



ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ "ได้กำหนดหลักเกณฑ์  
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับควบ และมีผู้รองตำแหน่งนั้นอยู่  
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ  
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น"

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๘ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ – สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นายสุทธิพงษ์ พิมพ์วงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขโขงเจียม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกันท่าเกวียน ตำบลโพธิ์กลาง กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค จังหวัดอุบลราชธานี
๒.	นางสาวอาพิษา แสงเพชร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจหะหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเที่ยม ตำบลโนนสมบูรณ์ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค จังหวัดอุบลราชธานี
๓.	นางสาวชานัญชิตา ศala แก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำกลาง ตำบลป่าไม้ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค จังหวัดอุบลราชธานี
๔.	นางสาวณัฐพิศา วงศ์ชันธ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวินogradov โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเชบูรณ์ ตำบลสารสิน กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
๕.	นางสาวสุจิตรา ภารัมย์	แพทย์แผนไทย ชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๖.	นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำยืน
๗.	นายจิรศักดิ์ ณ อุบล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพีชผล
๘.	นางสาวอนุกรณ์ วงศ์หมื่น	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยบุคคลเท็จและนิติเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพีชผล

รายละเอียดแบบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ฝ่าฝืนการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและ  
เงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๙๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ฝ่าฝืนการประเมิน  
บุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ฝ่าฝืนการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่  
อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายศุภกิจ มีครุ สถาบัน)

รองผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผู้อำนวยการจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ดำเนินการประนีดบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประธานาธิบดี ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๗

### ข้อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเดิมครบที่ ที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ/คำนำหน้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขยาเจียม	ตำแหน่งของที่ที่ ทำมาหากษัต
๑	นายสุทธิพงษ์ พิมพ์วงศ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสุขาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขยาเจียม	รองพยาบาลส่องสว่างบันดาลพื้นที่ เกี่ยวกับโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขยาเจียม โรงพยาบาลส่องสว่างบันดาลพื้นที่ทำศัพ绷สำหรับผู้ป่วย ทำศัพ绷ไข้เลือดออก	๒๕๐๓๔๙ เลื่อนระดับ
๒	นางสาวอร่าม พแสงเพชร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสุขาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขยาเจียม	รองพยาบาลส่องสว่างบันดาลพื้นที่ เกี่ยวกับโรคติดต่อ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขยาเจียม โรงพยาบาลส่องสว่างบันดาลพื้นที่ทำศัพ绷สำหรับผู้ป่วย ทำศัพ绷ไข้เลือดออก	๒๕๐๓๔๙ เลื่อนระดับ

ลำดับ ที่	ผู้ติดต่อ – ชื่อ – สัญชาติ	สถานะเชื้อไวรัสโคโรนา	ตำแหน่ง	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ดำเนินการที่ สำนักงานสหสัมพันธ์ฯได้ออกมา	หมายเหตุ
๓	นางสาวน้ำฝน ลีลาภรณ์ วังชัยวัฒน์	รับประทานอาหารบุกรุก	ตำแหน่งเจ้าหน้าที่	สำนักงานสหสัมพันธ์ฯ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสหสัมพันธ์ฯได้ออกมา	
๔	นางสาวนรรดา วงศ์ปัน	รับประทานอาหารบุกรุก	ตำแหน่งเจ้าหน้าที่	สำนักงานสหสัมพันธ์ฯ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสหสัมพันธ์ฯได้ออกมา	
๕	นางสาวนรรดา วงศ์ปัน	รับประทานอาหารบุกรุก	ตำแหน่งเจ้าหน้าที่	สำนักงานสหสัมพันธ์ฯ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสหสัมพันธ์ฯได้ออกมา	

๕	นางสาวจิตรา ประเมย	ชื่อผู้รายงานประเมิน “ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ใช่ตัวบุคคลในการนำเสนอแบบบรรยายสำนัก” คือแนวคิดในการพัฒนางาน “ผลของภารกิจทั่วไปให้ติดตามและสนับสนุนการดำเนินการให้สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องมีการสนับสนุนทางการเงิน” รายละเอียดคือ “แนวทั่วไประลอก”	นางสาวกานดาธรรมสุข อธิบดีหัวหน้ากลุ่มบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	๕๗๖๙๔๗	๑๐๐%
๖	นางสาวกานดาธรรมสุข อธิบดีหัวหน้ากลุ่มบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	๕๗๖๙๔๗	๑๐๐%	
๗	นางสาวกานดาธรรมสุข อธิบดีหัวหน้ากลุ่มบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	๕๗๖๙๔๗	๑๐๐%	
๘	นางสาวกานดาธรรมสุข อธิบดีหัวหน้ากลุ่มบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	สำนักงานสหกรณ์สหชั้งทั่วๆไปบริหารฯ	๕๗๖๙๔๗	๑๐๐%	



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อ่ามาโนงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน ๒๕๖๕ ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
  - ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปี
  - ๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - ๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปการการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก
  - ๓.๔ ความรู้ ความชำนาญด้านระบบเบี้ยบวิชิวัจย
  - ๓.๕ ความรู้ และประสบการณ์การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ
  - ๓.๖ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง
  - ๓.๗ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน
  - ๔.๑ หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสำคัญด้านการพัฒนางานสาธารณสุขในทุกระดับและทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้คนไทยทุกกลุ่มวัยห่างไกลโรค และลดอัตราการเจ็บป่วย โดยมุ่งเน้นประยุทธ์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค จากรายงานประจำปี ๒๕๕๙ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในโรคไม่ติดต่อสำคัญ ๕ โรคคือโรคหัวใจขาดเลือด (๑๒๐-๑๒๕), โรคเบาหวาน (๑๑๐-๑๑๕), โรคหลอดเลือดสมอง (๑๖๐-๑๖๕), โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (๑๔๐-๑๔๕) และภาวะความดันโลหิตสูง (๑๑๐-๑๑๕) ระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ โดยใช้ข้อมูลสถิติชีพทะเบียนการตาย (Death Vital Statistics) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตทางการแพทย์ตามระบบ ICD๑๐ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของประเทศไทยที่ต้องแจ้งจดตามกฎหมาย ซึ่งมีความครอบคลุมประมาณร้อยละ ๘๗ สถานการณ์การเสียชีวิตไม่ติดต่อในรายงานการตายก่อนวัยอันควรและความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี จากตารางข้อพึงประสงค์ พบรจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร, อัตราตายรายโรค, อัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ ๓๐-๖๙ ปี, และความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปีถึง ๗๐ ปีเพิ่มสูงขึ้นส่วนสัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ ๓๐-๖๙ ปี แนวโน้มลดลง คล้ายคลึงกันทั้ง ๕ โรคไม่ติดต่อโรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตสูงที่สุดรองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบรความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปีถึง ๗๐ ปี ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก ๓๔๗ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน เป็น ๔๐๔ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน ส่วนโรคเบาหวาน (๓๕ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐), โรคหัวใจขาดเลือด (๓๔ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน) ภาวะความดันโลหิตสูง (๓๒ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน) มีการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี ใกล้เคียงกันขณะที่โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปีถึง ๗๐ ปี น้อยที่สุดและมีการเพิ่มขึ้น ๒๑ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คนระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ นอกจากนี้โรคหัวใจขาดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบเพศชายมีการจำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร, อัตราตายรายโรค, อัตราตายก่อนวัยอันควร, ความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี สูงมากกว่าเพศหญิง ๔-๕ เท่า ส่วนโรคเบาหวานพบการตายของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราตายก่อนวัยอันควรของเพศชายมากกว่าเพศหญิง (รายงานประจำปี ๒๕๕๙ สำนักโรคไม่ติดต่อ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

##### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

###### ๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๙

การตรวจสอบประจำปีเป็นการคัดกรองและค้นหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นตลอดจนการค้นหาโรคระดับหรือความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงสภาพสุขภาพของตนเองและเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยรวมทั้งความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งถ้าหากได้มีการตรวจคัดกรองและพบรการเจ็บป่วยก็จะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้แล้วการตรวจสอบประจำปียังบ่งบอกถึงความใส่ใจและตระหนักรใน การดูแลสุขภาพของตนเองของประชากรการจัดระบบบริการตรวจสุขภาพที่เป็นระบบของโรงพยาบาลโดยเฉพาะการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกนั้น เป็นการออกใบให้บริการแก่ประชาชนในกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจในระบบบริการ และเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนให้มากขึ้น โดยทั่วไปการตรวจสอบประจำปีในปัจจุบันยังพบว่าการบริการเชิงรุกยังมีจำนวนน้อย ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพยังเป็นบริการที่รับเป็นส่วนใหญ่

จากรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบร่วมกับกลุ่มโรคเบาหวาน จำนวน ๑,๒๔๖ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๖๘๗ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๔๑ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและสมอง จำนวน ๔๓ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๒๐ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งปอด จำนวน ๒ คน ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเต้านม จำนวน ๕ คน และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๕ คน (ข้อมูลจาก HDC, ปี ๒๕๖๑) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการพัฒนาดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ ปัญหาสุขภาพ ได้เข้าถึงการรับบริการที่สอดคล้องด้วยและมีคุณภาพ ลดระยะเวลาอย่างการรับบริการ มีการเข้าถึงบริการที่เพิ่มมากขึ้น และสามารถทราบข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่เพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นต่อไป

###### ๔.๒ คำถามการวิจัย

รูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

###### ๔.๓ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๔.๓.๑ เพื่อพัฒnarูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๒ เพื่อศึกษาผลของการพัฒnarูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

###### ๔.๔ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิส และ แมกพาลากาค ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียด ดังภาพที่ ๑.๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

รูปแบบการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี



**ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning)**

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์การตรวจสุขภาพประจำปี ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน
- 2) พัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปี ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน
- 3) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน



**ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (Action)**

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบฯ

- 1) พัฒนาศักยภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้ การประชุม ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมการตรวจสุขภาพประจำปี ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน
- 2) ประชาสัมพันธ์ เซี่ยงไฮ้ในท้องถิ่น เป้าหมายเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ผ่านหนังสือส่ง, หอกระจายข่าวหมู่บ้าน, อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ
3. การจัดระบบบริการออกให้บริการ การตรวจสุขภาพประจำปีประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียนนอกสถานที่ เช่น ศาลากลางหมู่บ้าน, วัด จัดระบบการให้บริการเป็นช่องทางเดียว (Fast track) เพื่อลดระยะเวลาอุบัติ และอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ



**ขั้นตอนที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)**

- 1) การประเมินและตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานการตรวจสุขภาพ และนำไปพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข
- 2) การคืนข้อมูล สู่ชุมชนและอดีตบทเรียน



**ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)**

ให้วิธีการสังเกต พร้อมการจดบันทึก และติดตามผล การดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค จำนวนผู้มา รับบริการตรวจสุขภาพ และผลการตรวจสุขภาพ



รูปแบบการการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี



ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

**๔.๔ วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

**๔.๔.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ๒ หมู่บ้าน จำนวน ๒๖๐ คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

(๑) กลุ่มตัวอย่างที่ชับเคลื่อนเพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน ๑๔ คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

(๒) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับกรณีที่มีประชากรที่แน่นอน (Finite population) เมื่อรับความมั่นยำสำคัญทางสถิติเท่ากับ .๐๕ (Yamane,๑๙๗๐: ๕๘๐-๕๘๑) จำนวน ๒๔๖ คน

มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมและคัดออก จากการวิจัยดังนี้

(๑) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

๑.๑) ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี อายุน้อย ๑ ปีขึ้นไป

๑.๒) มีความยินดีและสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

(๒) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

๒.๑) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย

๒.๒) ย้ายออกจากพื้นที่ทำการวิจัย

๒.๓) ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย

**๔.๔.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

๑.) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

๒.) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน ๑๓ ข้อ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปี จากการศึกษาจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

นำมาปรับสร้างแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองโดยอาศัยทฤษฎีและแนวคิดแบบแผน

สุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Hearth Belief Model) ลักษณะของคำถามเป็นคำamoto ปลายปิด จำนวน ๙ ข้อ

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลการเข้าถึงการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะของคำถามเป็นคำamoto ปลายปิด จำนวน ๒ ข้อ

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานีลักษณะ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

#### ๔.๕.๓ การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

๑.) จัดทำร่างแบบสอบถาม โดยศึกษาจากตำราเอกสาร บทความ ทฤษฎี หลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตและเนื้อหาของแบบสอบถาม เพื่อสร้างเครื่องมือวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และครอบคลุมความมุ่งหมายของการวิจัย

๒.) การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำร่างแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา จำนวน ๓ ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสอบถามในการเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้อ่านแล้วมีความเข้าใจง่ายและชัดเจนตามความมุ่งหมายของการวิจัยแล้วนำมาหาค่าตัวชี้นีความสอดคล้อง (Index of Item ObjectiveCongruence: IOC) ของข้อคำถามได้ค่า IOC รวมเท่ากับ ๐.๘๗ จึงได้นำข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า ๐.๕ ขึ้นไปมาใช้ในแบบสอบถาม

๓.) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try Out) จำนวน ๓๐ ชุด กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะ กล้ามเนื้อกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ตำบลห้วยยาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี แล้ว นำมาตรวจเพื่อดูว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการตลอดจนความเหมาะสมสมหรือไม่มีความยาก ง่ายเพียงใด จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ใน การหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาก (Cronbach's Alpha) โดยใช้เกณฑ์สัมประสิทธิ์ แอลfa (Alpha Coefficient) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ ๐.๗ ขึ้นไปจึงจะสรุปได้ว่า แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสูง ผู้วิจัยทำการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จำนวน ๓๐ ชุด โดย การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ได้ค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ ๐.๘๗ และแยกตามกลุ่มคำถามในแต่ละ ด้านของปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

#### ๔.๕.๔ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิด ของเคมมิส และ แมกทากาค ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้น ปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียดดังนี้ มีรายละเอียดดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิด ของเคมมิส และ แมกทากาค ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้น

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

##### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)  
มีรายละเอียดดังนี้

###### ๑.๑ ขั้นวางแผน (Planning)

(๑) ศึกษาเบื้องต้น สำรวจข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันด้านสุขภาพของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโวงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

(๒) วางแผนการดำเนินงาน โดยกำหนดสื่อเชิงชวน ประชาสัมพันธ์กลุ่มประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เข้าร่วมตรวจสอบสุขภาพประจำปี เมื่อได้ข้อมูลตอบรับเข้าร่วมตรวจสอบสุขภาพแล้วนำรายชื่อมาตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนาระบบในการออกแบบให้บริการต่อไป

