

# (สำเนา)

ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด และคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๕๐๓๑๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ผวนก ๑ ข้อ ๕ (๑) นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานการแพทย์
๒.	นายจีระศักดิ์ กวียานนท์	นายแพทย์ ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลบุณฑริก กลุ่มงานการแพทย์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗

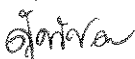
ลงชื่อ ชัชวาลย์ เบลูจสิริวงศ์

(นายชัชวาลย์ เบลูจสิริวงศ์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

สำเนาถูกต้อง



(นางสุพิชตรา ขาทองยศ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๘ มีนาคม ๒๕๖๗

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๑๖๔๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๑๖๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นายจิระศักดิ์ กวียานนท์	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ระบบการรักษาผู้ป่วยโรคที่ยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยความร่วมมือร่วมของชุมชน อำเภอโนนชัย จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนางานเฝ้าเทียมโรงพยาบาลน่าน อำเภอโนนชัย จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลอุบลนคร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๓๓๕๓๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ อำเภออุบลนคร จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของอำเภออุบลนคร จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลอุบลนคร กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๕๓๓๕๓๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

9/๑๒/๒๕๖๓

<p><b>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</b></p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p>
<p>๑. เรื่อง ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยี่น จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน ๒๕๖๒ – ธันวาคม ๒๕๖๒</p> <p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยมาปรับใช้เพื่อพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพนั้นมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้หลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA)</p> <p>หลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) เดมมิง (Deming in Mycoted, ๒๐๐๔) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยหลักการที่เรียกว่า วงจรคุณภาพ (PDCA) หรือวงจรเดมมิง จะประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้</p> <p>Plan คือ กำหนดสาเหตุของปัญหาจากนั้นทำการวางแผน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบปรับปรุงให้ดีขึ้น</p> <p>Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย</p> <p>Check คือ ตรวจสอบเพื่อให้ทราบว่าบรรลุผลตามแผนหรือไม่ มีสิ่งใดที่ผิดพลาด หรือได้เรียนรู้อะไรมาบ้าง</p> <p>Act คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว</p> <p>แม้ว่าวงจรคุณภาพจะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง แต่ในการปฏิบัติเราสามารถเริ่มต้นจากขั้นตอนใดก็ได้ขึ้นอยู่กับปัญหาและขั้นตอนการทำงาน หรือจะเริ่มจากการตรวจสอบสภาพความต้องการเปรียบเทียบกับสภาพที่เป็นจริงจะทำให้ได้ข้อสรุปว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปตามเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน</p> <p>ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยี่นโดยใช้กระบวนการพัฒนาเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดและขั้นตอนการดำเนินการ PDCA ซึ่งแบ่งเป็นได้ 4 ระยะดังนี้</p> <p>ระยะที่ ๑ ระยะการวางแผน ศึกษาสภาพปัญหา โดยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการดังนี้</p> <p>๑.๑ การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประเด็นที่ทบทวน ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การตรวจ AFB Sputum, ผล CXR เป็นต้น</p> <p>๑.๒ ทบทวนแนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอน้ำยี่น</p> <p>๑.๓ สันทนาการกลุ่มทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข และชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๑.๔ ประชุมร่วมกันจัดทีมคณะกรรมการดำเนินงานในระดับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอปัญหาในการให้บริการผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา</p>

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๕ วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรควัณโรค

ระยะที่ ๒ การลงมือปฏิบัติการตามแผนและนำกระบวนการระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒.๑ การเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB)

๒.๒ ออกติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

ระยะที่ ๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ ๔ สรุปผลการดำเนินงาน

๔.๑ ค้นข้อมูลการประเมินการผลลัพธ์ และการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ด้านปัจจัยนำเข้าและการให้บริการ

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

##### เค้าโครงเรื่องย่อ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการตายของหลายประเทศทั่วโลก การระบาดของวัณโรคเพิ่มมากขึ้นมีเรื่อยๆมีปัจจัยมาจากหลายสาเหตุ เช่น มาจากการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV, ความยากจน, ความแออัดของที่อยู่อาศัย, การอพยพผู้คน เป็นต้น ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ๑ ใน ๓ ของประชากรโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ ๘.๘ ล้านคน และผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ ๑.๗ ล้านคน วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium โดยในไทยสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุด คือ Mycobacterium Tuberculosis โดยส่วนใหญ่จะเกิดการติดเชื้อที่บริเวณปอด (ร้อยละ ๘๐) แต่ก็ยังสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ เช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ระบบประสาท เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีเชื้อวัณโรคสายพันธุ์อื่น (Non-Tuberculosis Mycobacteria หรือ NTM) ซึ่งพบได้น้อยและการศึกษาถึงแนวทางการรักษาเชื้อเหล่านี้มีน้อยกว่าเชื้อวัณโรคที่พบได้บ่อย ซึ่งเป็นอันตรายหากเกิดการดื้อยาของเชื้อ ทำให้ยาที่ใช้รักษาวัณโรคจะถูกจำกัดจำนวนให้น้อยลงและรักษาได้ยากขึ้น (นิตยารธรรม กุลณวารธรรม และคณะ, ๒๐๑๕) วัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาระดับประเทศซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเร่งค้นให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า ๕ ขาดยาเป็น ๐ โดยมุ่งให้อัตราการรักษาสำเร็จเกินร้อยละ ๘๕ ทั้งประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

การรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยและลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้ ในปัจจุบัน พบปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยา (drug-resistant TB) รวมทั้งวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (multidrug-resistant TB, MDR-TB) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาวัณโรคให้ประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา rifampicin (RR-TB/MDR-TB) จำนวน ๔๘๔,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๗๘ วินิจฉัยเป็น MDR-TB และร้อยละ ๖.๒ ของ MDR-TB วินิจฉัยเป็น extensive drug resistant TB, XDR-TB)

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยนั้น องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ใน ๑ ใน ๑๔ ประเทศทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคสูงสุด ทั้งจำนวนผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคที่พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๑๐๖,๐๐๐ ราย คิดเป็น ๑๕๓ รายต่อแสนประชากร และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา rifampicin (RR-TB/MDR-TB) จำนวน ๔,๐๐๐ ราย คิดเป็น ๕.๗ รายต่อแสนประชากร (World Health Organization, ๒๐๑๙) จากปัญหาของวัณโรคในทั่วโลกนั้น องค์การอนามัยโลกร่วมกับสหประชาชาติได้มีแผนเพื่อยุติวัณโรคให้ได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ซึ่งการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบไปด้วย การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว การรักษาที่เหมาะสมทันที่ และการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne infection control)

จากรายงานการสอบสวนโรค Pre-XDR และ XDR-TB เบื้องต้น พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การป่วยคือผู้ป่วยวัณโรคปอดขาดการรักษาที่ต่อเนื่องย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง ประกอบกับอาศัยในชุมชนเป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัด ส่งผลให้การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยเป็นไปได้ด้วยความยากลำบากจนนำไปสู่การป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และพัฒนาเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองต่อวัณโรค จึงส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น และเกิดความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค (นพดล พิมพ์จันทร์ และคณะ, ๒๕๖๒) การป้องกันผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทุกชนิดนั้นต้องเริ่มต้นจากผู้ดูแลหรือครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคธรรมดา ก่อน เพราะการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานาน และถ้าหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาได้ จึงต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ดูแลกำกับให้ผู้ป่วยกินยา การดูแลทางด้านจิตใจและการช่วยเหลือทางสังคม นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ว่าจะเป็นกลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อบต. อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ในการแก้ปัญหา ตั้งแต่กระบวนการร่วมกันค้นหาปัญหาและสถานการณ์สะท้อนความต้องการของชุมชน การตัดสินใจร่วมกันที่จะกำหนดแนวทางในการป้องกันวัณโรคนี้ในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้จริงเปิดโอกาสให้ภาคชุมชนมีส่วนในการบริหารจัดการการติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะส่งผลให้การป้องกัน และแก้ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มุกดา วิเศษ นพดล พิมพ์จันทร์, ๒๕๖๓)

