสมการเส้นตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น = $102 - (\text{อายุเป็นปี})/3$ - ผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารรสเค็มส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และแนะนำให้ลดการรับประทานอาหารรสเค็มมากไม่ค่อยได้ผล - drug metabolism ด้อยลง โดยเฉพาะยาที่มี high first-pass clearance โดยตับ - glomerular filtration rate (GFR) ลดลงหลังอายุ 40 ปี - creatinine clearance = $\frac{(140 - \text{อายุเป็นปี}) \times \text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{72 \times \text{serum creatinine (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)}}$ - พบ hyponatremia ได้บ่อยในผู้สูงอายุ - พบ subdural hematoma ได้ง่ายแม้ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง - พบอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ - สมรรถภาพความจำลดลง ผู้สูงอายุจะสูญเสียการจำสิ่งใหม่ ๆ - deep tendon reflex ที่ ankle jerk อาจลดลงในผู้สูงอายุ

ที่มา : แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ, 2558

2. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ที่เรียกกกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า “big I’s” (Fantyl JA, Newman DK, Calling J, et al. 1996) ได้แก่

2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม

2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

2.3 incontinence หมายถึง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

2.4 intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งบอกถึงภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน (delirium) ถ้าเป็นแบบเรื้อรังจะบ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)

2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อมซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่าง ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคทางจิตประสาท เป็นต้น

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) พบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จากการสอบถามผู้สูงอายุถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้วหรือมากกว่า และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ คือ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ มีร้อยละ 36.9 กินผัก/ผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 85.1 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ ร้อยละ 82.9 ในขณะที่เดียวกัน มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 2.9 และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ประจำร้อยละ 8.0

สุขภาพกาย

เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัว โดยการเป็น โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 55.7 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 58.6 ในปี 2564

กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 75.9) กลุ่มโรคเบาหวานและความผิดปกติ ของต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม (ร้อยละ 35.9) และกลุ่มโรคความผิดปกติทาง กระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 13.2) เมื่อพิจารณาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงประกอบอยู่ด้วย โดยกลุ่มโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่นอกจาก จะเกิดจากวัยที่มากขึ้นแล้ว ยังสามารถเกิดจากปัจจัยสะสมด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ และมักเป็นจุดเริ่มต้นของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้อีกด้วย

เมื่อพิจารณาการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือการเป็นผู้ป่วยใน ของผู้สูงอายุ พบว่า ในปี 2564 ผู้สูงอายุร้อยละ 5.3 เคยเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากสาเหตุจากการเป็น โรคมากที่สุด ร้อยละ 83.2 รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุร้อยละ 16.5 และจากสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 0.3

สำหรับค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน พบว่า มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรวมในรอบ 12 เดือนที่แล้ว อยู่ที่ ประมาณ 11,035.7 บาท

การพลัดตกหกล้ม

ผลการสำรวจ พบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.4 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 4.2 และหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 2.2 โดยผู้สูงอายุหญิงที่เคยหกล้ม มีสัดส่วนสูงกว่าชาย (ร้อยละ 6.8 และ 5.9 ตามลำดับ) และเป็นที่น่าสังเกตว่าการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้ม มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือมีผู้สูงอายุวัยปลายเคยหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยต้น (ร้อยละ 8.9 สำหรับวัยปลาย ร้อยละ 7.1 สำหรับวัยกลาง และร้อยละ 5.5 สำหรับวัยต้น ตามลำดับ)

สถานที่ที่หกล้มครั้งสุดท้าย สำหรับสถานที่ที่ผู้สูงอายุหกล้มครั้งสุดท้าย พบว่าหกล้มบริเวณตัวบ้าน มากที่สุด ร้อยละ 43.1 รองลงมาเป็นนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 31.6 เมื่อเปรียบเทียบสถานที่ที่หกล้มครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุชายและหญิง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุชายมี การหกล้มที่บริเวณตัวบ้านและนอกบริเวณบ้านสูงใกล้เคียงกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงจะหกล้มในบริเวณตัวบ้าน สูงกว่าสถานที่อื่นค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาสถานที่ที่หกล้มของผู้สูงอายุตามช่วงวัย จะพบว่าการหกล้ม ภายในตัวบ้านและบริเวณตัวบ้านจะมีร้อยละที่เพิ่มขึ้นตามกลุ่มช่วงวัย ในทางกลับกันการหกล้มนอกบริเวณบ้านมีร้อยละที่น้อยลงเมื่อมีวัยที่สูงขึ้น