###### ๑.๒ ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (Action)

ลงมือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ โดยในขั้นตอนนี้เป็นการนำแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นที่ ๑ มาปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้และมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพร้อมกับบันทึกผลที่เกิดขึ้น

###### ๑.๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

(๑) การติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละครั้ง เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขปัญหาทันทีเพื่อให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปได้ด้วยดีจะกลับมาทบทวนกับทีมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในครั้งต่อไป

(๒) การประเมินผลการดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบโปรแกรม JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน ซึ่งผู้วิจัยได้ลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว

###### ๑.๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วย

๑.๔.๑ การคืนข้อมูล สู่ชุมชนและถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะสมท่อนผลการดำเนินงาน

๑.๔.๒ ประเมินผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น โดยประเมินและเปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบในประเด็น ดังนี้

(๑) การรับรู้การตรวจสอบสุขภาพประจำปีของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโวงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

(๒) การเข้าถึงการรับบริการการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโวงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

(๓) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโวงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

###### ๑.๔.๓ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

(๑.) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของ การเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี แรงจูงใจในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การเข้าถึงการรับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และความพึงพอใจต่อรูปแบบ การตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโวงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(๒.) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจสอบสุขภาพประจำปี แรงจูงใจ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าถึงการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และความพึงพอใจต่อรูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Paired t-test

๓.) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

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

##### ๔.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๔.๑.๑ ได้รูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม ๖ กิจกรรมดังนี้

- (๑) กิจกรรมสร้างความตระหนักรถึงปัญหาและสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- (๒) กิจกรรมสร้างเครือข่ายและการสร้างการรับรู้ของการตรวจสุขภาพประจำปี
- (๓) กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพ ในประเด็นดังนี้

- ๓.๑) กลุ่มเสียงได้รับความรู้และความเข้าใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ๓.๒) กลุ่มเสียงได้รับการดูแลและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ๓.๓) พัฒนาระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่
- ๓.๔) จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลและติดตามกลุ่มเสียงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่
- ๓.๕) ดำเนินการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่

๔.๑.๒ ผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ

๔.๑.๓ กลุ่มเสียงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐

##### ๔.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๔.๒.๑ ได้รูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

๔.๒.๒ เกิดเครือข่ายการดูแลและติดตามกลุ่มเสียงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่

#### ๕. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๕.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ได้

๕.๒ สามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านอื่น ๆ

#### ๖. ความยุ่งยากและข้อจำกัดในการดำเนินการ

๖.๑ รูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ต้องศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๖.๒ ความยุ่งยากในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยต้องเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

**แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)**

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๗.๓ ความยุ่งยากในการเก็บข้อมูล ซึ่งอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการดำเนินการเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๗.๔ ความยุ่งยากในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ

๗.๕ ความยุ่งยากในการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ต้องดำเนินการสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัยให้สอดคล้องสัมพันธ์กับแนวคิดทฤษฎี องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และเบริ่ยบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผล

**๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ**

๘.๑ การติดตามผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นไปค่อนข้างยาก เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญกับการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี บางส่วนยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมด้านสุขภาพ

๘.๒ การจัดกิจกรรมที่ต้องรวมกลุ่มคนเป็นได้ด้วยความยากลำบากเนื่องจากอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

**๙. ข้อเสนอแนะ**

๙.๑ ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก เสริมสร้างความรู้และทักษะในการดำเนินการในชุมชนเชิงรุก

๙.๒ ควรมีการนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ประกอบการให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี

**๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -**

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นายสุทธิพงษ์ พิมพ์วงศ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ เปอร์เซ็น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

( นายสุทธิพงษ์ พิมพ์วงศ์ )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

(วันที่) .....๒๒...../กันยายน/๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

( นายอภิสิทธิ์ พูลงาม )

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันท่าเกวียน

(วันที่) .....๒๒...../กันยายน/๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

( นายอุทัย นิปัจการสุนทร )

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอโขเงจิเม

(วันที่) .....๒๒...../กันยายน/๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่หนีอขึ้นไป

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

**๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจสุขภาพประจำปีประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป**

**๒. หลักการและเหตุผล**

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) การพัฒนาประเทศไทย ตามแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ผ่านมา ส่งผลให้ประเทศไทยมีระดับการพัฒนาที่สูงขึ้น ตามลำดับ ได้แก่ เศรษฐกิจไทยมีขนาดใหญ่ขึ้น มีฐานการผลิตและบริการที่มีความเข้มแข็งและโดดเด่นในหลายสาขา และความร่วมมือกับมิตรประเทศทั้งในรูปวิภาقيและพหุภาคี รวมถึงความร่วมมือกับประเทศไทยในอนุภูมิภาคและอาเซียนมีความเข้มข้นและซัดเจนขึ้น ขยายโอกาสด้านการค้าและการลงทุนของไทยเพิ่มขึ้น ในขณะที่โครงสร้างพื้นฐานมีการพัฒนาครอบคลุมมากขึ้น และการบริการทางสังคมทุกด้านที่มีความครอบคลุมทั่วถึง ทำให้รายได้ประชาชนสูงขึ้นปัญหาความยากจนลดลง และคุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างเศรษฐกิจไทยมีความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจและสังคมโลกมากขึ้น จึงทำให้มีความอ่อนไหวและผันผวนตามปัจจัยภายนอก ในขณะที่ความสามารถในการแข่งขันปรับตัวช้า เนื่องจากการยกระดับห่วงโซ่มูลค่าการผลิตเกษตร อุตสาหกรรม และบริการสู่การใช้งานความรู้ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมยังดำเนินการได้น้อย ทำให้ฐานการผลิตเกษตร อุตสาหกรรม และบริการมีผลิตภัณฑ์ต่ำ ประกอบกับประเทศไทยยังประสบปัญหาคุณภาพในเกือบทุกด้าน ที่สำคัญได้แก่ คุณภาพคน คุณภาพการศึกษา คุณภาพบริการสาธารณสุข คุณภาพไทยยังมีความเหลื่อมล้ำสูง การเตรียมพร้อมด้านกลังคน และการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศไทย โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทธฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ส่วนรวม การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงานและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ ของคนในแต่ละช่วงวัยตามความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของกลังคนด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนแปลงโลกในอนาคต ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภากแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนโดยใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพคน โดยมุ่งลดอัตราเพิ่มของ การเจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ ๕ อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การเพิ่มผลิตภัณฑ์และลดรายจ่ายด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกล้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง หมายความและขาดความสมดุล ถือเป็นภัยเงียบระดับชาติที่เราไม่อาจมองข้ามไปได้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล้ายเป็นปัญหาที่สังคมไทยทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญและร่วมมือกันป้องกันเพื่อลดปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีตามนโยบายการพัฒนาแห่งสหสวรรษ ๒๕๕๘ ที่เน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยรัฐบาลสนับสนุนการดูแลตนเอง (องค์การสหประชาชาติ, ๒๕๕๓) สิ่งหนึ่งที่ทำได้ คือ การตรวจสุขภาพประจำปี นโยบายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ซึ่งถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ จากความรุนแรงของปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะพบว่า อัตราการตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประชาชนกลุ่มอายุ ๓๕-๕๙ ปี อยู่ในระดับที่สูงและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย อีกทั้งเป็นกลุ่มที่อยู่

ในวัยแรงงานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ สูง การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำในประชาชนกลุ่มนี้ สามารถบอกความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ได้คล้ายอย่าง และถ้ามีการตรวจอย่างสม่ำเสมอจะสามารถทราบความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้การรักษาได้ผลอย่างดีเยี่ยม (รัฐาสิรี อิ่มมาก: ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การตรวจสุขภาพประจำปี: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขภาค ๓, ๒๕๕๓)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสำคัญด้านการพัฒนางานสาธารณสุขในทุกระดับและทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้คนไทยทุกกลุ่มวัยห่างไกลโรค และลดอัตราการเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค จากรายงานประจำปี ๒๕๕๙ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในโรคไม่ติดต่อสำคัญ ๕ โรคคือโรคหัวใจขาดเลือด (๑๐-๑๔), โรคเบาหวาน (๑๐-๑๔), โรคหลอดเลือดสมอง (๑๐-๑๔), โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (๑๐-๑๔) และภาวะความดันโลหิตสูง (๑๐-๑๔) ระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ โดยใช้ข้อมูลสถิติชีพะเบียนการตาย (Death Vital Statistics) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครองที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตทางการแพทย์ตามระบบ ICD๑๐ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลที่เบียนการเสียชีวิตของประเทศไทยที่ต้องแจ้งจดตามกฎหมาย ซึ่งมีความครอบคลุม ประมาณร้อยละ ๘๗ สถานการณ์การเสียชีวิตโรคไม่ติดต่อในรายงานการตายก่อนวัยอันควรและความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี จากตารางขี้พของประเทศไทย พบร้อยละที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร, อัตราตายโรค, อัตราตายก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ ๓๐-๖๙ ปี, และความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปีเพิ่มสูงขึ้นส่วนสัดส่วนการเสียชีวิตระหว่างอายุ ๓๐-๖๙ ปี แนวโน้มลดลงคล้ายคลึงกันทั้ง ๕ โรค "ไม่ติดต่อโรคหลอดเลือดสมองมีการเสียชีวิตสูงที่สุดรองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบร้อยละที่สูญเสียจากการตายก่อนวัย ๓๐ ปีถึง ๗๐ ปี ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก ๓๔ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน เป็น ๔๐๔ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน ส่วนโรคเบาหวาน (๓๕ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐), โรคหัวใจขาดเลือด (๓๔ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน) ภาวะความดันโลหิตสูง (๓๒ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน) มีการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี ใกล้เคียงกันขณะที่โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบการเพิ่มโอกาสความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปีถึง ๗๐ ปี น้อยที่สุดและมีการเพิ่มขึ้น ๒๑ คน ใน ๑๐๐,๐๐๐ คน ระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ นอกจากนี้โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังพบเพศชายมีการจำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร, อัตราตายโรค, อัตราตายก่อนวัยอันควร, ความน่าจะเป็นการเสียชีวิตที่อายุ ๓๐ ปี ถึง ๗๐ ปี สูงมากกว่าเพศหญิง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ๔-๕ เท่า ส่วนโรคเบาหวานพบการตายของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราตายก่อนวัยอันควรของเพศชายมากกว่าเพศหญิง (รายงานประจำปี ๒๕๕๙ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๙)

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

จากรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี พบร่วมผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน จำนวน ๖,๔๗๗ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๑,๐๔๒ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๖๙๙ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและสมอง จำนวน ๘๕๑ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๕๕๕ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน ๑๐ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งปอด จำนวน ๓๔ คน ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเต้านม จำนวน ๓๗ คน และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๓๙ คน (ข้อมูลจาก HDC, ปี ๒๕๖๑)

จากรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี พบร่วม ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน จำนวน ๑,๒๘๖ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑,๖๙๗ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๔๑ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดและสมอง จำนวน ๔๓ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๒๐ คน ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งปอด จำนวน ๒ คน ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเต้านม จำนวน ๕ คน และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๕ คน (ข้อมูลจาก HDC ปี ๒๕๖๕) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### ๓.๒ แนวความคิด

การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการคัดกรองและค้นหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นตลอดจนการค้นหารोคระดับหรือความเสี่ยงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงสภาพสุขภาพของตนเองและเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยรวมทั้งความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งถ้าหากได้มีการตรวจคัดกรองและพบการเจ็บป่วยก็จะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้แล้วการตรวจสุขภาพประจำปียังบ่งบอกถึงความใส่ใจและตระหนักรใน การดูแลสุขภาพของตนเองของประชากรการจัดระบบบริการตรวจสุขภาพที่เป็นระบบของโรงพยาบาลโดยเฉพาะการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกนั้น เป็นการอุ่นไปให้บริการแก่ประชาชนในกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจในระบบบริการ และเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนให้มากขึ้น โดยทั่วไปการตรวจสุขภาพประจำปีในปัจจุบันยังพบว่าการบริการเชิงรุกยังมีจำนวนน้อย ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพยังเป็นบริการตั้งรับ เป็นส่วนใหญ่

### ๓.๓ ข้อเสนอ

หลักการสำคัญในการตรวจสุขภาพประจำปี คือ การตรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันก่อนการเกิดโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นพฤติกรรมซึ่งส่วนใหญ่สามารถแก้ไขหรือปรับปรุงได้โดยการพูดคุยระหว่างผู้มารับบริการกับแพทย์ผู้ให้บริการ การที่แพทย์ได้ทราบถึงประวัติและพฤติกรรมของผู้ป่วยและความผิดปกติหรือความเสี่ยง ทำให้สามารถหามาตรการในการปรับปรุงปัจจัยเสี่ยง เช่นเมญ่าติดยาสูบหรือเครื่องดื่มที่เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ เป็นโรคหัวใจ มะเร็งบางชนิด แพทย์ก็สามารถให้คำแนะนำในการประพฤติตัวตั้งแต่ยังไม่เป็นโรค หรือหากผู้มารับบริการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องกินของสุกๆ ดิบๆ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย แพทย์ก็มีวิธีการให้คำแนะนำปรึกษาให้สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดี มีชีวิตยืนยาว ลดการเป็นโรคและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งประกอบด้วยหลักสำคัญ ๔ ประการ ดังนี้

๑. การคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพประหยัดเงินและคุ้มค่า ควรทำโดยการตรวจเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งมีขั้นตอนเริ่มต้นแต่การซักประวัติเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของ การเกิดโรค ได้แก่ การซักประวัติทั่วไป เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติการทำงาน อาชีพ การซักประวัติโรคประจำตัว โรคของคนในครอบครัว การรับประทานอาหารการใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย เมื่อได้ข้อมูลแพทย์จะทำการตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจเน้นพิเศษในบางเรื่องที่มีปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งถ้าจำเป็นอาจทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยหลังจากการตรวจเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะทำการประเมินผลการตรวจสุขภาพ โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงที่พบและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อกำจัดปัจจัยเสี่ยงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคในอนาคต

๒. การให้คำแนะนำและคำปรึกษา การให้คำแนะนำในการป้องกัน โดยส่วนใหญ่พบว่า คำแนะนำมักจะเป็นการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การแนะนำให้งดดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และในบางครั้งอาจมีคำแนะนำเรื่องการใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ หรือใส่หมวกกันน็อกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของศีรษะขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น คำแนะนำอื่นๆ เช่น การแนะนำให้สตรีรู้จักการตรวจค้ำหักก่อนที่เดินทางท่องเที่ยวทุกส่วนราชการ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การสอนให้สังเกตอาการเจ็บหน้าอกในคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น การให้คำแนะนำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับการตรวจสุขภาพควรได้รับ

๓. การให้วัคซีนป้องกันโรค การให้วัคซีนเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อ การให้วัคซีนที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรค และช่วยให้สุขภาพแข็งแรง การให้วัคซีนส่วนใหญ่จะให้ในวัยเด็ก ส่วนในผู้ใหญ่นั้น มีวัคซีนที่แนะนำว่าควรได้รับ คือ

๓.๑ วัคซีนป้องกันบาดทะยักและคอตีบ ( $Td = Tetanus-diphtheria$ ) ควรได้รับ การฉีดเริ่มต้น ๓ เข็ม และรับการกระตุน ๑ เข็ม ทุก ๑๐ ปี

๓.๒ วัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน (Rubellar vaccine) สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ (ให้ก่อนตั้งครรภ์)

๓.๓ วัคซีโนื่น ๆ ควรได้รับตามความเสี่ยง เช่น วัคซีนตับอักเสบบีควรได้รับในผู้ที่มีคุ้ม衫รสนเป็นพาหะตับอักเสบบีและได้รับการตรวจแล้วว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน วัคซีนใช้กaphหลังแอ่นควรให้กับผู้ที่จะไปยังแหล่งที่มีโรคระบาด เช่น ไปแสวงบุญเมกะ วัคซีนใช้หวัดใหญ่ ควรได้รับในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในเมืองหนาที่มีการระบาดของโรคrunแรร เป็นต้น

๔. การให้สารหรือยาเพื่อป้องกันโรค อาจให้ในผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น การให้ฟลูอิโตรดในเด็ก การให้เพลิกในผู้ที่มีโลหิตจางจากโรคราลัสซีเมีย การให้ฮอร์โมนในกลุ่มหญิงวัยทอง การให้แคลเซียมในหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### ๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๕.๑ ได้รับรู้ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

๕.๒ ได้รูปแบบการออกหน่วยตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกในชุมชน

๕.๓ กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลและติดตาม อย่างต่อเนื่อง

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง

๕.๒ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีความรู้ และทักษะการทำงานเชิงรุกในชุมชน

(ลงชื่อ) ..... 

(นายสุทธิพงษ์ พิมพ์วงศ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

(วันที่) .....๒๒...../กันยายน/๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยความสุข ๕ มิติ ในชุมชนเขตปรับผิดชอบ รพ.สต.โนนสว่าง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง เมษายน ๒๕๖๔

#### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ชัดเจนมากขึ้น

๓.๓ ความรู้ด้านระเบียบวิธีจัด

๓.๔ ความรู้ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๕ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนในลักษณะ สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิงเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่นความรู้สึกโดดเดี่ยววิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและหัวทาย อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย การส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นบางครั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันในกรณีที่การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย โดยเดียว ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

จากการสำรวจผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด ๓๓ คน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิต ๖ คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๑๕ คน ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ๗ คน กลุ่มที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ๒ คน และผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน ๒ คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้มีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุขด้วยความสุข ๕ มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสงบ สุขสร้าง สุขสนับ ซึ่งกิจกรรมจะดำเนินการ เดือนละ ๒ เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น และแต่ตั้งทีมดูแลสุขภาพจิต โดย อบม.ออกติดตามเยี่ยมเยือน พุดคุย รับฟัง สัมผัส และจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุบ่อยครั้ง อาจนำไปสู่การสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชนได้อย่างกว้างขวาง ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

##### ๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยความสุข ๕ มิติ
๒. เพื่อศึกษาระบวนการและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น
๓. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลกระทบแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ
๔. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

##### ๔.๓ ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยความสุข ๕ มิติ

##### ๔.๔ วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทกระบวนการและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนทั้งหมด ๓๗ คน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลโสกแสง อำเภอຈะหัวย จังหวัดอุบลราชธานี

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วัยสร้างขึ้นเอง จำนวน ๑๔ ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอ ของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อ เจ็บป่วย หน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคีมสุรา ประวัติการหกล้ม

##### ๒. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วัยสร้างขึ้นเองที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งการพางท์ที่ของจั่วแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และนำแบบสอบถามมาใช้ให้กลุ่มตัวอย่างที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อทำการตอบแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ

๒. ระดับคะแนนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ

๓. ระดับคะแนนสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๔. วิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA ซึ่งมีการจัดการให้ข้อมูลให้อยู่ในลักษณะที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ (interval scale) ก่อนน ามาวิเคราะห์ข้อมูล

๕. วิเคราะห์ปัจจัยด้านรายได้ต่อระดับสุขภาพจิตด้วยสถิติ ANOVA ซึ่งมีการจัดการให้ข้อมูลให้อยู่ในลักษณะที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ (intervalscale) ก่อนน ามาวิเคราะห์ข้อมูล

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

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

###### ๔.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลสิงค์  
แสง อำเภอจะทวย จังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นร้อยละ ๙๐

๒. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลสิงค์  
แสง อำเภอจะทวย จังหวัดอุบลราชธานี เข้าถึงกระบวนการและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยความสุข ๕  
มิติ ร้อยละ ๑๐๐

###### ๔.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลโนนสว่าง

๒. มีกระบวนการและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ชัดเจนมากขึ้น

๓. สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยความสุข ๕ มิติไปใช้ประกอบการพิจารณา  
วางแผนขยายการดำเนินงาน ในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์กับกลุ่มเป้าหมาย หรือโครงการวิจัย  
อื่นๆ ต่อไป

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน  
เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง

๒. นำกระบวนการและรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไปปรับใช้และพัฒนาในปีต่อๆ ไป

๓. นำรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตด้วยความสุข ๕ มิติ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่เป็นกลุ่ม  
เสี่ยงในชุมชนเขตรับผิดชอบ

### ๗. ความยุ่งยากและข้อข้องใจในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความตึงเครียด จึงควรจัดตั้ง  
โปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนให้มากขึ้นสนับสนุนให้ชุมชนเห็นความสำคัญของ  
ผู้สูงอายุ เน้นการปฏิบัติการออกแบบกิจกรรมที่ถูกต้องและส่งเสริมเรื่องของการจัดการความเครียด รวมถึงสร้าง  
สาธารณูปโภคและสวัสดิการสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้นส่งผลให้มี  
สุขภาพจิตใจที่ดี

๗.๒ ความยุ่งยากในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยต้องเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากผู้สูงอายุ

๗.๓ ความยุ่งยากในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป และใช้  
เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่  
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

๗.๔ ความยุ่งยากในการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ต้องดำเนินการสรุปผลการวิจัย และอภิปราย  
ผลการวิจัยให้สอดคล้องสัมพันธ์กับแนวคิดทฤษฎี องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับผลการวิจัย  
ที่ผ่านมา ซึ่งต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆลดน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูลและการตอบแบบสอบถาม

๕. ข้อเสนอแนะ

๕.๑ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไปการจัดหาแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมีเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคุ้งคิ้ว/ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

๕.๒ ข้อเสนอแนะสาหรับการทำวิจัยต่อไปควรสร้างเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการจัดการด้านวางแผนการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) เผยแพร่ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะหลวย

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางสาวอาพิสา แสงเพชร มีสัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

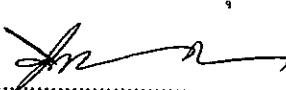
(นางสาวอาพิสา แสงเพชร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

(วันที่) ๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

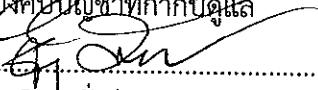
(ลงชื่อ) ..... 

(นางสาววีราภรณ์ คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง

(วันที่) ๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่ทำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(นายจิตชัย มั่งเมี)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอจะหลวย

(วันที่) ๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่หนีบขึ้นไป

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เที่ยาภาณุ  
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๙๕ ต.ค. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตรับผิดชอบ รพ.สต.โนนสว่าง

**๒. หลักการและเหตุผล**

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางด้าน สาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศไทยที่เป็นสังคม ผู้สูงอายุ ประชาคมอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 17.60) และจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากร ผู้สูงอายุไทยเพิ่มเป็นร้อยละ 17.99 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และเพิ่มการพึ่งพาสมาชิกอื่นในครอบครัว ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความ สัมพันธ์กัน กث่วงคือหากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จะส่งผลให้ สุขภาพจิตไม่ดี เกิดความเครียด เป็นคนที่ไม่มีความสุข นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหลอกลวง มีความกลัวการหลอกลวงซ้ำ จึงมีความวิตก กังวล รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในการเดินและการทำกิจกรรมต่างๆ จึงลดการทำ กิจกรรมประจำวันลง กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพจิตหรือเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ จิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ส่งเสริมสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

๑. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป การจัดทำแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้/ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

๒. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป ควรสร้างเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการจัดการด้านวางแผนการใช้ชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี
  ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓.....
  ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดำเนินงานเพื่อผลปัญหาโรคพยาธิไปไม่ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการสร้างความร่วมมือจากประชาชน ใช้ความรู้ความสามารถในการจัดโครงการประชาสัมพันธ์ สุขศึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิไปไม่ตับ และประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคพยาธิไปไม่ตับ และชุมชนมีศักยภาพในการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิไปไม่ตับอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ส่วนการดำเนินงานในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ได้อย่างเสมอภาค และได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมจนวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life)

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (Vatanasapt V., et., 1995) โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) เป็นมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุน้ำดีทั้งในและนอกตับ พบรคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวนประมาณ 15,000 – 20,000 รายต่อปีพบเป็นอันดับหนึ่งในผู้ชาย ในกลุ่มอายุ 50-65 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) สถิติการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 93 – 318 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปีและขณะนี้สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ได้มีแนวโน้มลดลงตามโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างที่ควรจะเป็น (ณรงค์ ขันติแก้ว และคณะ, 2563) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 19.5 และ 31.4 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) ส่งผลให้มีอัตราการดีฟ์ต่ำมากแม้ว่าอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดินน้ำจะสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปีแต่ยังโชคดีที่มีการนินิสน์สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้นด้วยเทคโนโลยีทันสมัยโดยใช้การตรวจจักษณ์รากฟันเพื่อคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกเป็นการตรวจยืนยันและการรักษาและติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันการณ์ซึ่งทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้ทันเวลา ยิ่งพบเร็วยิ่งมีโอกาสรักษาให้หายขาด (ณรงค์ ขันติแก้ว และคณะ, 2563) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนมากจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือในระยะที่ลูกคามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงมากแล้ว ทำให้ห้าเกินจะแก้ไขได้ทันท่วงที่ซึ่งโอกาสในการรักษาในระยะนี้ถือว่าแทบจะไม่มีหากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีอาการใดๆ ปรากฏจะมีโอกาสหายจากโรคได้มากกว่า ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่ม อัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ปัจจุบันนี้แพทย์สามารถใช้อัลตร้าซาวด์บริเวณตับในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้โดยแพทย์จะสามารถมองเห็นก้อนมะเร็งหรือเห็นลักษณะของท่อน้ำดีขยายตัวบ่งบอกถึงความผิดปกติที่อาจหมายถึงมะเร็งท่อน้ำดีได้ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ลูกสูงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจะได้รับคำแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยันด้วย CT หรือ MRI อีกครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด หรือให้ยาเคมีบำบัดต่อไป (ระวังศักดิ์ จันทร์วานิช และคณะ, 2559)

**ยุทธศาสตร์:** ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โครงการปลดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี 2568 ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความยั่งยืน และจะผลักดันให้อยู่ในแผนงานปกติ ตั้งเป้าหมายอัตราเสี่ยงชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปี 2575 อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในคนลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี 2568 ปลากลอดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 1 ตัวเนินงานในพื้นที่เสียง 29 จังหวัด

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือตอนบนและสร้างแก้ว ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ดำเนินการ จากทั้งหมด 27 จังหวัดทั่วประเทศ

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งตับและท่อน้ำดีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากสถิติสำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบร้อต้าความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในปี 2559 – 2562 เท่ากับ ร้อยละ 13.01, 9.5, และ 7.22 ตามลำดับ (*Isan Cohort, 2561*) ซึ่งมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศไทย 7 เท่า และผลการคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์ ในปี พ.ศ. 2559 – 2562 พบร้อต้า มีความผิดปกติของตับและถุงน้ำดีอย่างได้อย่างหนึ่ง ได้แก่ นิ่ว ถุงน้ำในตับ เยื่อหุ้มท่อน้ำดีหนาผิดปกติก้อนในตับ ฯลฯ จำนวน 7,080, 7,782, 6,047, และ 6,105 ตามลำดับ และโรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563 อัตราตายเท่ากับ 23.05 ต่อประชากรแสนคน

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 16 ตำบล และได้ดำเนินโครงการคัดกรองตั้งปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา โดยต้องดำเนินคัดกรองให้ครอบคลุมทุกตำบล แต่ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะต้องได้รับการอัลตร้าซาวด์อย่างน้อย 3 ปี ติดต่อกันทุกปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาสถานการณ์การค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

#### ระยะที่ ๑ สำรวจ รวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง

๑.๑ จัดเตรียมเอกสารในการคัดกรองด้วยด้วยวิชาฯ ๕

๑.๒ ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวิชาฯ (Verbal Screening) ในกลุ่มตัวอย่าง

๑.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบันทึกข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง

#### ระยะที่ ๒ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตร้าซาวด์

๒.๑ นัดประชากรกลุ่มเสี่ยงมาตรวจอัลตร้าซาวด์ และการเตรียมตัวประชากรกลุ่มเสี่ยง ในการตรวจอัลตร้าซาวด์

๒.๒ เตรียมสถานที่ ห้องตรวจ ห้องแจ้งผลการตรวจ การให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

มิติชิด

๒.๓ ประสานเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในการปฏิบัติงานตรวจอัลตร้าซาวด์

#### ระยะที่ ๓ ประเมินและวิเคราะห์ผล

๓.๑ ประเมินและวิเคราะห์ผลส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงที่ตรวจพบ Liver Mass , Dilate bile duct พบรแพทัยเฉพาะทางและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์(Computerized Tomography Scan : CT Scan) เมื่อสงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

### เป้าหมายของงาน

๑. ได้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๔. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ร้อยละ ๘๐ ประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำไปถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่อื่น

๕. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ได้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ทราบถึง บริบท ขั้นตอน และการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเดช อุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำไปถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่อื่น

๖. ความยุ่งยากและข้อข้อเสนอในการดำเนินการ

๑. ความเขี่ยวชาญตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน การอ่านผล

๒. การเข้าพับแพทย์เฉพาะทางและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Scan : CT Scan) เมื่อสงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

๗. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรม ในช่วงกลางวันต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งการลง พื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ต้องเลือกช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม หรือนัดหมายล่วงหน้า เพื่อไม่ให้กระทบกับการ ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

๘. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๒. ควรศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการนำประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคอื่นๆที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

๙. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวชนัญชิตา ศala แก้ว สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ฯพ.ร.ร......