อำเภอท้ายเหมือง มีผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่องและพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ อัตราการรักษาสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราตายสูง ผู้ป่วยขาดนัด หยุดยาเอง ปัญหาการสื่อสารระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาล ชุมชนไม่เห็นถึงความสำคัญของโรค ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเกณฑ์ ดังนี้ ปี ๒๕๕๑ = ร้อยละ ๗๕.๐ ปี ๒๕๕๒ ร้อยละ ๕๐.๐ และปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๗๑.๒ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน ควบคุมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในพื้นที่อำเภอท้ายเหมือง ต่อไป

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

##### ผลการศึกษา

พบว่า พบผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) จำนวน ๑ ราย ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ ๑๐๐%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง ครบ ๑๐๐% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

##### สรุป

ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยี่น จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปฏิบัติการการเกิดวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ศึกษาความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย และระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยี่น จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสรุป ได้ดังต่อไปนี้

๑. สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) จำนวน ๑ ราย

๒. ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

๓. การเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

๔. ผลการดำเนินงานของระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยี่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ ๑๐๐%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง ครบ ๑๐๐% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

##### อภิปรายผล

จากผลการดำเนินงานของระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ ๑๐๐%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง ครบ ๑๐๐% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

ทั้งนี้ เนื่องจากได้มีการเสริมสร้างความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ให้กับภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวทีชุมชน โดยมีเนื้อหา ประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการรักษาวัณโรคคือยา (тираกรณ กัญจนพันธ์ อรศรีวิ ทวีสมงคล, ๒๕๖๒) และการศึกษาของ มุกดา วิเศษ นพดล พิมพ์จันทร์ (๒๕๖๓) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด มี ๓ ขั้นตอน คือ

๑) การสร้างองค์ความรู้เรื่องวัณโรค XDR-TB และส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

๒) การเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในหมู่บ้านโดยคัดกรองเชิงรุกด้วยวาจา การเอกซเรย์ปอด และการตรวจทางอณูวิทยา

๓) สร้างแนวทางการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่

ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ในด้านความรู้หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค และการปฏิบัติตัวพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ส่งผลให้ ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.05$  โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ (๒๕๕๗) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ ผลการศึกษามีข้อค้นพบว่า การทำประชาคม ครั้งที่ ๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในเรือนจำ อสต. มีความรู้ และเข้าใจเรื่องวัณโรคปอดดีขึ้น และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อสต.ได้รับการยกย่องให้เป็น “หมอแดน” ซึ่งเป็นตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง การสร้างภาพฝันแสดงวิสัยทัศน์และแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรม “มุมความรู้” หลังจากได้นำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรนำแผนเหล่านี้เสนอเป็นนโยบายของเรือนจำ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ต้องขังทุกคน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลจากการทำประชาคม ครั้งที่ ๒ ได้ข้อสรุปว่า ควรมีระบบคัดกรองและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการแพร่กระจายของโรค ควรส่งเสริมให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา เกษร สำเกาทอง (๒๕๖๐)<sup>๑๐</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบในเดือนที่ ๒ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.0001$ ) ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อ สามารถพัฒนาความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้องมากขึ้น และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรค เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และลดปัญหาเชื้อวัณโรคต้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. โรงพยาบาลน้ำยั้น มีคลินิกโรควัณโรค ที่มีรูปแบบเฝ้าระวังภาวะต้อยา การดำเนินงานโดยคณะกรรมการสหวิชาชีพและชุมชนร่วมกัน
๒. เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม โดยทีมสหวิชาชีพ
๓. สามารถนำรูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาหน่วยงานอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในชุมชนที่ชัดเจน
๒. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านพฤติกรรมการทานยา การเฝ้าระวังการกระจายเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ประชาชนในเขตพื้นที่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรควัณโรค และขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังการกระจายเชื้อ
๒. ภาควิชาในชุมชนยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรค

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ในชุมชน ต้องพึ่งพาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหลัก ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวทีชุมชนภายใต้เนื้อหา ประกอบด้วย การประเมินโดยแพทย์ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน การดูแลด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนอปท. และประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ



## ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

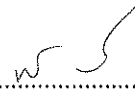
## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์ในวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน (ECH Journal of environmental and community health) ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ หน้า ๑๔๓ เรื่องระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาดขนานชนิด (Pre XDR TB โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี (Treatment system for severe multidrug-resistant tuberculosis (Pre XDR TB) by community participation, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province )

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

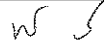
(นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง )

นายแพทย์ชำนาญการ

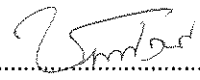
(วันที่) ..... ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน

(วันที่) ..... ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง) ..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ..... ๑๒ มี.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนางานไตเทียมโรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง และค่าใช้จ่ายสูง สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า ๑๗๐,๐๐๐ ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ ๑๙,๐๐๐-๒๒,๐๐๐ ราย (ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๓) ซึ่งเป็นจำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เท่านั้น ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะแรกๆ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า ๘ ล้านคนทั่วประเทศ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำเย็น เข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน ๑,๓๒๓ คน (กลุ่มงานสารสนเทศโรงพยาบาลน้ำเย็น ๒๕๖๕) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง จากสถิติโรงพยาบาลน้ำเย็น ปี ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ ๑ จำนวน ๓๕ ราย, ระยะที่ ๒ จำนวน ๑๐๗ ราย, ระยะที่ ๓ จำนวน ๖๙๓ ราย , ระยะที่ ๔ จำนวน ๒๐๐ ราย, ระยะที่ ๕ จำนวน ๙๙ ราย

โรงพยาบาลน้ำเย็น เป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเป็นระยะทาง ๑๑๐ กิโลเมตร และ ๕๔ กิโลเมตร ตามลำดับ และยังไม่มีศักยภาพในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับบริการนอกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องรับภาระด้านต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และต้นทุนค่าเสียโอกาสด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังในพื้นที่เข้าถึงบริการดังกล่าวได้น้อย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดตั้งและพัฒนางานไตเทียมโรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อมุ่งหวังการเข้าถึงการรักษา การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดต้นทุนของผู้ป่วยด้านต่างๆ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนางานไตเทียมโรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการและไม่ทราบว่าตนเองเป็น โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่โรคจะดำเนินเข้าสู่ในระยะท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน เราแบ่งความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังเป็น ๕ ระยะ ตามค่าอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) หน่วยเป็น มล./นาที/๑.๗๓ ดังนี้

ตารางที่ ๑ การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)
ระยะที่ ๑	≥ ๙๐
ระยะที่ ๒	๖๐-๘๙
ระยะที่ ๓a	๔๕-๕๙
ระยะที่ ๓b	๓๐-๔๔
ระยะที่ ๔	๑๕-๒๙
ระยะที่ ๕	< ๑๕