สุขภาพจิต

จากสถิติสุขภาพคนไทย อัตราตายจากการฆ่าตัวตายของ ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี 2560 ผู้ที่มีอายุ 60 – 64 ปี เริ่มมีอัตราตายที่มากกว่า ผู้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นที่น่ากังวลว่าอัตราตาย จากการฆ่าตัวตายจะสูงกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายปี 2564-2565 ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จไม่เกิน 8 คนต่อแสนประชากร

การประเมินสถานะสุขภาพด้านความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ ในปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.5 มีความรู้สึกรู้สึกกังวล/ ซึมเศร้า โดยเป็นผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 65.5) มากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 34.5)

จากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทุกระบบเนื่องจากความชรา ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุยังมี ภาวะเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ดังนั้นคัดกรองภาวะสุขภาพจึงมีความจำเป็น เพราะถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองก่อนที่ จะเกิดโรคหรือมีอาการของโรคที่รุนแรงจะทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการซ้ำซ้อนลงได้ ลดภาระ ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและภาพรวมของประเทศ

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

จากสถานการณ์ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) และมี

ดัชนีการสูงอายุ ในช่วงเวลา 20 ปีเพิ่มขึ้นสูงเกือบ 6 เท่าตัว โดยในช่วงปี 2537 – 2560 มีค่าดัชนีการสูงอายุ ต่ำกว่า 100 แสดงว่า จำนวนประชากรสูงอายุมีน้อยกว่าจำนวนประชากรเด็กแต่ในปี 2564 ดัชนีการสูงอายุมีค่าเท่ากับ 120.5 (ซึ่ง มากกว่า 100) นั่นคือ มีประชากรวัยสูงอายุ 120.5 คน ต่อประชากรวัยเด็ก 100 คน อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุของประชากรวัยทำงาน ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 10.7 หรือจะกล่าวได้ว่าในปี 2537 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 11 คน ในขณะที่ปี 2564 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 30.5 นั่นคือประชากรวัยทำงาน 100 คนจะต้องรับภาระเลี้ยงดู ผู้สูงอายุประมาณ 31 คน อัตราส่วนเกือหนุน เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถให้การเกือหนุน ผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลจากการสำรวจ พบว่า อัตราส่วนเกือหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 อัตราส่วนเกือหนุน เท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี 2564 นั่นคือ ในปี 2564 ผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกือหนุน เพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากสถานการณ์เหล่านี้ ถ้าระบบบริการสุขภาพมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศได้

จากการให้บริการผู้สูงอายุที่ผ่านมาในการตรวจรักษา เป็นเพียงการซักประวัติคัดกรอง อาการที่มาพบแพทย์ ไม่ได้คัดกรองภาวะสุขภาพในด้านอื่นที่จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และได้รับคำแนะนำในการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ในฐานะอายุรแพทย์ ที่ให้บริการเล็งเห็นว่า การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ และแก้ไขปัญหาที่พบหรือส่งต่อเพื่อการดูแลที่ถูกต้อง จึงได้เสนอแนะแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงาน โดยการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช. ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้จัดทำขึ้น เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายการคัดกรองดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) ตรวจการได้ยิน 5) ประเมินสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร 6) การมองเห็น 7) ภาวะกระดูกพรุน 8) ข้อเท้าเสื่อม 9) สมรรถภาพสมอง 10) ภาวะซึมเศร้า 11) ภาวะหกล้ม 12) การกลืนปัสสาวะ 13) ภาวะขาดสารอาหาร 14) ปัญหาการนอน 15) กิจกรรมประจำวัน 16) อื่น ๆ (คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, 2564) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพตามแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่พบภาวะผิดปกติจากการคัดกรอง ได้รับการส่งต่อ และดูแลรักษาตามปัญหารายบุคคล
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำในการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพตามแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช. พร้อมทั้งได้รับการดูแลที่เหมาะสม

4.2 ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4.3 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้รับการส่งต่อ และดูแลรักษาตามปัญหารายบุคคลอย่างทันเวลา

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช. ร้อยละ 90

5.2 ผู้สูงอายุที่พบภาวะผิดปกติจากการคัดกรอง ได้รับการส่งต่อ และดูแลรักษาตามปัญหารายบุคคล ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)เพ็ญวลี เลิศภักดิ์.....

(นางสาวเพชรลลี เลิศภักดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่)16...../.....พค...../.....67.....

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ผู้ขอประเมิน นางสาวเพชรลี เลิศภัทรพงศ์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. คำาโครงการงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	9
รวม	100	91

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ๑๔ ๔

(นายวุฒิชัย จิรโชติกุล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี

(วันที่) ๑ ๖ พ.ค. ๒๕๖๔

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ๒ / ๒

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๓

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(/) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ๒๒

(.....นายสุธี ทองแย้ม.....)

(ตำแหน่ง)ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี.....

(วันที่) ๒๒.๐๕.๒๕๖๓