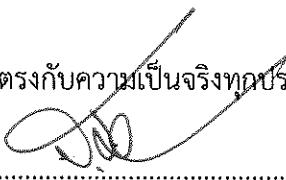
(นางสาวชนัญชิตา ศala แก้ว)  
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชนัญชิตา ศala แก้ว	<u>ฯพ.ร.ร.</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกด้าน

(ลงชื่อ) ..... 

(นายสุวิทย์ชัย ทองกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการณสุขอาเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล - 

(ลงชื่อ) ..... 

(นายธนาภูมิ ศรีไชย)

(ตำแหน่ง) สารบรรณสุขอาเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบายไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบายไปอีกหนึ่งระดับ  
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาตั้งกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองทั้งระดับเดียว

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๒. หลักการและเหตุผล

**ยุทธศาสตร์:** ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โครงการปลดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี ๒๕๖๘ ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความยั่งยืน และจะผลักดันให้อยู่ในแผนงานปกติ ตั้งเป้าหมายอัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปี ๒๕๗๔ อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในคนลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑ ในปี ๒๕๖๘ ปลายปี ๒๕๖๙ ปลายปี ๒๕๗๐ ปลายปี ๒๕๗๑ ต้นปี ๒๕๗๒ จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือตอนบนและสร้างแก้ไข ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ดำเนินการ จำกัดหมู่บ้าน ๒๗ จังหวัดทั่วประเทศ

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งตับและท่อน้ำดีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากสถิติสำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบร้อยละของความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ เท่ากับ ร้อยละ ๓๓.๐๑, ๙.๕, และ ๗.๒๒ ตามลำดับ (*Isan Cohort, ๒๕๖๑*) ซึ่งมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศไทย ๗ เท่า และผลการคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ พบร่วม มีความผิดปกติของตับและถุงน้ำดีอย่างได้อย่างหนึ่ง ได้แก่ นิ่ว ถุงน้ำในตับ เยื่อหุ้มท่อน้ำดีหนาผิดปกติก้อนในตับ ฯลฯ จำนวน ๗,๐๘๐, ๗,๗๘๒, ๖,๐๗๗, และ ๖,๑๐๕ ตามลำดับ และโรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของจังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๓ อัตราตายเท่ากับ ๒๓.๐๕ ต่อประชากรแสนคน

ดังนี้ ดิฉันจึงเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานโดยจะพัฒnarูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาเปรียบเทียบเบื้องต้นความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

#### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางหนึ่ง ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งมีแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมากมายหลายแนวคิด ทฤษฎี พบร่วม มีการนำแนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างรูปแบบการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า สามารถส่งเสริมกระบวนการ การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหา การร่วมกันคิดวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา และร่วมกันสร้างรูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถนำไปใช้ดำเนินงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

#### การประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มีขั้นตอนดังนี้

๑. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การ วาดรูป เป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ขั้นตอน A-๑ เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง (reality) และ ขั้นตอน A-๒ สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (ideal vision หรือ scenario) หลังจากสร้างสิ่นขั้นตอน

A-๒ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

๒. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอแนวทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด วิสัยทัศน์ (A๒) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันนำเสนอ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น ๒ ช่วง คือขั้นตอน I-๑ คิดหากลวิธี (solution design) และขั้นตอน I-๒ จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (priority)

๓. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอา โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอน กิจกรรมประกอบด้วยขั้นตอน C-๑ วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (responsibility) และขั้นตอน C-๒ จัดทำแผน/ กิจกรรม/โครงการ (Action plan)

การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระดับชุมชน

๑. การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน ประกอบด้วย ๑.๑) อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนภาคประชาชน) และ ๑.๒) จัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงมีการการเยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงประจำบ้าน ๒.๑) คัดกรองกลุ่มอายุ ๕๕ ปี ขึ้นไป ทุก ๑ ปี ๒.๒) จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง และ ๒.๓) ทำทะเบียนกลุ่มป่วยโรคพยาธิ

๓. การตรวจอยุจาระในกลุ่มเสี่ยง กรณีที่ตรวจพบไข้พยาธิจะได้รับการรักษา และติดตามตรวจอุจาระซ้ำหลังจากนับถ้วน ๖ เดือน และ ๑ปี และเข้าอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจไม่พบไข้พยาธิจะได้รับการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย ๑) อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ๒) อบรมให้ความรู้เรื่องเมนูปลาสุก สาหร่ายน้ำปลาสุก การล้างมือที่ถูกวิธี และ ๓) การปฏิภูมิณตนเอง การทำพื้นสะสูญญ่าไม้กินปลาดิบ

๕. การออกแบบการทางสังคม ๑) ประชาคมร่วมกันออกแบบเบี้ยบของหมู่บ้าน กำหนดให้งานบุญ ปลดปล่อยปลาดิบ และปลาร้าดิบ ร้านส้มตำปลอดปลาดิบ และครัวเรือนปลอดปลาดิบและปลอดปลาดิบ ๒) การออกแบบเบี้ยบ ข้อบังคับของเทศบาลเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกวิธี

#### ข้อเสนอ

๑. การที่ใช้แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาแบบแผนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำไปปฏิบัติและการนำไปใช้เมื่อความเฉพาะเจาะจง และคุณส่วนใหญ่ควรเลือกรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

๒. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างองค์ความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันอันตรายจากพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ควรเป็นการจัดการความรู้ระหว่างกลุ่มเป้าหมายกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลคุ้นเคยและใกล้ชิด โดยการติดตามถึงบ้านเพื่อทำความเข้าใจและสร้างการยอมรับ ซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงรุกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จริง เป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จ

๓. ควรศึกษาถึงกลวิธีและรูปแบบอื่นๆ ที่จะทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๔. ความมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของปัญหาการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาซึ่งจะทำให้การดำเนินงานในชุมชนได้รับความร่วมมือและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. การส่งเสริมกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับการซึ่งสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนแก่กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มมากขึ้นซึ่งช่วยให้การดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) เป็นไปได้ง่ายขึ้น

#### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การดำเนินงานแบบระยะสั้นๆ ถ้ามีการศึกษาระบวนการวิจัยรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในวงรอบต่อไปเพิ่มอีกเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างยั่งยืน

๒. ผลการศึกษาอาจจะไม่ได้เห็นผลชัดเจน ต้องมีการติดตามผลในระยะยาวภายหลังจากใช้รูปแบบวิจัยนี้ผ่านไป๑-๒ปีเพื่อคุ้มครองตรวจหาไข้พยาธิใบไม้ตับว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นหรือไม่

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ทราบถึงสถานการณ์การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. ทราบถึงบริบทชุมชนในการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๔. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดรูปแบบรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ๑ รูปแบบ

๒. คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านการมีส่วนร่วมในกลุ่มเกนนำในชุมชนเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๘๐

๓. คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) ..... ๗๑๔๗๗๗๗  
(ลงชื่อ) ..... ๗๑๔๗๗๗๗

(นางสาวชนัญชิดา ศalaแก้ว)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของการมีส่วนร่วมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเซนูรัณ ตำบลสะสมิง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

### **๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน**

### **๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเขี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) พบรการแพร่ระบาดครั้งแรกในมณฑลหูเปี้ย สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ และเมื่อมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลกระทบทับกับการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ นับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.๒๕๖๓ ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๔ พbowabติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ทั่วโลกถึง ๖๐๕,๗๗๕ คน (Coronavirus Disease 2019: COVID -19) และพบยอดผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ทั่วโลกเพิ่มสูงกว่า ๖,๔๔๑,๕๖๐ ราย ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดโรคและการเสียชีวิตที่เพิ่มมาก (Dong, Du, & Gardner, 2020) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดยพบรายงานผู้ป่วยสะสมถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๕,๖๕๐,๘๗๙ ราย และเสียชีวิตสะสม จำนวน ๓๒,๓๐๓ ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕) จังหวัดอุบลราชธานี พบรู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สะสม ๒๘๙,๖๐๓ ราย เสียชีวิตสะสม ๓๐๕ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕) (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐, ๒๕๖๕) อำเภอวารินชำราบเป็นอีกพื้นที่พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ โดยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ สะสม ๓๘,๐๓๐ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕)

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) หรือโรค COVID-19 ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม สุขภาพ การระบาดยังพบรอย่างต่อเนื่องจากการที่ประชาชนยังมีการเคลื่อนย้ายหรือเดินทางไปมาหากัน รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคยังไม่มากนัก เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การเข้าถึงข้อมูลและการปฏิบัติตนเองของประชาชนยังไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งมีข้อมูลข่าวสารจำนวนมากทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรครวมถึงการป้องกันโรค ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวลแก่ประชาชน โดยปัญหาสำคัญที่พบควบคู่กับการเกิดโรคระบาด คือ ข่าวที่ผิดจากความเป็นจริงของการเกิดโรคระบาด (Infodemic) หรือ ข่าวปลอม ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ยังมีไม่มากนัก (Abdel-Latif, 2020) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในบทบาทผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน

การมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ให้แก่ประชาชน ได้มีการปฏิบัติโดยอ้างอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยที่อาจเกิดจากการรับความรู้ไม่ถูกต้อง สร้างความตระหนักร่องกับการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) และปรับพฤติกรรมเสี่ยงให้กับกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำ รายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ในกลุ่ม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ (Raethong, 2019)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานในลักษณะจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือ ประชาชนในละแวกบ้านโดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) “แก้ไขว่าราย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัด ทุกภัย” ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี การสื่อข่าวสาร สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุข ด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นแบบ ง่าย ๆ โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการพื้นที่สุขภาพ และการคุ้มครองผู้บุกรุโภคด้านสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2012)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคเกบูรณ์ อยู่ในเขตการปกครองของตำบลสรีสมิ弄 ซึ่งพบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๔๘ ราย ดังนั้นเพื่อกำกับเฝ้าระวังโรค ดังกล่าวในพื้นที่เสี่ยง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและพื้นฟูสุขภาพ และเป็นแกนนำหลักสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคเกบูรณ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยได้ประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางของ Nutbeam (๒๐๐๘) ดำเนินการตามกระบวนการ ๓ ขั้นตอน ซึ่งมีระดับการรับรู้ ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative /Interactive Health Literacy) และระดับที่สาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ในกระบวนการที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการวัดประเมินผลจากความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดยผ่านกระบวนการทั้ง ๓ ขั้นตอน ที่มุ่งแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขยายผลในประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ต่อไป

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงบริมาน/เชิงคุณภาพ)

การเข้มต่อซ่องว่างการเข้าถึงทางสาธารณสุขสู่ประชาชนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด ๑๙ นั้นในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการมีส่วนร่วมป้องกัน และยับยั้งการระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในชุมชนของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคอื่นๆ ต่อไปย่างมีประสิทธิภาพ

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙) ไปใช้ในการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ให้กับประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒. สามารถนำกระบวนการตามแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ ต่อไป เช่น การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

เนื่องจากเป็นการระบาดของโรคอุบัติใหม่ การสร้างความรอบรู้ในการป้องกันตนเองยังสื่อสารไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรครวดเร็ว และขยายเป็นวงกว้าง การทำงานภายใต้สถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด ความซับซ้อนของระบบงานและการสื่อสาร ต้องแข็งแกร่งกับการสูญเสียต่างๆ ภาวะเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไปกระทบต่อ ความรู้สึกในการดูแลป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินงานการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันตนเอง ของผู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเซบูรน์ ตำบลสารสิม อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเนื่องจากเป็นการระบาดของโรคอุบัติใหม่ค่อนข้างยากที่จะมีความรู้ในการป้องกันตัวเองจากการติดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่ได้เท่าที่ควร ส่งผลให้การการระบาดของโรคได้ง่าย

### ๙. ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานการสร้างความรอบรู้ในการป้องกันตนเอง โดยการสร้างการรับรู้ โดยชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ในการนำไปใช้ในชุมชน ลดอัตราป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

### ๑๐. การเผยแพร่องค์ความรู้ (ถ้ามี)

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (สามี)

- (๑) นางสาวณัฐพิศา วงศ์ชันธ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%  
 (๒) ..... สัดส่วนของผลงาน .....  
 (๓) ..... สัดส่วนของผลงาน .....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

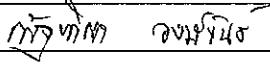
(นางสาวณัฐพิศา วงศ์ชันธ์)

(ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ)

วันที่ ๒๓ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นาย ภานุพงษ์ วนะนิรุต	
.....	.....
.....	.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

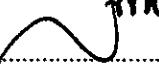
(ลงชื่อ) 

(นายวีโรจน์ ภานุพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับเขนโคกเชบูรณ์

วันที่ ๒๓ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสมพันธ์ ฤกุพร)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ

วันที่ ๒๓ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอื่นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เห็นอื่นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับ ชำนาญการ)