หมายเหตุ : โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง

ตารางที่ ๒ การแบ่งโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ

ระยะ	ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (มก./๒๔ ชั่วโมง)	สัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ		คำนิยาม
		(มก./มิลลิโมล)	(มก./กรัม)	
A๑	< ๓๐	< ๓	< ๓๐	ปกติ หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
A๒	๓๐ - ๓๐๐	๓ - ๓๐	๓๐ - ๓๐๐	เพิ่มขึ้นปานกลาง
A๓	> ๓๐๐	> ๓๐	> ๓๐๐	เพิ่มขึ้นมาก

### การพยากรณ์โรคไตเรื้อรัง

สามารถพยากรณ์โรคไตเรื้อรังตามความสัมพันธ์ของ GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ การพยากรณ์โรคไตตามความสัมพันธ์ของ GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ

			ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ		
			A๑ < ๓๐ มก./ก. < ๓ มก./มิลลิโมล	A๒ ๓๐ - ๓๐๐ มก./ก. ๓ - ๓๐ มก./มิลลิโมล	A๓ > ๓๐๐ มก./ก. > ๓๐ มก./มิลลิโมล
ระยะของโรคไตเรื้อรัง ตามระดับ GFR (ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> )	ระยะที่ ๑	≥ ๙๐	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
	ระยะที่ ๒	๖๐-๘๙	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
	ระยะที่ ๓b	๓๐-๔๔	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงสูงมาก
	ระยะที่ ๔	๑๕-๒๙	ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงสูงมาก	ความเสี่ยงสูงมาก
	ระยะที่ ๕	< ๑๕	ความเสี่ยงสูงมาก	ความเสี่ยงสูงมาก	ความเสี่ยงสูงมาก

การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องให้การรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ผู้ป่วยที่เริ่มเป็นระยะแรก โดยพบว่าการดูแลรักษาที่ดีในระยะแรกนอกจากจะสามารถช่วยชะลอเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการบำบัดทดแทนไตยังช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยอีกด้วย

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมประกอบด้วยหลักสำคัญ ๕ ประการคือ

๑) ตรวจวินิจฉัยและส่งปรึกษา เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรค และส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยให้อายุรแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสม

๒) การชะลอการเสื่อมของไต เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการเริ่มการบำบัดทดแทนไต

๓) การประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสามารถวินิจฉัย และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๔) การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อป้องกันการเกิดและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๕) เตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (preparation for renal replacement therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการบำบัดทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม

### การบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไตจะเริ่มเมื่อมีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. โดยอาจตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ หรือที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑) ภาวะน้ำ และเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะบวม น้ำรุนแรง และส่งผลให้หัวใจวาย หรือระบบการหายใจล้มเหลว

๒) ระดับเกลือแร่ผิดปกติ หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง ในภาวะไตวาย ที่ไม่สามารถประคับประคองด้วยยา

๓) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากของเสียคั่งในภาวะไตวาย

๔) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากของเสียคั่งในภาวะไตวาย

๕) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะขาดสารอาหาร จากของเสียคั่งในภาวะไตวาย

### การเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต

๑) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไต เมื่อเริ่มเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ (ค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๓๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)

๒) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ขึ้นไป ควรได้รับความรู้และคำแนะนำทางเลือก วิธีการรักษา ค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ต่างๆรวมทั้งข้อดีและข้อด้อยของการบำบัดทดแทนไต ครอบคลุมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไตก่อนการเริ่มฟอกไต (pre-emptive kidney transplantation) การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง

๓) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพควรบันทึกผลการทบทวนการเตรียมแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า ข้อมูลการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวลงในเวชระเบียนอย่างน้อยปีละครั้ง

๔) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ตัดสินใจเลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับการเตรียมเส้นเลือดถาวรใช้สำหรับการฟอกเลือดชนิด arteriovenous fistula (AVF) หรือ arteriovenous graft (AVG) ให้พร้อมใช้เมื่อเริ่มการฟอกเลือด ทั้งนี้ระยะเวลาการเตรียมขึ้นกับอัตราการกรองของไตขณะนั้นและอัตราการเสื่อมของไต ภายใต้อายุขัยของอายุแพทย์โรคไตและศัลยแพทย์หลอดเลือด

๕) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการเตรียมเส้นเลือดถาวร ทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้คำแนะนำเรื่องการบริหารเส้นเลือดหลังการผ่าตัด และติดตามความสมบูรณ์ของเส้นเลือด

๖) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ตัดสินใจเลือกการล้างไตทางช่องท้อง ควรได้รับการใส่สายล้างช่องท้องอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ก่อนเริ่มล้างไตทางช่องท้อง (Not Graded)

๗) แนะนำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๒๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ที่ยังไม่ได้รับการล้างไต ควรได้รับการประเมินเพื่อทำ pre-emptive living donor kidney transplantation ทุกราย

๘) แนะนำให้ทำ pre-emptive living donor kidney transplantation ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ใหญ่ เมื่อค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. และในผู้ป่วยเด็กเมื่อค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือทำเร็วกว่านั้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่หากผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย

### วิธีบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีบำบัดทดแทนไตแบ่งออกได้ ๓ แบบ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ดังนี้

๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด โดยนำเลือดที่มีของเสียออกจากตัวผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำแล้วผ่านตัวกรองในเครื่องไตเทียมที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองแล้วจะกลายเป็นเลือดดีและกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะถูกควบคุมโดยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis machine) การฟอกเลือดแต่ละครั้ง ต้องใช้เวลาประมาณ ๔ ชม. และต้องทำการฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ - ๓ ครั้ง ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถเดินทางไปท่องเที่ยวได้ แต่ต้องนำยาที่ต้องกินประจำไปด้วย ควรติดต่อห้องไตเทียมเพื่อการฟอกเลือดล่วงหน้าในสถานที่ที่จะเดินทางไป เพื่อจะได้ฟอกเลือดตามกำหนด และควรขอข้อมูลเกี่ยวกับการฟอกเลือดจากห้องไตเทียมที่ฟอกเลือดประจำไปให้ห้องไตเทียมใหม่ที่จะทำการฟอกเลือดด้วย

๒) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) คือ การขจัดของเสียออกจากร่างกาย โดยใช้เยื่อぶผนังช่องท้องของร่างกายตามธรรมชาติเป็นตัวกรอง โดยใช้น้ำยาสำหรับล้างทางช่องท้องประมาณ ๒ ลิตร ใส่ผ่านสายทางหน้าท้องที่ถูกวางไว้ก่อนค้ำน้ำยาไว้ในช่องท้อง ๔ - ๘ ชม. ต่อรอบของเสียของร่างกายที่อยู่ในกระแสเลือดจะแพร่ผ่านเยื่อช่องท้องออกมาอยู่ในน้ำยาในช่องท้อง เมื่อครบเวลาที่กำหนดก็จะมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่มีของเสียปนอยู่ออกไปแล้วจึงใส่น้ำยาชุดใหม่เข้าไป ทำเช่นนี้ วันละ ๔ รอบ ซึ่งความถี่หรือรอบของการเปลี่ยนน้ำยาอาจปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมได้แล้วแต่แพทย์พิจารณาวิธีนี้สามารถทำที่บ้านหรือที่ทำงานได้โดยที่ต้องทำทุกวันโดยเลือกเวลาทำได้ด้วยตัวเอง กลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตวายที่มีโรคหัวใจรุนแรงโดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำหรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการให้มีหลอดเลือดเทียมสำหรับการฟอกเลือดได้ ผู้ป่วยเด็กซึ่งมีหลอดเลือดขนาดเล็กไม่เหมาะกับการผ่าตัดหลอดเลือดหรือใส่สายฟอกเลือด

๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) คือ การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการรับไตจากผู้อื่น ซึ่งผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ให้มาทำหน้าที่แทนไตเก่าของผู้ป่วยที่สูญเสียไปอย่างถาวรแล้ว ปัจจุบันถือว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้งในวัยเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากประสิทธิภาพของการทดแทนการทำงานไตจะสูงกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจึงมีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยวิธีการปลูกถ่ายไตทำได้ด้วยการนำไตของผู้อื่นที่เข้าได้กับผู้ป่วยมาปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยเพิ่มไม่ใช้การเปลี่ยนเอาไตผู้ป่วยออกแล้วเอาไตผู้อื่นใส่เข้าแทนที่ การผ่าตัดทำโดยการวางไตใหม่ไว้ในอุ้งเชิงกรานข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วย แล้วต่อหลอดเลือดของไตใหม่เข้ากับหลอดเลือดของผู้ป่วย และต่อท่อไตใหม่เข้าในกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย การปลูกถ่ายไตนี้ใช้ได้เพียง ๑ ข้างก็เพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิตต่อได้ โดยไตที่นำมาใช้ปลูกถ่ายได้มาจาก ๒ แหล่ง คือ จากคนบริจาคที่ยังมีชีวิต (living donor) หรือจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (deceased donor) ผ่านการรับบริจาคโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะสลายไต (transplant rejection) ดังนั้นวิธีนี้จึงเหมาะสมกับผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคหัวใจรุนแรง/โรคมะเร็ง และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ เนื่องจากการทานยากดภูมิคุ้มกันจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น

การบำบัดทดแทนไต เป็นวิธีการรักษาที่ทำหน้าที่ทดแทนไตเดิมที่เสื่อมสภาพไป โดยอาจเป็นการรักษาชั่วคราวเพื่อรอไตฟันทันหน้าที่ในภาวะไตวายเฉียบพลันหรือเป็นการรักษาในระยะยาวถาวรในภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยบำบัดทดแทนไตร่างกายจะมีสุขภาพแข็งแรงดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา โดยทั่วไปผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานและดำรงชีวิตได้ตามปกติแต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้แรงหักโหมมาก หรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการกดทับของหลอดเลือด ในกรณีที่ใช้ในการฟอกเลือด และควรพักผ่อนให้เพียงพอหลีกเลี่ยงภาวะเครียด

### บทวิเคราะห์

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ในปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน ๑๖ ราย (โรงพยาบาลน้ำยี่น) จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ๘๑ ราย โดยผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องเดินทางไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน ๓๐ ราย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จำนวน ๒ ราย และโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน จำนวน ๔๙ ราย สาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สมควรได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร รวมทั้งค่าใช้จ่ายจากการขาดงานของตนเองและผู้ดูแล ความทรمانด้านร่างกายเนื่องจากการเดินทางไกล และความสูญเสียด้านจิตใจเนื่องจากไม่มีญาติติดตามดูแล ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ดังนั้นจึงต้องการพัฒนางานไตเทียมโรงพยาบาลน้ำยี่น อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมวิชาชีพ และระบบการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

### ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการเพื่อให้ปรับปรุงพัฒนาระบบงานมีดังนี้

การพัฒนาคลินิกไตเทียม โรงพยาบาลน้ำยี่น โดยใช้กระบวนการพัฒนาเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดและขั้นตอนดำเนินการ PAOR แบ่งเป็นได้ ๔ ระยะดังนี้

#### ระยะที่ ๑ ระยะการวางแผนศึกษาสภาพปัญหาโดยวิเคราะห์สถานการณ์ดำเนินการดังนี้

๑.๑ การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยประเด็นที่ทบทวน ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่า serum creatinine(SCr) และอัตราการกรองของไต(GFR) เป็นต้น

๑.๒ ทบทวนแนวทางการให้บริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลน้ำยี่น

๑.๓ สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการให้บริการผู้ป่วยในคลินิก

๑.๔ ประชุมร่วมกันจัดทีมคณะกรรมการดำเนินงานในระดับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอปัญหาในการให้บริการผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ต้องฟอกไต การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิก เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

๑.๕ จัดระบบการเบิกจ่ายยา - เวชภัณฑ์จำเป็นฉุกเฉินที่ต้องสำรองในหน่วยไตเทียม และระบบการควบคุมคุณภาพ

๑.๖ วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วย และการจัดตั้งคลินิกไตเทียม

ระยะที่ ๒ การลงมือปฏิบัติการตามแผนและนำกระบวนการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกไตเทียม ของโรงพยาบาลน้ำยี่น ไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

๒.๑ ดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการคลินิก โดยการคัดกรองและการแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยโรคไตตามอัตราการกรองไต

๒.๒ การให้บริการและแนวทางการให้ความรู้ด้านยา การดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไต การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

๒.๓ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การฟอกไต เพื่อให้คำปรึกษาจากพยาบาลหน่วยไตเทียม

๒.๔ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สมัครใจเข้ารับการเตรียมความพร้อมและนัดหมาย เพื่อเข้ารับการฟอกไตที่หน่วยไตเทียม

๒.๕ ให้บริการในคลินิกด้วยความสะดวกสบาย เช่น การจัดสภาพแวดล้อม การถ่ายเทอากาศ การใช้สื่อที่ทันสมัยเข้าใจง่ายเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

๒.๖ แพทย์ และพยาบาลหน่วยไตเทียมให้คำปรึกษาก่อนกลับบ้าน

๒.๗ ระบบการขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบ Telemedicine

ระยะที่ ๓ สังเกตการณ์กระบวนการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกไตเทียมของโรงพยาบาลน้ำเย็นไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

๓.๑ ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพประเมินผลแบบการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคไตตามอัตราการกรองไต eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate)

๓.๒ สนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทีมผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

๓.๓ แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข

ระยะที่ ๔ การสะท้อนกลับข้อมูลการประเมินผลการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตเทียมของโรงพยาบาลน้ำเย็น ดังนี้

๔.๑ การคืนข้อมูลการประเมินการผลลัพธ์จัดตั้งและการพัฒนาคลินิกด้านปัจจัยนำเข้าและการให้บริการ

๔.๒ ประชุมระดมความคิดเห็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อสรุปสภาพปัญหาที่ค้นพบให้แก่ ทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักวิชาการสาธารณสุข กับแนวปฏิบัติงานในคลินิกเพื่อรับทราบปัญหาการบริการคลินิกไตเทียมสู่การวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒) ลดต้นทุนของผู้รับบริการ

๓) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเข้าถึงการฟอกไตมากขึ้น

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) ร้อยละผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ ๔ ที่ eGFR คงที่และสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

๒) มูลค่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อการเข้ารับการฟอกไตของผู้ป่วยลดลง

๓) ร้อยละให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

(ลงชื่อ) .....

(นายชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง )

นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๑๔ กค. ๒๕๖๖ .....

ผู้ขอประเมิน



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙  
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๑ เดือนกันยายน - ๓๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙

๓.๑.๑ โรคติดเชื้อโควิด ๑๙

WHO (๒๐๒๐) โรคโควิด ๑๙ คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ ไม่เป็นที่รู้จักเลยก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี ๒๐๑๙ ขณะนี้โรคโควิด ๑๙ มีการระบาดใหญ่ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก ต้นตอของไวรัสน่าจะมาจากการที่ไวรัสจากสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คน ผู้ป่วยรายแรกเท่าที่ทราบกัน เริ่มมีอาการตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม และไม่มี ความเชื่อมโยงกับตลาดต้องสงสัยในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน แต่ผู้ป่วยหลายรายอาจมีมาตั้งแต่ช่วงกลางเดือนพฤศจิกายนหรือก่อนหน้านั้น มีการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในตลาดไปส่งตรวจและพบเชื้อไวรัส และพบมากที่สุดบริเวณที่ค้าสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม ตลาดอาจเป็นต้นกำเนิดของไวรัสหรืออาจมีบทบาทในการขยายวงของการระบาดในระยะเริ่มแรก

๓.๑.๒ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (มกราคม ๒๕๖๕) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด ๑๙ แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕ โดยให้ผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแยกกักตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยหรือตรวจพบเชื้อเป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐ วัน โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ มีสุขภาพแข็งแรง อายุต่ำกว่า ๗๕ ปี มีโรคร่วมที่รักษาและสามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ และยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหาย อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายสัปดาห์ แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเอง เมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษาหรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยโควิด-๑๙ จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ ๒-๓ วันไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย นับจากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจจะมีเชื้อไวรัสที่ยังแพร่ ไปสู่ผู้อื่นอยู่ในน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ ๑๐ วัน หลังจากเริ่มป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่น ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐ วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือ ตรวจพบเชื้อ หากครบ ๑๐ วัน แล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งนี้สามารถ ปรึกษาแพทย์ได้หากไม่มั่นใจระยะเวลาที่เหมาะสมในการหยุดแยกตัว หลังจากนั้น แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัยและระมัดระวังสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อไปตามมาตรฐานวิถีใหม่ (new normal) แต่ถ้าเป็นผู้ที่มี ภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีอาการหนักในช่วงแรก อาจแพร่เชื้อได้นานถึง ๒๐ วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะต้องรับ การรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้แล้ว มักจะพ้นระยะแพร่เชื้อแล้วจึงไม่ต้องแยกตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ (ต่อ)

นิยาม Home Isolation เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ (วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕) ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะที่แพร่เชื้อได้ มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยแยกจากคนอื่นในบ้านตามคำแนะนำ ดังนี้

๑) ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย และ แพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษาที่บ้านได้

๒) ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานี่รัฐจัดให้หรือ โรงพยาบาล อย่างน้อย ๗ วัน และจำหน่ายกลับบ้าน โดยวิธี Home Isolation

บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในช่วงที่ต้องแยกตัว ควรจะต้องมีลักษณะ ดังนี้

• ผู้ป่วยโควิด-๑๙ ต้องอาศัยในสถานที่ที่กักตัวตลอดเวลาอีกด้วย ไม่ให้ออกจากที่พัก

• มีห้องนอนส่วนตัว ถ้าไม่มีควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้อื่นกรณีมีผู้อยู่ร่วมบ้าน และต้องเปิด ประตู หน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี

• มีผู้จัดหาอาหารและของใช้จำเป็นให้ได้ ไม่ต้องออกไปจัดหาที่บ้านด้วยตนเอง

• ผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขอนามัย และการแยกจากผู้ป่วยได้

• สามารถติดต่อกับโรงพยาบาลและเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก หากบ้านหรือที่พักไม่เหมาะสม อาจ

ต้องหาสถานที่แห่งอื่นในการแยกตัว

แนวทางในการติดตามดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙ ที่อยู่ที่บ้าน (ฉบับปรับปรุงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๕)

โดยพิจารณาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและด้านการควบคุมโรค ประกอบกัน

๑) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย หรือไม่แสดงอาการ

๒) มีสุขภาพแข็งแรง อาจมีโรคร่วมที่รักษา และสามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์

๓) อายุต่ำกว่า ๗๕ ปี

๔) ยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง

การดำเนินการของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่แยกกักตัวที่บ้าน

๑) ให้ดำเนินการติดต่อกลับผู้ป่วยให้เร็วที่สุดภายใน ๖ ชั่วโมง หลังผู้ป่วยโทรศัพท์แจ้ง

๒) ประเมินความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์

๓) ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน

๔) แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ

๕) ติดตามและประเมินอาการผู้ติดเชื้ออย่างน้อยวันละครั้ง หรือ ตามดุลยพินิจของแพทย์โดยให้ผู้ติดเชื้อ วัด อุณหภูมิ และวัดระดับออกซิเจนในเลือดทุกวัน ผ่านระบบการสื่อสาร

๖) เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการมากขึ้นให้มีระบบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

๗) ทั้งนี้ระหว่างติดตามอาการของผู้ป่วย แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม ตามแนวทาง

เวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโควิด-๑๙ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบการจัดส่งยา การ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับ การรับประทานยา การสังเกตผลข้างเคียงที่เหมาะสม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และ รับผู้ป่วย มารักษาในโรงพยาบาล

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

#### ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ (ต่อ)

เกณฑ์ในการนำส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล

- ๑) เมื่อมีอาการไข้สูงกว่า ๓๙ องศาเซลเซียส ระยะเวลาานานกว่า ๒๔ ชั่วโมง
- ๒) หายใจเร็วกว่า ๒๕ ครั้ง ต่อนาทีในผู้ใหญ่
- ๓) Oxygen Saturation < ๙๔%
- ๔) โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตามดุลยพินิจของแพทย์
- ๕) สำหรับในเด็ก หากมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตีมนมหรือทานอาหารน้อยลง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๕) ในคู่มือฉบับประชาชนกรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง ได้กำหนดแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with Self Isolation) เป็นวิธีการรักษา ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรครุนแรง และมีความพร้อมในการพักรักษาตัวที่บ้าน โดยขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจ และความพร้อมของผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ ได้กำหนดเกณฑ์การพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with Self Isolation)

- ๑) ผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบเชื้อ เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย
  - ๑.๑) อาจมีไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ตาแดง มีผื่น ถ่ายเหลวเล็กน้อย จมูกไม่ได้กลิ่นหรือลิ้นไม่รับรส
  - ๑.๒) ไม่มีอาการหายใจเร็ว
  - ๑.๓) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย
  - ๑.๔) ไม่มีอาการหายใจลำบาก
  - ๑.๕) ระดับออกซิเจนไม่ต่ำกว่า ๙๔% ( หากมีอุปกรณ์)

๒) ผู้ป่วยติดเชื้อที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย ๕-๗ วัน อาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาให้กลับมามากักตัวที่บ้านต่อ ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่ม ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- ๒.๑) อายุไม่เกิน ๗๕ ปีหรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์
- ๒.๒) พักอาศัยอยู่คนเดียว หรือที่พำนักมีห้องแยกกักตัวได้จากสมาชิกคนอื่น ๆ
- ๒.๓) ไม่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภาวะอ้วน ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (มีนาคม ๒๕๖๕) ได้กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลตรวจ ATK ต่อ SARS-CoV-๒ ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งผู้ที่อาการและไม่แสดงอาการแบ่งเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงได้เป็น ๔ กรณี ดังนี้

#### ๑) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือสบายดี(Asymptomatic COVID-๑๙)

๑.๑) ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self isolation) หรือ home isolation หรือ สถานที่รัฐจัดให้ตามความเหมาะสม

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

#### ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ (ต่อ)

๑.๒) ให้ดูแลรักษาตามอาการตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาต้านไวรัส เช่น favipiravir เนื่องจากส่วนมากหายได้เอง

๑.๓) อาจพิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจรตามดุลยพินิจของแพทย์

๒) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-๑๙ without pneumonia and no risk factors for severe disease)

๒.๑) อาจพิจารณาให้ favipiravir ควรเริ่มยาโดยเร็ว

๒.๒) หากตรวจพบเชื้อเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาแล้วเกิน ๕ วัน และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ ยาต้านไวรัส เพราะผู้ป่วยจะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๓) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือ ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ oxygen โดยปัจจัยเสี่ยงต่ออาการรุนแรง ได้แก่

๓.๑) อายุ >๖๐ ปี

๓.๒) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ

๓.๓) โรคไตเรื้อรัง

๓.๔) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด

๓.๕) โรคหลอดเลือดสมอง

๓.๖) เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

๓.๗) ภาวะอ้วน (น้ำหนัก มากกว่า ๙๐ กก. หรือ BMI  $\geq 30$  กก./ตร.ม.)