#### ๑. เรื่อง แนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

#### ๒. หลักการและเหตุผล

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) หรือโรค COVID-19 ตั้งแต่ปลายปี ๒๕๖๒ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม สุขภาพ การระบบยังพ่ายต่อเนื่องจากการที่ประชาชนยังมีการเคลื่อนย้ายหรือเดินทางไปมาหาสู่กัน รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคยังไม่มากนัก เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การเข้าถึงข้อมูลและการปฏิบัติคนของประชาชนยังไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอีก ทั้งมีข้อมูลข่าวสารจำนวนมากทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรครวมถึงการป้องกันโรค ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวลแก่ประชาชน โดยปัญหาสำคัญที่พบควบคู่กับการเกิดโรคระบาด คือ ข่าวที่ผิดจากความเป็นจริงของการเกิดโรคระบาด (Infodemic) หรือ ข่าวปลอม ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ยังไม่มากนัก (Abdel-Latif, 2020) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้กับประชาชน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หรือความตระหนานด้านสุขภาพ หรือความฉลาดทางสุขภาพ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) จำแนกความ รอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และระดับที่สาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น วิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcomes) (Nutbeam, 2008) ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติดับบบที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) เพื่อนำพาประชาชนทั่วประเทศสู่โมเดลประเทศไทย ๔.๐ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) โดยนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ๒) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) ๓) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) ๔) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ๕) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - Management Skill) ๖) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2015)。

การมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ให้แก่ประชาชน ได้มีการปฏิบัติโดยอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดจากการรับความรู้ไม่ถูกต้อง สร้างความตระหนักร่องต่อการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) และปรับพฤติกรรมเสี่ยงให้กับกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทาง เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ดังนี้

๑. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประกอบกิจกรรม โรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๑.๓ ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-๑๙ (COVID-19) อันตรายและผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) การป้องกันโรค โดยใช้สื่อวีดีโอ สสส. เรื่อง การป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๑.๔ สร้างความตระหนักในการส่งเสริม ป้องกันโรค พื้นฟูโรค ที่เกิดจากพฤติกรรมการเสี่ยง โรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๑.๕ สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอพพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

๒. เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการจัดการตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ โดยวิธีการ

๒.๑ สาธิตและสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้น เช่น โรคโควิด-๑๙ (COVID-19) เป็นต้น

๒.๒ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ “ทำอย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคโควิด” เป็นแนวทางการจัดการตนเอง

๒.๓ แจกคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๓. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

๓.๑ ทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม (Participatory Learning)

๓.๒ แลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับการนำผลการจัดการตนเองเรื่องการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ของตุนเองโดยร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านแอพพลิเคชันไลน์ โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร พูด อ่าน หรือเขียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) และสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙

๓.๓ เสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้วยแอพพลิเคชันไลน์ ฝึกตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์กรอาหารและยา มนุนิชหมอชาวบ้าน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

๔. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)

๔.๑ พัฒนาทักษะการตัดสินใจ นำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล

๔.๒ พัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น โดยการเสวนาสะท้อนคิด และอธิบายความเปลี่ยนแปลงผ่านกลุ่มออนไลน์โดยใช้แอพพลิเคชันไลน์กลุ่ม ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยส่งข้อความสื่อออนไลน์ ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๔.๓ พัฒนาทักษะการตัดสินใจ และฝึกตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตาม หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด การสะท้อนกลับด้วยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) บันทึกผลและกระตุนเตือน ให้คำปรึกษา และเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

๔.๔ ประเมินเป็นผลรายบุคคล บันทึกพฤติกรรมผ่านไลน์กลุ่ม เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลในการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม โดยการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการสืบค้นเอกสาร ฐานข้อมูลที่ผ่านมา คณะทำงาน ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก เชบูรณ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และหาแนวทางการแก้ไข โดยได้โปรแกรมตามกรอบแนวคิดดังนี้

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)**

- โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)
๑. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy)
    - ๑.๑ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความเข้าใจในข้อมูล
    - ๑.๒ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล
    - ๑.๓ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง
  ๒. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy)
    - ๒.๑ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร
    - ๒.๒ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)
      - ๓.๑ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ
      - ๓.๒ กิจกรรมสำรวจสถานะห้อนความคิดผ่านกลุ่มออนไลน์

**ตัวแปรตาม (dependent Variables)**

- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
เพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19)
๑. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
  - ๑.๑ ทักษะความรู้ความเข้าใจในข้อมูล
  - ๑.๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล
  - ๑.๓ ทักษะการจัดการตนเอง
  - ๑.๔ ทักษะการสื่อสาร
  - ๑.๕ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ
  - ๑.๖ ทักษะการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ

๑. ได้แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-๑๙ (COVID-19) ที่มีประสิทธิภาพ

๒. เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

**๔. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

ผู้ประชาชนในพื้นที่มีความรอบรู้ในการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ตลอดจนมีแนวทางในการดูแลรักษา ตามหลักการได้ถูกต้องและเหมาะสม

(ลงชื่อ) ..... 

(นางสาวน้ำทิพยา วงศ์ขันธ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๒๓ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

### ๓.๖ สรุป รวม จัดส่งรายงาน

#### ๒. สนับสนุนทางวิชาการ แก่ประชาชน องค์กร มูลนิธิ

๒.๑ เป็นวิทยากรในการจัดการอบรมทั้งระดับโรงเรียน สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองท้องถิ่นมูลนิธิ และพื้นที่รับผิดชอบ

๒.๒ เมยแพร่ข่าวสาร/ เอกสารแผ่นพับ สื่อต่างๆ ด้านการแพทย์แผนไทยในหลายรูปแบบ

๒.๓ เป็นคณะกรรมการประชุมวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี

๒.๔ จัดทำ/ปรับปรุงมาตรฐานการแพทย์แผนไทยในหน่วยงาน

๓. ประสานงานและสนับสนุนการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของการรักษาหัวไหส์ติดด้วยการนวดแบบราชสำนัก

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระยะเวลา ๑ สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๕ – ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเขียวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ชีวิตของคนทำงานไม่ว่าจะเป็นนั่งพิมพ์คอมพิวเตอร์นานๆ สะพายกระเป๋า โนนรถไฟฟ้า ขับรถ ในสภาวะรถติดนานๆ หรือแม้แต่การเล่นกีฬาที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวของหัวไหส์ เช่น แบดมินตัน หรือเทนนิส กิจกรรมเหล่านี้ ถ้าสะสมนานวันอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เรียกว่า “ภาวะหัวไหส์ติด” ภาวะหัวไหส์ติด เกิดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อหุ้มข้อหัวไหส์ ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณหัวไหส์ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บอยู่หลายสัปดาห์ หรือเป็นเดือน แม้อาการปวดจะทุเลาลงแต่แขนขาที่ปวดจะไม่สามารถยกได้เหมือนเดิม เมื่อข้อหัวไหส์ไม่เคลื่อนไหวในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็จะเกิดเยื่อพังผืดและหินปูนแทรกในข้อและเนื้อเยื่อรอบหัวไหส์ ถ้าเคลื่อนไหวหัวไหส์จะปวดมากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหัวไหส์อ่อนแรงและลีบลง ปัจจุบันยังไม่สามารถบุสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน “ภาวะหัวไหส์ติด แบ่งเป็น ๓ ระยะ ในระยะแรกจะปวด ๑-๔ สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีปวดข้อหัวไหส์โดยเฉพาะเวลาลง床 บางคนปวดมากจนสะดุงตื้นกลางดึกจากการนอนกดหัวข้างที่ปวดเป็นเวลานาน ระยะที่ ๒ เป็นระยะข้อหัวไหส์ติด เมื่อผ่านไปประมาณ ๑๖ เดือน อาการเจ็บจะลดลง โดยจะมีอาการปวดแบบเฉียบพลัน เช่น เวลาเหยียดแขนขึ้นไปหยิบของเหนือศีรษะ อีกเมื่อไปหยิบของที่เบาะหลังรถ หมุนพวงมาลัยรถ กระเพราหรืออุทิ้งตัวลงเวลาอ่านหนังสือ ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถขับหัวไหส์ได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยบางคน กล้ามเนื้อบริเวณหัวไหส์ลีบผิดรูปได้ ถดห้ำย คือ ระยะพื้นตัว ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ ปี อาการเจ็บจะค่อยลดลง เรื่อยๆ แขนขาที่เจ็บสามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้นอย่างช้าๆ แต่ไม่เป็นปกติ” กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวไหส์ติด คือ กลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน อย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พนบวม มีโอกาสเกิดภาวะหัวไหส์ติดสูงกว่าคนปกติ ๒-๕ เท่าสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวไหส์ติด มีหลายวิธี ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด นักกายภาพจะพยายามยืดหัวไหส์และหมุนข้อบ้วนที่ติดซึ่งกระบวนการ บำบัดจะเจ็บมาก ๙๐ เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยจะเลิกรักษาเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการเจ็บระหว่างบำบัดได้ การบริหารรีเวณหัวไหส์ เช่น ท่าไหส์กำแพง แต่มักไม่ค่อยได้ผลเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยทำด้วยตัวเองจนถึงตำแหน่งที่หัวไหส์ติด ผู้ป่วยจะไม่ทำต่อ เนื่องจากเจ็บมาก การฉีดยาสเตียรอยด์ ที่ข้อหัวไหส์และการรับประทานยาเป็นการบรรเทาปวดรวมทั้ง การผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งมีค่ารักษาค่อนข้างสูง นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทยจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยหัวไหส์ติด ใน การรักษาผู้ป่วยโรคหัวไหส์ติดทางการแพทย์แผนไทย โดยการทำหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก) การตรวจรักษา วินิจฉัยโรค และให้คำแนะนำตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อทำให้การทำงานของหัวไหส์เป็นไปได้ตามปกติ หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### ๔. สรุปสารสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยมีอาการปวดเสียในหัวไหส์ข้างซ้าย ไม่มีอาการร้าวชา ปวดในข้อหัวไหส์ เคลื่อนไหวแขนไม่ได้ องศา พบรุคติกเจ็บที่ด้านหลังของหัวไหส์ ยกแขนขึ้นลำบากไม่ได้องศา มือช้ำงซ้ายเทาše เอว และไฟล์หลังไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพช่างปูนจะต้องยกของหนักบ่อยๆ คอยตักปูนมาล้าง盆 ทำอิริยาบถเดิมเป็นเวลานานๆ จะปวดมากตอนกลางคืน เวลาอยู่กับแขนเหนือศีรษะ แขนจะไม่มีกำลังต้องใช้มืออีกข้างซ้ายเพื่อตึงแขนกลับมา

และปอดในข้อให้เลือดซ้าย ไม่เคยรับการรักษาที่ไหนมาก่อนในวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ จึงรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของแพทย์แผนไทย

จากการตรวจประเมินผู้ป่วยพบว่า

๑. ชูแขนขึ้นชี้ดูทั้ง ๒ ข้าง พบร้า ข้างซ้าย ไม่สามารถดึงแขนขึ้นชี้ดูที่ได้และปวดที่หัวไหล่ข้างซ้าย

๒. มือเท้าส่วนเอวทั้ง ๒ ข้าง พบร้า ข้างซ้ายไม่สามารถสามารถเหยียดเอวได้และมีอาการปวดที่บริเวณหัวไหล่ด้านหลังข้างซ้าย

๓. มือไฟล์หลัง ทั้ง ๒ ข้าง พบร้า ข้างขวาจะไม่สามารถทำได้ถึงขอบสะบัก สามารถทำได้แต่บื้นเอว

๔. เขยื้อนหัวไหล่ ทั้ง ๒ ข้าง เพื่อตรวจดูน้ำในข้อ ดูความเสื่อมของข้อ พบร้ามีการเจ็บเสียว่าที่หัวไหล่ข้างซ้ายทางด้านหลังหัวไหล่

๕. บิดปลายแขนเข้า ออก ทั้ง ๒ ข้าง เพื่อหาจุดเจ็บ พบร้า

- บิดแขนผู้ป่วยเข้าข้างใน แล้วผู้ป่วยมีอาการเจ็บเสียว่าที่หัวไหล่ข้างขวา แสดงว่ามีปัญหาที่ด้านหลังของหัวไหล่

- บิดแขนผู้ป่วยออก พบร้า ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บเสียว่าที่หัวไหล่ แสดงว่าไม่มีปัญหาที่ด้านหน้าของหัวไหล่

การรักษาทางการแพทย์แผนไทยที่สำคัญ คือ หัตถเวชกรรมแผนไทย(การนวดแบบราชสำนัก) การให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับผู้ป่วยไว้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๑. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของโรคและความก้าวหน้าในการรักษา

๒. อธิบายแนวทางปฏิบัติการดูแล หัตถเวชกรรมแผนไทย(การนวดแบบราชสำนัก)

๓. วิธีการศึกษา ก่อนการรักษา ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย วางแผนการรักษา นวัตกรรม ประคบสมุนไพร ยาสมุนไพรเดาวัลย์เบรี่ยง ฝึกบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่ และหลังการรักษา ตรวจร่างกาย และประเมินผลการรักษา

๔. ให้คำแนะนำ ใช้ผ้าขนหน้าอุ่นให้ผู้ป่วย ประคบตอนเช้า-เย็น ครั้งละ ๑๐ – ๑๕ นาที หลีกเลี่ยงอาการเย็น เช่นแอร์ พัดลม ลมโกรก และอาหารแสงจลน์ของหมากคง หน่อไม้ ข้าวเหนียวเครื่องในสีดำ เหล้า เปียร์

๕. แนะนำท่ากายบริหาร การดึงแขน-หัวแขน ๓ จังหวะ

๖. แนะนำการกดจุดตัวเองทำหน่อ สัญญาณ ๕ หัวไหล่ โดยให้ค่าว่าหัวน้าไปงช้างขวาแล้วสอดเข้าให้รักแร้ข้างซ้ายกดนึงไว้นับ ๑-๑๐ และปล่อยมือ

๗. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา จะเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาการดำเนินของโรค และการบริหารตนของรวมระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยหัวไหล่ติดรวมจำนวน ๓ ครั้งและประเมินผลการรักษาครั้งสุดท้าย วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕ พบร้าแขนข้างซ้ายสามารถดึงแขนขึ้นชี้ดูได้ แต่ไม่สามารถเหยียดเอวได้ มือข้างซ้ายสามารถไฟล์หลังได้ถึงขอบสะบัก มีอาการดีขึ้น

๘. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ รวมระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยหัวไหล่ติด รวมจำนวน ๓ ครั้งระยะเวลา ๑ สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕ – ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕

เชิงคุณภาพ หลังการประเมินผลการรักษาครั้งสุดท้าย วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕ พบร้าแขนข้างซ้ายสามารถดึงแขนขึ้นชี้ดูได้ แต่ไม่สามารถเหยียดเอวได้ มือข้างซ้ายสามารถไฟล์หลังได้ถึงขอบสะบัก มีอาการดีขึ้น ป่วยลดลงผลการรักษาจำนวนหนึ่งในผู้ป่วยโรคหัวไหล่ติดทำให้อาการดีขึ้น หรือหายจากโรคได้

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผลการรักษาแนวแผนไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรคได้

๒. จัดทำคู่มือในการใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

๓. มีการจัดทำคู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวด้วยการแพทย์แผนไทย

๔. ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยแพทย์แผนไทยได้

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการกดจุดนวดคำแนะนำที่เป็นจุดที่มีความเจ็บต้องมีความนุ่มนวล หลังนวดผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อได้

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีيانพาหนะ จึงมีผลทำให้การเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลศิรินครัยแอคเม่อย่างเดียว และไม่มีญาติพามารับบริการ

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. โรคหัวใจล้มเหลว มีผลกระทบ ร่างกาย จิตใจ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากมีอาการปวดขัดที่หัวใจ ทำงานได้ไม่เต็มความสามารถ ดังนั้นการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยการใช้หัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราชสำนัก) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

๒. การรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย ควรติดตามผลการรักษา เพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ควรได้รับการส่งเสริม บังเก็น ให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว

๓. การทำการนวดแบบราชสำนักครั้งต่อไป ควรนำเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็นตัววัดประสิทธิผลด้วย เช่น การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แทนการคลำด้วยมือ ซึ่งผู้ตรวจสอบการดับความแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อแตกต่างกัน เพื่อสร้างให้เกิดมาตรฐานยิ่งขึ้น

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| ๑) นางสาวสุจิตรา คารัมย์ | สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% |
| ๒) .....                 | สัดส่วนของผลงาน..... |
| ๓) .....                 | สัดส่วนของผลงาน..... |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ศุภษา

(นางสาวสุจิตรา คารัมย์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / ก.ย. / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุจิตรา คารัมย์	<u>ศุภษา</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวซึ่งต้นฤกต้องทรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... น.