๓.๘) ตับแข็ง

๓.๙) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ(เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือ ยากดภูมิหรือ corticosteroid equivalent to prednisolone ๑๕ มก./วัน ๑๕ วัน ขึ้นไป, ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD4 cell count ๒๐๐ เซลล์/ลบ.มม. ลงมา) และ lymphocyte น้อยกว่า ๑,๐๐๐ เซลล์/ลบ.มม.

๓.๑๐) ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มี แนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรครุนแรงขึ้น

คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย COVID-๑๙ที่แพทย์จำหน่ายให้กลับไปกักตัวที่บ้านก่อนพ้นระยะกักตัว

๑) งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณี ยกเว้นการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยการนัดหมายและการจัดการโดยโรงพยาบาล

๒) ให้แยกห้องนอนจากผู้อื่น ถ้าไม่มีห้องนอนแยกให้นอนห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย ๓-๕ เมตร และต้องเป็นห้องที่เปิดให้อากาศระบายได้ดี ผู้ติดเชื้อนอนอยู่ด้านใต้ลม หากไม่สามารถจัดได้อาจจะต้องให้ผู้ติดเชื้อพักที่ศูนย์แยกโรคชุมชน (community isolation) จนพ้นระยะการแยกโรค

๓) ถ้าแยกห้องน้ำได้ควรแยก ถ้าแยกไม่ได้ให้เช็ดพื้นผิวที่มีการสัมผัสด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์หลังการใช้ทุกครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ (ต่อ)

๔) การดูแลสุขอนามัย ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

๕) ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ เป็นประจํา โดยเฉพาะหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือถูมือด้วยเจล แอลกอฮอล์ ๗๐%

๖) ไม่รับประทานอาหารร่วมวงกับผู้อื่น

๗) หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะไม่เกิน ๒ เมตร การพบปะกันให้สวมหน้ากากตลอดเวลา

๘) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่สุก สะอาด และมีประโยชน์ครบถ้วนตามหลัก

โภชนาการ

๙) หากมีอาการป่วยเกิดขึ้นใหม่ หรืออาการเดิมมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หอบ หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร ให้ติดต่อสถานพยาบาล หากต้องเดินทางมาสถานพยาบาล แนะนำให้สวมหน้ากาก ระหว่างเดินทางตลอดเวลา

๑๐) หลังจากครบกำหนดการกักตัวตามระยะเวลาแล้ว สามารถประกอบกิจกรรมทางสังคม และทำงาน ได้ ตามปกติตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การทำความสะอาดมือ

ศูนย์ EOC จังหวัดอุบลราชธานี (๒๕๖๕) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๕ ให้เริ่ม จัดบริการ Home Isolate ผู้ป่วยทุกอำเภอ โดยให้ Admitted เฉพาะผู้ป่วยระดับ ๓-๔ และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงให้จัดบริการ Home Isolate เลย ไม่ต้อง PCR ซ้ำ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์วิกฤติที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ คือ การระบาดของโรค COVID๑๙ หลังจากที่มีการพบผู้ที่ติดเชื้อรายแรกในเมืองอู่ฮั่นเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ ซึ่ง COVID๑๙ เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่งในตระกูลโคโรนา สามารถก่อให้เกิดโรคได้ทั้งในคนและสัตว์ ซึ่งถ้าเกิดในคนจะทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจอักเสบ โดยมีระยะฟักตัว ๒ - ๑๔ วัน ซึ่งอาจไม่มีอาการป่วยที่สังเกตเห็นได้ สามารถแพร่กระจายเชื้อได้จากละอองฝอยจากการไอ จาม น้ำลาย น้ำมูก ซึ่งหากร่างกายสูดเอาละอองฝอยจากการไอ จาม ของผู้ติดเชื้อจะสามารถรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่และเป็นยุคโรคไร้พรมแดน ทำให้มีการระบาดไปทั่วโลก

สำหรับสถานการณ์โรค COVID ๑๙ ในไทยพบผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓ ซึ่งผู้ป่วยเป็นหญิงชาวจีนคัดกรองได้ที่สนามบินสุวรรณภูมิ และพบผู้ป่วยคนไทยคนแรกที่ไม่ใช่ประวัติไปจีนโดยมีอาชีพ ช่างแท็กซี่ ตรวจพบเมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ หลังจากนั้นก็พบผู้ป่วยที่พบในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในเดือนมีนาคมโดยแหล่งรังโรคคือสนามมวยลุมพินีและสถานบันเทิง

สำหรับอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยรายแรกต้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ จากการสอบสวนโรคพบว่า เป็นภรรยาผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อ COVID๑๙ รายที่ ๒ ของจังหวัดอุบลราชธานี และรายที่ ๒ และ ๓ ตรวจพบเมื่อปลายเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ เป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง คือ จังหวัดภูเก็ต เมื่อเดินทางเข้าพื้นที่แล้วพบว่ามีอาการเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค PUI และเริ่มพบผู้ป่วยจากการระบาดของโรค COVID๑๙ ระลอกที่ ๓ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน จากนโยบายระบบการรักษาที่เริ่มมีการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ที่มาและความสำคัญของปัญหา(ต่อ)

ปรับเปลี่ยนและจำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น ในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเฉลี่ยวันละ ๒๐ -๓๐ ราย ทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในที่มี Cohort ward และโรงพยาบาลสนามซึ่งสามารถให้บริการรวมกันได้ไม่เกิน ๑๐๐ ราย ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแบบผู้ป่วยในให้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงได้มีการจัดระบบบริการ Home ward ซึ่งเป็นการให้บริการที่เหมือนการจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระดับ ๓.๑ และ ๒ ซึ่งหลังจากได้มีการดำเนินการดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้มีการประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมดังกล่าวเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการจัดบริการ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ อำเภอหนองปรือ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

๔.๓.๑ รูปแบบการศึกษา เป็น Evaluation research

๔.๓.๒ ประชากรที่เข้ารับการศึกษา รวมทั้งหมด ๔๓๐ ราย

๑) ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด๑๙ ที่เข้ารับบริการระบบ Home ward ๔๐๓ ราย

๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ ราย

๓) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จำนวน ๑๗ ราย

๔.๓.๓ สถานที่ทำการวิจัย โรงพยาบาลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองปรือที่ให้บริการดูแลประชาชนในพื้นที่ ๘ ตำบล ๑๒๗ หมู่บ้าน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๑๗ แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๖ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน ๑ แห่ง มีหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง หลังจากที่มีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ได้มีการปรับเตียงผู้ป่วยใน ๑ แห่งเป็น Cohort ward สามารถรับผู้ป่วยได้ ๓๕ ราย และเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ได้มีการเปิดโรงพยาบาลสนามสามารถรับผู้ป่วยได้ ๘๐ ราย ส่วนการให้บริการตรวจผู้ป่วยนอกได้มีการปรับพื้นที่เป็น ARI clinic ซึ่งเปิดให้บริการ ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เกิน ๕๐ ราย ซึ่งถ้าเกินกว่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการล่าช้า

หลังจากระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๕ ซึ่งพบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากประกาศกรมการแพทย์ฉบับปรับปรุงวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ เรื่องแนวทางการคัดกรองเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโควิด ๑๙ แบบโรคประจำถิ่น (Endemic) อำเภอหนองปรือได้มีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยนอกออกเป็น ๒ ระบบคือ รับเข้ามาประเมินโรงพยาบาลซึ่งดูแลโดย ARI clinic และกลุ่ม Home Isolate รอรับยาที่บ้านโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการแบบ Tele medicine นอกจากนี้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

ยังพบว่านโยบายระบบการรักษาที่เริ่มมีการปรับเปลี่ยนและจำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น ในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเฉลี่ยวันละ ๒๐ -๓๐ ราย ทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในที่มี Cohort ward และโรงพยาบาลสนามซึ่งสามารถให้บริการรวมกันได้ไม่เกิน ๑๐๐ ราย ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแบบผู้ป่วยในให้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงได้มีการจัดระบบบริการ Home ward ซึ่งเป็นการให้บริการที่เหมือนการจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระดับ ๓.๑ และ ๒ ซึ่งมีระบบการติดตามอาการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลบุญชริก รวมทั้งมีการกลับมาประเมินซ้ำเหมือนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน Cohort ward และโรงพยาบาลสนาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่เข้าสู่ระบบระบบบริการ Home Ward ส่วนมากจะอายุมากกว่า ๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๐๓ รองลงมา คือ อายุ ๕ - ๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๒๒ และอายุน้อยกว่า ๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๕ ตามลำดับ อายุน้อยสุด คือ ๓ ปี อายุมากที่สุด คือ ๙๐ ปี ภาวะเสี่ยงผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๘.๑๒ รองลงมา คือ DM with Hypertension , DM และ BMI คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๗, ๑๑.๔๑ และ ๙.๖๗ ตามลำดับ ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward อาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๓๘ รองลงมา คือ อาการแย่งต้องรับมาประเมินก่อนนัด ร้อยละ ๑๗.๑๒ และอาการแย่งต้องมา admitted คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๙ ตามลำดับ พบว่าระดับอายุมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ พบว่าโรคประจำตัวมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ระบบบริการแบบ Home Ward เป็นระบบบริการที่ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด ๑๙ พักรักษาที่บ้านแต่ได้รับบริการการประเมินและประเมินซ้ำแบบเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเป็นการให้บริการผ่านระบบ Tele medicine ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ไม่สามารถรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

### ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกระบวนการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังซึ่งต้องมีการวิเคราะห์เชิงลึกทั้งจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์และแบบสอบถามโรค ซึ่งต้องใช้ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

### ๘ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในระบบคอมพิวเตอร์และแบบสอบถามโรค ซึ่งจะต้องประสานงานในการค้นเวชระเบียนทั้งจากเวชสถิติและนักวิชาการสาธารณสุข

๘.๒ ในการติดตามข้อมูลบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งบางครั้งในการติดต่อประสานงานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมก็ทำได้ยาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จากผลการวิจัย

สำหรับการวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบการจัดบริการแบบ Home ward ไปปรับใช้กับการจัดบริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย IMC , ผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๙.๒ การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการแบบ Home ward

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

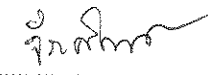
๑๐.๑ ชื่อแหล่งเผยแพร่ วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

๑๐.๒ วันเดือนปีที่เผยแพร่ ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม –สิงหาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นายแพทย์จิระศักดิ์ กวียานนท์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ % (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายจิระศักดิ์ กวียานนท์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) ๑๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายจิระศักดิ์ กวียานนท์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญชริก

(วันที่) ๑๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(.....(นายชธีระพงษ์ แก้วอมร).....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๑๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

**๒. หลักการและเหตุผล**

การที่ประชากรมีอายุยืนขึ้นทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมากในปัจจุบัน ปี ค.ศ. ๑๙๗๐ มีความตื่นตัวอย่างสูงและเห็นความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่จริงจัง โดย Robert Wood Johnson Foundation ได้มีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญและให้ทุนสนับสนุนด้านการวิจัยและพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวงวิชาการด้านการแพทย์เล็งเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมิใช่เป็นเพียง “ช่องว่าง” (Gap) แต่เป็น “หุบเหว” ของความบกพร่องด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลยทีเดียว และมาตรการเสริมต่อใดๆ เข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันซึ่งเหมาะกับโรคเฉียบพลันไม่เป็นการเพียงพอ แต่จะต้องมีการปฏิรูปหรือออกแบบ รูปแบบบริการสุขภาพแบบใหม่เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น

สถานการณ์ โรคเบาหวานในประเทศไทยมีอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๗ หมายถึง ใน ๑๐๐ คนที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปจะมีอย่างน้อย ๗ คน ที่เป็นโรคเบาหวาน เราพบว่า กลุ่มคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน สามารถเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาล เพียงแค่ประมาณร้อยละ ๕๐-๖๐ ส่วน อีก ร้อยละ ๓๐-๔๐ เป็นกลุ่มที่คนอยู่ในชุมชนซึ่งบางคนยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรืออยู่ในระยะก่อนเป็นโรคเบาหวานหรือบางคนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการรักษาก็มีอยู่อีกจำนวนหนึ่งเช่นกัน (การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน เวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ ๗ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)

จากข้อมูลในปี ๒๕๖๕ พบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุณฑริกมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกออกได้ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๔,๐๙๙ ราย โรคเบาหวาน ๑,๕๑๐ ราย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน ๓,๖๐๑ ราย รวมเป็น ๙,๒๑๐ ราย ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลรักษาทั้งจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลและการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งในระหว่างปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ซึ่งมีการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการบริการโดยระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำส่งยาให้ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีแนวโน้มลดลง โดยพบว่ามี การคัดกรอง CVD risk ร้อยละ ๙๒.๒๙, ๘๙.๒๔, และ ๘๑.๘๔ ตามลำดับ มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ ๘๓.๑, ๘๓.๗ และ ๗๘.๖๙ ตามลำดับ คัดกรอง HbA๑C ร้อยละ ๗๘.๔๕, ๗๕.๖๑ และ ๗๔.๐๒ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ ๒๗.๑๒, ๒๓.๗๙ และ ๒๑.๕๔ ตามลำดับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีร้อยละ ๘๓.๘๗, ๗๖.๒๗ และ ๗๑.๒ ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ ของอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสาขาวิชา Luhmann (๑๙๘๔) และความสำคัญของทฤษฎีระบบอยู่ที่การมองแบบไม่แยกส่วน หรือการมองว่าทุกอย่างสัมพันธ์กันเป็นส่วนใหญ่ ทฤษฎีระบบจะเป็นการคิดบนขั้นตอนพื้นฐานของระบบที่มีความค่อนข้างซับซ้อน (Complex System) คือเป็นการพัฒนารูปแบบทางการจัดการของระบบที่ไม่มีลักษณะตายตัวนั้น ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างตลอดเวลา คือ มีความเปลี่ยนแปลงได้หลากหลายอย่าง ความสำคัญของทฤษฎี ระบบจึงไม่ได้อยู่ที่การวิเคราะห์การวิจัยเฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใด หรือส่วนนั้น แต่จะเป็นการวิเคราะห์และพิจารณาถึงความสัมพันธ์เฉพาะแต่ละปัจจัย ควบคู่กับองค์ประกอบของปัจจัยสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