(นายนิเวศ พุ่มจันทร์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / ก.ย. / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... น.

(นายแพทย์วรุฒิ เกตุศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๑๖ / ก.ย. / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่หนีอื้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่หนีอื้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

**๑. เรื่อง ผลของการรักษาหัวไห่ติดแบบผสมผสานด้วยการนวดราขสำนักและการใช้ยาเดาวัลย์เบริง ชนิดแคปซูล**

**๒. หลักการและเหตุผล**

ข้อให้ไห่ติด เป็นภาวะที่มีการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อและเส้นเอ็น ทำให้มีอาการปวดที่ไห่ โดยอาการปวดค่อนข้างมาก อาจปวดมากตอนกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับส่วนการเคลื่อนไหวจะค่อนข้างลดลงจนเกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไห่ในทิศทางต่างๆ ทั้งแบบทำเองและผู้อื่นทำให้โดยเฉพาะในท่าหมุนแขนออก รองลงมาคือ ท่ากางแขน และท่าหมุนแขนเข้าใน จนนำไปสู่การจำกัดการทำงานของหัวไห่ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การหีบผอม การแต่งตัว การติดต่อสื่อสาร การรับประทานอาหาร การเอื้อมหลังของบนที่สูง การยกของ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยได้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโรค การปฏิบัติตัวขณะรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ สามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ การประยุกต์ใช้ข้อคิดความรู้ทางการแพทย์แผนไทยในการพื้นฟูผู้ป่วย อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพึงพาเองได้และช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลต่อร่างกาย ดังนั้นการรักษาหัวไห่ติดแบบผสมผสานด้วยการนวดราขสำนักและการใช้ยาเดาวัลย์เบริงชนิดแคปซูลเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง เพื่อเพิ่มความสามารถในการฟื้นฟูอาการของผู้ป่วยหัวไห่ติด กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลสิรินธร จึงได้จัดทำแนวคิดเพื่อการพัฒนาในครั้งนี้ขึ้น

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

โรงพยาบาลสิรินธร มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากโดยพบว่าโรคหัวไห่ติดเป็นหนึ่งในจำนวนใหญ่ๆ โรคที่ตรวจพบและคัดกรองการแพทย์แผนไทยเป็นแนวทางการรักษาแบบส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึงพาตนเองได้จากสถิติของผู้ป่วย ที่เป็นโรคหัวไห่ติดในโรงพยาบาลสิรินธร ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๒๗๘ คน ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๓๖๑ คน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๔๗๒ คน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๘๓๙ คน ซึ่งจากสถิติตั้งกล่าวจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุกปี การรักษาด้วยวิธีการนวดแบบราขสำนัก ในการรักษาอาการหัวไห่ติด และการใช้ยาเพื่อลดอาการปวดของข้อหัวไห่ติด การนวดไทยแบบราขสำนักเป็นลักษณะการนวดแผนไทย ตามแนวเส้น เพื่อให้เลือด ลมเดินสะดวก ทำให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มมากขึ้นแล้วยังมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ กลับสู่สภาวะปกติ สามารถบำบัดกลุ่มอาการ โรคบ่าและไหล่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวไห่ติด ที่เป็นโรคเกิดจากการอันของเลือดและลมบริเวณข้อหัวไห่ และจัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาทำได้โดยนวดพื้นฐานบ่าหัวไห่ ๒ ข้าง นวดสัญญาณ ๔ และสัญญาณ ๕ หลัง นวดสัญญาณ ๕ หัวไห่ นวดขอบสะบักทั้ง ๒ ข้าง และนวดสัญญาณ ๑ ถึง ๕ หัวไห่ และนวดสัญญาณแยกของสัญญาณหัวไห่ให้สอดคล้องกับตำแหน่งการติดของหัวไห่ ผงเดาวัลย์เบริงที่บรรจุในแคปซูล ได้รับการจัดให้เป็นยาในบัญชีแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยทางกระทรวงสาธารณสุข เก้าอี้เบริงแคปซูล มีประสิทธิผลในการลดการอักเสบและมีความปลดปล่อย ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาผลของการนวดไทยราขสำนักร่วมกับการใช้ยาเดาวัลย์เบริง แคปซูลในการรักษาอาการหัวไห่ติดของผู้มารับบริการกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวไห่ติดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เพื่อศึกษาผลของการรักษาหัวไห่ติดแบบผสมผสานด้วยการนวดราขสำนักและการใช้ยาเดาวัลย์เบริง ชนิดแคปซูล

**๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

๑. ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นมีคุณภาพปีวิตที่ดีขึ้นร้อยละ ๘๐
๓. ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นมีความพึงพอใจร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) ..... **ศุภลักษณ์**

(นางสาวสุจิตรา คารัมย์)

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๖ / ๑๖ / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลแพลทีเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ต้นวันคม พ.ศ. 2564 – เมษายน พ.ศ. 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
ความหมาย

เบาหวาน (DIABETES MELLITUS) หมายถึง เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตออกซิโนนอินซูลินไม่เพียงพอหรือต้องอินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินและร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายในได้ การควบคุมของออกซิโนนอินซูลินในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือดหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูงพยายามผัดผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการทันท่วงทีผู้ป่วยและเสริมสร้างพัฒนาใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องสามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลและการให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

### อาการของโรคเบาหวาน

ในขณะที่เป็นน้อยและยังไม่มีอาการรุนแรงได้โดยการตรวจพบ Glucose ในปัสสาวะ และมีระดับ glucose ในเลือดสูง เมื่อเป็นมากผู้ป่วยจะมีอาการที่ classical คือ

1. **ปัสสาวะบ่อย (Polyuria)** เนื่องจากไม่มีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่งแต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าได้ไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมายังปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการตึงน้ำตามมากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย
2. **การหดเหลืองมาก (Polydipsia)** พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอดแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ
3. **หิวบ่อยและรับประทานจุ (Polyphagia)** เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. **น้ำหนักลด (Weight loss)** จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงมีการนำโปรตีนและไขมันที่สะสมมาใช้แทนจึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

### แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

##### 1.เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มิถุนายน 2564- 31 พฤษภาคม 2565

##### 3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเร่งด่วน (Stroke fast track)

3.2 การรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

3.3 การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

3.4 วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

3.5 ปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

3.6 ประเมินผลทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

3.7 การให้ความช่วยเหลือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังจากได้กลับไปคุ้มครองที่บ้าน และให้ความรู้การปฏิบัติตัวและใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม

##### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีถึง 80 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.7 ล้านคนต่อปี โดยหนึ่งในสี่เป็นผู้ป่วยอายุ 25 ปีขึ้นไป ส่วนประเทศไทยในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 34,728 คน เพศชาย 20,034 คน และเพศหญิง 14,694 คน นอกจากนี้ยังประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน 1 ในประเทศไทย ในเขตสุขภาพที่ 10 และในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563 อัตราความซุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.71 และ 3.13 และในปี 2564 จำนวนการพัฒนามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 341 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 237 ราย ส่งต่อไปโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า 104 ราย ยังไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตระการพืชผล

##### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

2. ศึกษาการดำเนินการของโรค และติดตามการรักษาของแพทย์ ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบเป็นข้อมูล

3. รวบรวมข้อมูลจากการชักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจรักษาของแพทย์

4. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

### แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

6. นำข้อมูลที่รวบรวมแล้ว ให้ผู้มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

#### 7. เผยแพร่ผลงาน

##### เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้รับวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ .

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

##### 5.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษา 1 ราย ได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สังคม ประกอบกับได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี

##### 5.2 เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และหน่วยงานได้รับการปรับปรุง พัฒนาทางปฏิบัติในการดูแล เพื่อให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและกลับคืนสู่สังคมได้

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เพื่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน มีความสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ได้รับยาละลายน้ำเลือด (rtPA) ยังน้อยเพราโรงพยาบาลตระการพื้นดิน ยังไม่สามารถให้ยาได้
- ทักษะในการให้คำแนะนำและการบำบัด

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ไม่เพียงพอ

#### 9. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในโรงพยาบาลตระการพื้นดิน ยังขาดความตระหนักในการมาโรงพยาบาลภายใต้ทันท่วงทีแต่เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เราจะต้องมีการวิเคราะห์และพัฒนาความรู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจะวางแผนพัฒนาต่อเนื่องไว้ดังนี้

- จัดประชุมและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อุปกรณ์
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการอบรมStrokeนอกหน่วยงานเพื่อเพิ่มพูนทักษะ การคัดกรองประเมินผู้ป่วยและเรียนรู้วิธีการหรือแนวทางใหม่ ๆ สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน จัดทำเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในหน่วยงาน  
 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นายจิรศักดิ์ ณ อุบล สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นายจิรศักดิ์ ณ อุบล)  
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี  
 (วันที่) ๒๔ / ก.ค. / ๒๕๖๕  
 ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นางสาวกัญญาเรือง..  
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการอุปนิสั�าร  
 (วันที่) ๑ / หัวหน้าพยาบาล / ๒๕๖๕  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 (นางสาวอรรัตน์ หมานันท์)  
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการพัฒนาครุภัณฑ์  
 (วันที่) ๒๕๖๕  
 ผู้บังคับบัญชาที่เห็นชอบ

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)  
 นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ  
 รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 = ๔ ต.ค. ๒๕๖๕

## แบบเสนอแนะคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

#### 1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

#### 2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebro Vascular Disease) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาท มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีถึง 80 ล้านคน ในจำนวนนี้ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.7 ล้านคนต่อปี โดยหนึ่งในสี่เป็นผู้ป่วยอายุ 25 ปีขึ้นไป ส่วนประเทศไทยในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 34,728 คน เพศชาย 20,034 คน และเพศหญิง 14,694 คน นอกจากนี้ยังประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน 1 ในประเทศไทย ในเขตสุขภาพที่ 10 และในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563 อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.71 และ 3.13 และในปี 2564 สำหรับการพัฒนามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 341 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตระการพืชผล จำนวน 237 ราย ส่งต่อไปโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า 104 ราย และยังไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตระการพืชผล

เมื่อมีล้มเลือดที่ผนังหลอดเลือดหัวใจหลุดลงมาจากที่อื่นอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ส่งผลให้การชนส่งออกซิเจนไปไม่ถึงปลายทาง คือ เนื้อสมองส่วนที่อยู่ถัดไปหากขาดออกซิเจน 1 นาที ทำให้หมดสติ สมองอาจกลับคืนเป็นปกติได้ แต่หากขาดออกซิเจนนานกว่า 4 นาทีอาจเกิดการทำลายเซลล์ประสาทในสมองอย่างถาวร เซลล์สมองจะตาย เนื้อสมองส่วนที่ตายเรียกว่า อินฟาร์ค (Infarct) การที่สมองขาดเลือด และออกซิเจนที่นั่นที่หันได้เนื่องมาจากการขาดเลือดไปเสี่ยงหลังความดันโลหิตตก หรือหัวใจหยุดเต้น หรือขาดออกซิเจนถ้าเซลล์ประสาทบางส่วนเพียงแต่ขาดเลือดยังไม่ตายโอกาสลดลงมี เช่น เดียวกับผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีการตายของเนื้อเยื่อเป็นหย่อม ๆ เนื่องจากหลอดเลือด โคโรนารีย์ ถูกอุดตันเนื้อเยื่อต้องห่อรอบ ๆ เนื้อเยื่อที่ตาย จะขาดเลือดไปเสี่ยงดังนั้นบริเวณริม ๆ หรือขอบ จะขาดออกซิเจน การขาดเลือดในสมองอาจมีการรักษาได้ ( salvaged ) ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสมหรืออาจตายไปเนื่องจากมีเหตุการณ์อื่นมาแทรก (นายแพทย์พรเทพ มีมalaikarach, 2560)

#### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยพบว่าลักษณะที่แสดงถึงความยุ่งยากของการพยาบาลรายนี้คือการประเมินและการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดทางสมองซึ่งมีความสำคัญมากภาวะวิกฤต จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการเช่น สาเหตุ ความรุนแรง อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นร่วมด้วยการรักษาภารกิจมาโรงพยาบาล เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็น และการตรวจร่างกายที่ถูกต้อง แม่นยำจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การดูแล

ผู้ป่วยอุดมจึงมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดทางสมองซึ่งมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและถ้าได้รับการรักษา การวินิจฉัยที่ถูกต้องทันท่วงทีก็อาจหายเป็นปกติหรือลดความรุนแรงของความพิบากติสมองได้

#### แนวความคิด

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะอุดมจึงมีความสำคัญมาก พยาบาลยังประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม แนวทางแก้ไขปัญหาคือ ได้จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองไว้ประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วย และจัดทำแผ่นพับ โปสเตอร์ให้ความรู้ติดไว้หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

#### ข้อเสนอ

1. ควรจัดอบรมพื้นฟู ความรู้ เพิ่มทักษะของบุคลากรเกี่ยวกับผู้ป่วย
2. ควรประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติในการวางแผนการอำนวยการเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและพื้นฟูทักษะ วิชาการที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน
3. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในการทำการวางแผนอำนวยการเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน แนวทางการปฏิบัติระบบการดำเนินการส่งต่อ รวมทั้งการตอบกลับข้อมูล เพื่อถือให้เกิดการเห็นความสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับระบบส่งต่อและมุ่งเน้นการปฏิบัติเชิงรุกหาผู้รับผิดชอบในการทำการวางแผนการอำนวยการ
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
  1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วและลดภาระแรงกดหัวใจตามมาได้
  2. มีการพัฒนาทักษะการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่อาจเกิดโรคนี้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้ทันท่วงที
  3. มีการพัฒนาประสิทธิภาพการช่วยพื้นคืนชีพ
  4. เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ และลดอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิตของผู้ป่วย
  5. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าสำหรับผู้ที่สนใจ
  6. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน
  7. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างรวดเร็ว

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- |  |            |
|--|------------|
| 1. อัตราผู้ป่วย stroke ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤต ภายใน 4 นาที      | ร้อยละ 100 |
| 2. อัตราผู้ป่วยstrokeได้รับการดูแลตามCPG                         | ร้อยละ 100 |
| 3. อัตราผู้ป่วยstrokeได้รับการตรวจประเมินครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน | ร้อยละ 100 |
| 4. การเข้าถึงบริการภายใน 72 ชั่วโมง                              | ร้อยละ 100 |

(លេខីអ៊ូ) ..... ៩២.....

(...នៃខែតុលា ឆ្នាំ ១៩៧៦.....)

(ពោមិន) ..... ឃុំបាត់ដីស្រុកស្រុកស្រុក.....

(រៀងទី) ..... ២៤ / ..... ៧, ៧ / ..... ២០៦៥....

ជួយប្រជាធិបតេយ្យ

### ค. ด้านวิชาการ

๑. ร่วมประชุมวิชาการทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
๒. เป็นวิทยากรเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในและนอกโรงพยาบาล
๓. นำเสนอและเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในและนอกโรงพยาบาล
๔. วางแผนและดำเนินการให้สุขศึกษาภูมิป่วยและญาติทั้งในและนอกโรงพยาบาล
๕. ร่วมวางแผนงานการใช้ยาสมุนไพรกับทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น
๖. ถ่ายทอดความรู้และฝึกประสบการณ์ให้แก่นักศึกษาฝึกงาน
๗. สั่งสมุนไพรเสริมภาระ พัฒนาวิชาการของหน่วยงาน จัดทำเอกสารประกอบการจัดอบรมวิชาการต่างๆ เช่น การสุมยา การพอกษา การพอกขา อาหารตามธาตุเจ้าเรือน ตลอดความรู้ต่างๆ ด้านการแพทย์แผนไทย

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลลัพธ์ของงาน**

### ๑. เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายด้วยวิธีทางแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษา เด็กโครงเรื่องย่อ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ - สิงหาคม ๒๕๖๕

### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย มะเร็งแต่ละชนิดมีอาการและการดูแลรักษาแตกต่างกันไปตามสาเหตุของมะเร็งชนิดนั้นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ว่าเมื่อมีอาการแสดงของโรคในระยะลุกลามแล้ว หลายปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยโรคมะเร็งตับมากเป็นอันดับหนึ่งของโรкомะเร็งชนิดต่างๆ โดยในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเฉลี่ยราย ๒๒,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้เสียชีวิต กว่า ๑๖,๐๐๐ คน ซึ่งมะเร็งตับที่พบมากในประเทศไทยมี ๒ ชนิด คือ มะเร็งของเซลล์ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีตับไม่ใช่แค่ในไทยเท่านั้น มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma หรือ HCC) ยังเป็นโรคที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากเป็นอันดับ ๒ ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง การรักษาที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก จึงเป็นทางเลือกที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง

มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในเนื้อตับ ซึ่งเกิดจากเซลล์ตับ ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติจนกลายเป็นเนื้องอกร้ายเรียกว่ามะเร็งเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) และถ้าเนื้องอกเกิดจากเซลล์บุหงาท่อน้ำดี เจริญเติบโตผิดปกติจะเรียกว่า มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ในขณะที่เนื้องอกร้ายในเนื้อตับของผู้ป่วยบางรายเกิดจากเซลล์มะเร็งที่มีต้นกำเนิดในอวัยวะอื่นแล้วแพร่กระจายมายังตับ เรียกว่ามะเร็งกลุ่มนี้คือ มะเร็งตับแพร่กระจาย (metastatic liver cancer) ซึ่งอาจมีต้นตอของเซลล์ของมะเร็งมาจากเนื้องอกของตับ อ่อน กระเพาะอาหาร ลำไส้ เต้านม หรือปอด เป็นต้น ทางการแพทย์แผนไทย มะเร็งตับ หมายถึงลักษณะที่ตับพิการ เช่น ฝีในตับ ฝีร่วงผึ้ง กษัยลิ้นกระบือ สันนิบาตกระตัดศรีษะด้าน เป็นต้น โดยมูลเหตุการณ์เกิดโรคและก่อให้การเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากอุบัติเหตุ ตกต้นไม้ ถูกทุบ ถ่องใบยตี ถูกทำร้ายให้กระแทกหัวข้ออวัยวะภายในแล้วไม่ได้รับการรักษา เกิดจากเป็นไข้พิษไข้กা�พ ไข้ติดเชื้อ จากภายนอก เช่น ไวรัสตับ การกินอาหารดิบ ของบุดเด่น การมีพฤติกรรมก่อโรค หรือเป็นอุปปัติกะ โรคเกิดจากตัวมันเอง เป็นโบราณโรคโบราณ แม่ไม่ได้รับการรักษาให้หายปล่อยให้รื้อรัง ระบบของธาตุหมุนเวียน มีอาการผิดปกติ กำเริบ หยอด พิการ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลกลایเป็นฝีมะเร็ง กษัย ริดสีดวง สันนิบาต มหาสันนิบาต เป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคที่สัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งตับในที่สุด โดยสรุปแล้วโรคมะเร็งตับตามแนวคิดของทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเกิดจากปิตตะ (ธาตุไฟ) ซึ่งมีมากและสะสมเป็นระยะเวลานาน จนกระทบให้ธาตุอื่นที่เหลือเกิดความผิดปกติ จนท้ายที่สุดปฐวี (ธาตุดิน) หรืออวัยวะโตกลายเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง ดังนั้นจากการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองผู้นำเสนอกล่องใจได้ใช้กรณีศึกษาผู้ป่วย ๑ ราย ที่ได้ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองบูรณาการตามหลักการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและสุขภาพและการ

รักษาอาการเจ็บป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การเกิด สาเหตุการเกิดโรค การดูแลสุขภาพโดยรวม การบำบัดรักษาโรคต่างๆ การรับรู้ภาวะสุดท้ายของผู้ป่วย จนถึงสิ้นสุดของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการปวดทุเลาลง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ผู้ป่วยแบบบูรณาการทางแพทย์แผนไทยในรายต่อๆไป

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย มะเร็งแต่ละชนิดมีอาการและการดูแลรักษาแตกต่างกันไปตามสาเหตุของมะเร็งชนิดนั้นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ตัวเมื่อมีอาการแสดงของโรคในระยะลุกลามแล้ว หลายปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยโรคมะเร็งตับมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ โดยในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเฉลี่ยวาระ ๒๗,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้เสียชีวิต กว่า ๑๖,๐๐๐ คน ซึ่งมะเร็งตับที่พบมากในประเทศไทยมี ๒ ชนิด คือ มะเร็งของเซลล์ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีตับ ไม่ใช่แค่ในไทยเท่านั้น มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma หรือ HCC) ยังเป็นโรคที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากเป็นอันดับ ๒ ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง การรักษาที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก

การบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) และบูรณาการการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่มีการวางแผนและลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองในเขตอำเภอน้ำยืน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บทบาทของแพทย์แผนไทยมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาวิชาชีพด้วยทัศนคติที่เป็นบวก วางแผน ประสานงาน ประเมินผล และบันทึกผลการรักษา อธิบายอาการและแผนการรักษา ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ ทำหัตถการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่สร้างчувญและกำลังใจ ประสานงานกับทีมสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยให้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

การนำกัญชาทางการแพทย์เข้ามาใช้ในการรักษาผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับการรักษาควบคู่กับการรักษาหลักทางแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อหวังผลประโยชน์ในเบื้องต้นของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การรักษาและบรรเทาอาการต่างๆจากโรคของผู้ป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการปวด อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน การรับประทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น ในโรงพยาบาลน้ำยืนมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และการจ่ายกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในรูปแบบคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการร่วมกัน ทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน มีผู้มารับบริการทั้งหมด ๔๙ ราย เป็นผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care) จำนวน ๑๕ ราย มีรายการยา ๔ รายการ คือ สารสัดกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (CBD ๑๐ %) ยาตารับศุขiséyacan ยาตารับทำลายพระสุเมรุและยานมั่นกัญชา (ตารับหมอดেชา) ที่ให้บริการสำหรับผู้ป่วย จะมีการพิจารณาในแต่ละรายว่าผู้ป่วยแต่ละรายเหมาะสมที่จะใช้ยา กัญชาตัวใด เพื่อให้เหมาะสมกับโรคหรืออาการของผู้ป่วย ดังนั้นจากการออกแบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง ผู้นำเสนองี้ได้ใช้กรณีศึกษาผู้ป่วย ๑ ราย ที่ได้ใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองบูรณาการตามหลักการแพทย์แผนไทย และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการอืดอัดแน่นท้อง ปวดท้อง นอนไม่หลับ ห้องโต ถ่ายลำบาก ปัสสาวะชัด ทานอาหารได้น้อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพและการรักษาอาการเจ็บป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การเกิด สาเหตุการเกิดโรค การดูแลสุขภาพโดยรวม การบำบัดรักษาโรคต่างๆ การรับรู้ภาวะสุดท้ายของผู้ป่วย จนถึงสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบบูรณาการโดยใช้หลัก “ธรรมานามัย” ได้แก่ ก咽านามัย จิตานามัย และชีวิตานามัย เพื่อเป็นทางเลือกที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง

#### ๔.๒.ขั้นตอนในการดำเนินงาน

-เรื่องที่ทำการศึกษาจากผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ๑ ราย โดยศึกษาเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายด้วยวิธีทางแพทย์แผนไทย

-รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพปัญหา

-ศึกษาแผนการรักษาและความมุ่งหวังของผู้ป่วย

-ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูล

-นำข้อมูลที่ได้มารับรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการจัดการทางการแพทย์แผนไทย

-ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาและสรุปผลการรักษา

#### ๔.๓.เป้าหมายของงาน

-เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการปวดทุเลาลง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

-เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยประคับประคองแบบบูรณาการทางแพทย์แผนไทยในรายต่อๆไป

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยใช้หลักการแพทย์แผนไทย มีความเป็นอยู่ที่สุขสบายขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการของโรค ทุเลาลง มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ประเมินคุณภาพการดำเนินชีวิตทั้งหมด ๕ ด้าน ประกอบไปด้วย การเคลื่อนไหว การปฏิบัติภาระและภาระ การดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร ระดับความรู้สึกตัว เมื่อประเมินผลแต่ละด้านแล้วผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานน้อยลง สุขสบายขึ้น

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถนำผลการรักษาแนวโน้มที่ดีและวางแผนการรักษาในผู้ป่วยประคับประคองในรายต่อๆไป อีกทั้งผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มีอาการใกล้เคียงกับผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ สามารถนำแนวทางการรักษาไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยได้

### ๗. ความยุ่งยากและข้อข้องใจในการดำเนินการ

มีการวางแผนและนำเสนอการรักษาทางแพทย์แผนไทย อธิบายประโยชน์ของการรักษา ผลที่จะเกิดกับผู้ป่วยให้กับทีมก่อนให้การรักษาซึ่งต้องใช้ระยะเวลาณถึงมีการให้การรักษาและเริ่มเก็บข้อมูล การลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลคนไข้ซึ่งต้องมีทีมลงเยี่ยมด้วยทุกครั้ง ต้องใช้เวลาร่วมกัน ซึ่งทำให้การรักษาและเก็บข้อมูล ลำบากอีกด้วย

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ยาสมุนไพรที่จะใช้กับผู้ป่วยหมัดคลังของโรงพยาบาล ต้องรอการสั่งซื้อใหม่ ซึ่งใช้เวลาในการผลิตและจัดส่งค่อนข้างนาน ทำให้การรักษาล่าช้าออกไป

### ๙. ข้อเสนอแนะ

การให้การรักษาผู้ป่วยประคับประคองโดยใช้หลักการแพทย์แผนไทยยังแพร่หลายไม่มากนัก การหาข้อมูลเพื่อประกอบการรักษายังน้อย ทำให้ความน่าเชื่อถือของการรักษาอย่างไม่มากเท่าที่ควร

### ๑๐. การเผยแพร่องค์ความรู้ (ถ้ามี)

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

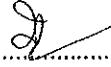
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

( นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม )  
(ตำแหน่ง) แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

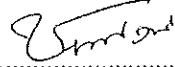
(วันที่) ๑๗ / ก.ย. / ๒๕๖๔  
ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

( นางสาวมุกขินทร์ ทิอุทิศ )  
(ตำแหน่ง) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

(วันที่) ๑๗ / ก.ย. / ๒๕๖๔  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

( นายชัยวัฒน์ ดาวารสีขณ์ )  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว

(วันที่) ๑๗ / ก.ย. / ๒๕๖๔  
ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบายไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑  
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบายไปอีกหนึ่งระดับ  
เงื่อนไขในการนี้ที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

**๑. เรื่อง การพอกยาสมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายเพื่อลดอาการปวดท้อง ท้องนาน ท้องอืด จุกเสียด ไม่สุขสบายห้อง**