การนำเอาแนวคิดของวิธีการเชิงระบบ (System Approach) มาใช้ในการบริหารด้วยเหตุผล ที่ว่าในปัจจุบันองค์การมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น จึงยากที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมขององค์การ โดยให้ครอบคลุมได้หมดทุกแง่มุม ทำให้นักวิชาการ การบริหารทฤษฎีองค์การ สมัยใหม่หันมาศึกษาเรื่องพฤติกรรมขององค์การ โดยมีความเห็นว่าองค์การเป็นระบบสังคมซึ่งเป็นระบบใหญ่ จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา

ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับ การศึกษาพฤติกรรมขององค์การโดยเป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพียงเท่านั้น อาจจะทำให้ไม่ครอบคลุมทั้งหมดพฤติกรรมองค์การทั้งระบบ ทฤษฎีระบบจะเอื้อต่อการอธิบายพฤติกรรมองค์การทุกระดับ ทั้งบุคคลกลุ่ม และองค์กร ดังนั้นการเอาทฤษฎีระบบเข้ามาใช้ในการบริหารงานด้วยเหตุผลที่ว่า สิ่งแวดล้อมด้านเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างตลอดเวลาและอย่างรวดเร็ว องค์การบางองค์กรอาจมี ความซับซ้อนมากขึ้น จึงยากที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมองค์การได้ทุกแง่มุม โดยหน่วยระบบ จะประกอบด้วย ๔ ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) ปัจจัยกระบวนการ (Process) ปัจจัยผลผลิต (Output) และปัจจัยการย้อนกลับ (Feedback)

มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากแนวคิดทางจิตวิทยาที่กล่าวว่า ปัจจัยเรื่องการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน เป็นปัจจัยทางด้านการรับรู้อารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมแต่ขึ้นอยู่กับตัดสินใจจากความสามารถของตนปรากฏมาในรูปผลลัพธ์ที่คาดหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของเบนดูรา ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมถึงชุมชนโดยจัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุงระบบการส่งต่อจากชุมชนมายังโรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพ (การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ) ค่าเฉลี่ยระดับ HbA<sub>1c</sub> ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีค่าลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระดับน้ำตาลในเลือดเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน จากผลการวิจัยจากกรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า คนไทยกินผักน้อยมาก เฉลี่ยคนละ ๑.๘ กรัม หรือไม่ถึงวันละ ๒ ชีด และได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งพบว่ามีความเชื่อมั่น (KR-๒๐) ที่ ๐.๗๘ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวัดความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้แนวทางตามแนวทางของการป้องกันโรคขององค์การอนามัยโรค มี ๓ ระดับ ๑) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค ๒) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ ๓) การป้องกันระดับตติยภูมิ

ได้มีการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ๗๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๕ คน กลุ่มควบคุม ๓๕ คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมที่วัดและวิเคราะห์ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แต่ความรู้และพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพร มหาวรรการ, ๒๕๕๑)

ได้มีการศึกษาแนวโน้มการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมในประเทศไทย หลังการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ พบว่าในประเทศไทยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายต่างเชื้อชาติจะมีความต้องการรูปแบบการจัดการดูแลที่แตกต่างจากเดิมและเพิ่มขึ้น เนื่องจากข้อเสียทางด้านประสิทธิภาพทางการแพทย์และการป้องกันและควบคุมโรค ร่วมกับวัฒนธรรมการดูแลและเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของคนไทย ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีความหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลสุขภาพควรมีความพร้อมด้านนโยบายและมาตรฐานการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีวัฒนธรรมหลากหลายตามรูปแบบการจัดการดูแลแบบใหม่ ในด้านการควบคุม กำกับกับการจัดการดูแล ด้านภาษาในการสื่อสาร ด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบุคลากรสุขภาพและด้านชุมชนพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม (สุทธิพร มูลศาสตร์, ๒๕๖๓)

ได้มีเผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน : ในสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ๑) การใช้บริการสุขภาพทางไกล (Telemedicine) ๒) การนัดหมายเสมือนจริง (Virtual appointments) และแอปพลิเคชันมือถือ(Mobile applications) ๓) การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Mobile health technology) ๔) การปรึกษาทางไกลการให้บริการถึงบ้าน (Health services delivery platforms) เพื่อตระหนักและรู้เท่าทันความเสี่ยงและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (วิชุดา จันทะศิลป์, ๒๕๖๕)

ได้มีการศึกษา ความปกติใหม่ : การพัฒนารูปแบบจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการอุบัติซ้ำของโรคระบาดโควิด-๑๙ โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ ๑) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในภาวะปกติ ๒) เพื่อศึกษาการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-๑๙ และ ๓) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายในวิกฤติโรคระบาดโควิด-๑๙ ที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับภาวะโรคระบาดและบริบทของการระบาดโควิด-๑๙ ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในภาวะปกติ พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและมีปริมาณงานต่างๆ ที่ต้องดูแลในโรงพยาบาลมากมายประชากรที่เข้ามาใช้บริการ, การกิน ต้องเน้นผักและผลไม้เป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุต่างๆ โยอาหาร สารต้านอนุมูลอิสระ และสารพฤกษเคมีที่ช่วยป้องกันเบาหวาน, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็จะทำให้การดูแลควบคุมโรคเบาหวานทำได้ดีขึ้นทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานเข้าไป และปัญหาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข ยังไม่สามารถรองรับความต้องการของหน่วยบริการสาธารณสุขจัดการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-๑๙ พบว่า แบบวัดที่

๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และแบบวัดที่ ๓ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-๑๙ โดยการทดสอบทั้งก่อนและหลังจากการทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้ และแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-๑๙ ส่วนแบบวัดที่ ๒ ความรู้เรื่อง โควิด-๑๙ ที่เชื่อมโยงกับโรคเบาหวานพบว่า คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการวิเคราะห์การทดสอบทั้งก่อนและหลังได้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยคะแนนหลังกิจกรรมมีค่าสูงกว่าเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคระบาดโควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ยังต้องทำความเข้าใจในโรคระบาดโควิด-๑๙ และความเชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน (ณัฐอร จาตุสว่างพร, ๒๕๖๖)

ได้มีการพัฒนารูปแบบการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ วิทยาลัยพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ผู้ร่วมวิจัยมี ๒ กลุ่มคือ กลุ่มสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จ านวน ๑๕คนและ ผู้ป่วยเบาหวาน จ านวน ๔๘ คน ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ของโรงพยาบาลรัตนบุรี คือ ๑) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ จัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับมาตรการการควบคุมโรค คัดกรองและให้การรักษารูปแบบบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียวปรับระบบการการเติมยาโดยแพทย์ ๒) การเชื่อมโยงระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้ ๓ หมอ และ สถานีสสุขภาพ โดยหมอมคนที ๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียว หมอมคนที ๒ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเหลือง จัดบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ที รพ.สต. หมอมคนที ๓ (แพทย์ ) ดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง และกลุ่มที่ความยุ่งยากซับซ้อน จัดบริการที คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทีโรงพยาบาล โดยเน้นการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน๓)ด้าน การให้คำแนะนำ และติดตามการปฏิบัติตัวใช้ทั้ง ทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ผลของการใช้ รูปแบบ ทีพัฒนาขึ้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัย สาคัญทางสถิติทีระดับ ๐.๐๕ และมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบทีพัฒนาขึ้นในระดับมาก (จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์, ๒๕๖๖)

#### ๔. ผลทีคาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙
- ๔.๒ ผู้ป่วยเบาหวานทีเข้ามารับการรักษารูปแบบสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น
- ๔.๓ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทีเข้ามารับการรักษารูปแบบมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้ดีขึ้น

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
- ๕.๒ อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
- ๕.๓ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

(ลงชื่อ) .....

(นายจิระศักดิ์ กวียานนท์)

ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ๑๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๖