### **๒. หลักการและเหตุผล**

โรคมะเร็งตับตามแนวคิดของทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเกิดจากปิตตะ (ธาตุไฟ) ซึ่งมีมากและสะสมเป็นระยะเวลานาน จนกระทบให้ธาตุอื่นที่เหลือเกิดความผิดปกติ จนท้ายที่สุดปฐวี (ธาตุดิน) หรืออวัยวะตอกลายเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง ผู้ป่วยมักมีอาการท้องนาน ไม่สุขสบายห้อง ปวดห้อง มีอาการท้องอืด จุกเสียด เรอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้นำทัศนการพอกยาสมุนไพรมาใช้ในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาการปวดทุเลาลง เพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยลง

### **๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

โรคมะเร็งตับจากการสืบคันและเทียบเคียงกลุ่มอาการที่ใกล้เคียงทางแพทย์แผนไทย ในทางการแพทย์แผนไทยไม่มีคำว่า โรคมะเร็งตับบันทึกไว้ ดังนั้นจึงขอเบริยบเทียบอาการดังต่อไปนี้คือ ยกนั้งพิการ โรคชัยล้า กระบือ ฝีร่วงผึ้ง ๑. โรคลั่นกระบือ หมายถึง โรคชัยที่เกิดจากโลหิตจับตัวเป็นก้อนลิ่มติดอยู่ที่ชายตับ ทำให้ตับแข็ง มีไข้ ตัวร้อน จับเป็นเวลา จุกแน่นในอก บริโภคอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายซูบผอม หายเป็นติดต่อกันนานวันพิษของโรคจะซึมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ลำไส้น้อย ได้เชื่อว่า慢肝 กชัย ๒. ฝีร่วงผึ้ง หมายถึง ฝีวันโรคชนิดหนึ่ง เริ่มมีอาการแน่นช้ำ ใจ疼 ข้างขวา ยกต่อกลอดแนวสันหลัง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะเข้ม มีไข้ สะบัดร้อน สะท้านหน้า เมื่อยตามข้อกระดูก กินไม่ได้ เป็นต้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวดและการอ่อนชา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หัตถการทางด้านแพทย์แผนไทยสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับมีการรักษาตามอาการนี้หลายหัตถการ ได้แก่ การนวดไทย ซึ่งมีข้อห้ามและข้อควรระวังคือ ห้ามนวดบริเวณที่เป็นมะเร็ง การประคบร้อนสมุนไพร การพอกยาสมุนไพร การแช่สมุนไพร ในที่นี้การพอกยาสมุนไพรนั้นหมายกับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งตับคือ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง ท้องนาน ท้องอืด จุกเสียดห้อง การพอกยาสมุนไพรจึงเป็นผลดีจะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้ การพอกห้องแบ่งออกเป็น ๒ แบบคือ การพอกบริเวณตับ และการพอกห้อง การพอกเป็นหัตถการนี้ที่ใช้เพื่อระบายหรือลดภาวะปิตตะกำเริบของผู้ป่วยมะเร็งตับ เพื่อคุ้ม庇ร้อนในผู้ป่วย โดยใช้สมุนไพรที่ถูกหีบเย็น เช่น ยาหาราก ยาเขียวหอม ใบย่านางคันสอด หรือใช้ยาเย็น ๓ ชนิด ได้แก่ รังจีด ใบย่านาง ใบเตย

นอกจากจะใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับได้แล้ว ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มีอาการคล้ายคลึงกันได้ ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงตามตรีธาตุ ดังต่อไปนี้ ๑. อาการทางวัตถุ ได้แก่ อาการปวดท้อง เจ็บท้อง จุกแน่นตามชายโครง ๒. อาการทางเสนหะ ได้แก่ ท้องบวน ๓. อาการทางปิตตะ ได้แก่ ผิวหน้าห้องร้อน มีความร้อนอักเสบสะสม กรณีผู้ป่วยมีผิวหน้าห้องร้อนมาก อาจใช้การนวดสัมผัสหรือเวนคลึงด้วยน้ำมันตามผิวหน้าห้องเบาๆ เพื่อกระตุ้นความรู้สึกและคลายความรู้สึกปวดของผู้ป่วย และควรให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมด้วยการบำบัดรักษา ควรหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีบาดแผล ในบางพื้นที่อาจมีข้อจำกัดเรื่องสมุนไพรที่แตกต่างกันออกไป สมุนไพรที่นำมาพอกตับจึงควรปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แผนไทย

**๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้ป่วยจะเริ่งตั้งแต่สุดท้ายที่ได้รับการพอกสมุนไพร มีความเป็นอยู่ที่สุขสบายขึ้น ผู้ป่วยมีความทุกข์ ทรมานจากการของโรคทุเลาลง สามารถนำผลของการพอกสมุนไพรไปต่อยอดในการรักษาในรายอื่นๆต่อไป

**๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

- ผู้ป่วยจะเริ่งตั้งแต่สุดท้ายที่ได้รับการพอกสมุนไพรมีอาการปวดลดลง ร้อยละ ๘๐
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพอกสมุนไพร ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) .....   
(นางสาวกมลวรรณ เลิศอุดม)

(ตำแหน่ง) แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๗ / ก.ย. / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

## ๔. สรุปผลการปฏิบัติงานตามการกิจทักษิณหลัง ๓ ปี (ต่อ)

### งานคุ้มครองผู้บริโภค

- ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านขายยา คลินิกการพยาบาลและการพดุงครรภ์ และคลินิกเวชกรรม
- ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านค้าร้านชำ
- ตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในประเทศบรรจุที่ปิดสนิท และสถานที่ผลิตอาหาร
- เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ผัก ผลไม้ และจัดทำโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
- ดำเนินงานคลินิกัญชาทางการแพทย์ ร่วมกับสาขาวิชาชีพ

### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การลดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลดอนเมือง  
จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) <sup>๑, ๒, ๓, ๔</sup>

ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่ควรป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ, ผู้ป่วย หรือผู้บริโภค เหตุการณ์เหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุมการสั่งยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลาก การบรรจุ การตั้งข้อผลิตภัณฑ์ การปรุงยา การเตรียมยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ยา การให้ความรู้ การติดตาม และการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนทางยานี้ลักษณะสำคัญบางประการ ดังนี้

๓.๑.๑. เป็นอุบัติการณ์ที่ควรป้องกันได้ สะท้อนให้เห็นว่าความคลาดเคลื่อนนั้นเกิดจากบุคคลหรือระบบที่ไม่สามารถควบคุมหรือคัดกรองความคลาดเคลื่อนได้

๓.๑.๒. ผลของอุบัติการณ์อาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น เป็นการสั่งใช้ยาที่ไม่ตรงกับข้อปัจจัยหลักของยา หรือไม่สอดคล้องหลักวิชาการ

๓.๑.๓. ผลของอุบัติการณ์บางครั้งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หมายความว่าผลของอุบัติการณ์นี้อาจถึงหรือไม่ถึงผู้ป่วย หากถึงผู้ป่วยก็อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่ก่อได้ ซึ่งในกรณีหากก่อให้เกิดอันตรายตั้งแต่ชั่วคราวจนถึงถาวร ผลของความคลาดเคลื่อนทางยาจะเรียกว่าเป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา (Adverse Drug Event) และหากพิจารณาคำนิยามของคำว่าอันตรายจะพบว่า โดยทั่วไปหมายถึงอุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและก่อให้เกิดความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E เป็นต้นไป

๓.๑.๔. อุบัติการณ์นั้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือมากกว่า เช่น เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่อาจเป็นการพลั้งเผอ หรือการขาดสมາอง หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติ เช่น แนวทางการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ (ยาที่มีรูปแบบคล้ายกัน หรือซึ่งคล้ายกัน) เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติ (ขาดความชัดเจนในการยืนยันคำสั่งโดยวิชาชีพ), ไม่มีแนวทางการตรวจสอบอิสระก่อนการบริหารยาขาดระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้และเกี่ยวข้องกับระบบในองค์กร เช่น การทำงานเป็นทีม ระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เอื้อต่อการจัดการตามความเร่งด่วนหรือความรุนแรง

ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยานั้น ในบางเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่งอาจมีปัจจัยสาเหตุได้หลายประการ

๓.๒. ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามกระบวนการใช้ยา ได้แก่

๓.๒.๑. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error) คือ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ของแพทย์ เช่น การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้หรือข้อห้ามใช้ การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วย แพ้ การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อ กัน รวมไปถึงความไม่สมบูรณ์ในการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนเรื่องความแรงยา รูปแบบของยา ปริมาณยา รายการยา วิธีการใช้ยา ความเข้มข้นและอัตราเร็วในการให้ยา ซึ่งล้วนนำไปสู่การเกิด ความผิดพลาดในการให้ยาแก่ผู้ป่วย

๓.๒.๒. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) คือ ความคลาดเคลื่อนของ กระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาต้นฉบับที่ผู้สั่งใช้ยาเขียน ซึ่งแบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้คัดลอก และความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกภายผิด

๓.๒.๓. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) คือ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการ จ่ายยาที่ไม่ถูกต้องตามที่แพทย์ระบุในคำสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น ชนิดยา รูปแบบยา ความแรงยา ขนาดยา ปริมาณยา วิธีใช้ยา จำนวนยาที่สั่งจ่าย รวมไปถึงจ่ายให้ผู้ป่วยผิดคน และจ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

๓.๒.๔. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) คือ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาผิดไปจากจุดมุ่งหมายของผู้สั่งใช้ยา เช่น ให้ยาหรือ ฉีดยาผิดเวลา ผิดวิธีใช้ ผิดขนาด ผิดชนิด ผิดคน รวมถึงไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วย

### ๓.๓. ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

การเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจะมีรูปแบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในลักษณะ การจัดกลุ่ม (category) ตามระดับความรุนแรงที่พิเศษโดยใช้เกณฑ์ตามระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน ทางยาที่ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) กำหนดใช้คือการแบ่งเป็น ๙ ระดับดังนี้

ระดับ A - ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

ระดับ B - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึง ผู้ป่วย

ระดับ C - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไป ถึงผู้ป่วยแล้ว

ระดับ D - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วย เพิ่มเติม

ระดับ E - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับ การรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับ การรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกไป

ระดับ G - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวรสิ่งจำเป็นต้องได้รับ

ระดับ H - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต มีความคลาด เคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

ระดับ I - มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

### ๓.๔. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา<sup>๖</sup>

#### ๓.๔.๑. การสั่งใช้ยา

๑.) คำสั่งใช้ยาความมีความสมบูรณ์ คือ มีข้อยา รูปแบบของยา ขนาด ความแรง ปริมาณ วิธีการ ให้ยา อัตราการให้ ความถี่ในการให้ยา การเขียนคำสั่งใช้ยาควรใช้ชื่อสามัญทางยา พร้อมระบุความแรงของยาที่ต้องการ เพื่อป้องกันความสับสนจากชื่อการค้าที่มีความคล้ายคลึงกัน กรณีผู้ป่วยเด็กให้ระบุขนาดใช้ต่อน้ำหนักตัวเป็น mg/kg

๒.) เขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจน อ่านง่าย ด้วยปากกา หากเขียนผิดและต้องการแก้ไข ให้ขีดฆ่าคำสั่งใช้ยาเดิม แล้วเขียนใหม่ และเขียนชื่อกำกับ ไม่ใช่น้ำยาลบคำผิดลบ

#### ๓.๔.๒. การถ่ายทอดคำสั่ง

๑.) หลีกเลี่ยงการใช้คำสั่งการรักษาด้วยวาระ หรือสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ถ้าจำเป็นต้องสั่งจะต้องมี การทบทวนคำสั่งทุกครั้งเพื่อยืนยันขนาดยา วิธีการกำหนดการให้ยา และคำแนะนำอื่นๆโดยบันทึกคำสั่งการรักษา ลงใน Doctor's Order Sheet เท่านั้น แล้วจึงทวนคำสั่งการรักษาโดยการอ่านทวนกลับ จากสิ่งที่บันทึกให้เป็นที่เข้าใจถูกต้องตรงกันทั้งฝ่ายผู้ให้คำสั่งและฝ่ายผู้รับคำสั่ง

๒.) การรับคำสั่ง ต้องไม่ได้คำสั่งการรักษา หากมีข้อสงสัยให้ติดต่อแพทย์เพื่อขอคำยืนยันเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา วิธีใช้ ข้อบ่งชี้ และกรณีที่มีคำสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับการฉุกเฉินโดยแพทย์หลายแห่ง กให้ขอคำยืนยันคำสั่งแพทย์ ก่อนใช้ยา

#### ๓.๔.๓. การจ่ายยา

๑.) มีการตรวจสอบคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกร โดยตรวจสอบหั้งชื่อผู้ป่วย ชนิดของยา ขนาดยา เวลา วิธีการให้ อัตราการให้ ความถี่ในการให้ยา รวมถึงดูข้อห้าม การแพ้ยา ปฏิกิริยาระหว่างยา เพื่อให้ใช้ยาได้อย่าง เหมาะสม ก่อนจ่ายยา

๒.) หากข้อมูลในใบสั่งยาไม่ชัดเจนต้องทำการตรวจสอบกลับไปยังแพทย์ผู้สั่งใช้ยาก่อนทำการจ่ายยา ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่ไม่สามารถติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาได้ ให้เภสัชกรถามความเห็นไปยังแพทย์ที่เกี่ยวข้องท่านอื่น ซึ่งเชี่ยวชาญในสาขานั้น

#### ๓.๔.๔. การบริหารยา

๑.) ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อรับยาจากห้องจ่ายยา ทั้งชื่อผู้ป่วย ชนิดของยา ความแรง จำนวน รูปแบบยาเตรียม หากเป็นยาใหม่ที่ไม่คุ้นเคยและไม่มีฉลากยาหรือข้อมูลยาระบุว่าเป็นยาที่แพทย์สั่งหรือไม่ ให้ สอบตามกลับไปยังห้องจ่ายยาเพื่อยืนยันความถูกต้องของยาทุกครั้ง

๒.) สำรองยาไว้ในห้องผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น ศืนยาทั้งหมดที่ยุติการใช้แล้วกลับไปที่ห้องจ่ายยา เพื่อลด โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อน หากมีการย้ายเตียงผู้ป่วยให้ตรวจสอบว่ามีการย้ายยาของผู้ป่วยรายนั้นไปไว้ ในช่องเก็บยาที่ถูกต้อง กรณียาเสพติดให้เก็บแยกจากยาอื่น และมีการติดฉลากระบุชื่อยาที่ชัดเจน เท็นเด่นชัด ยา แท้เย็น ยาที่ป้องกันแสง ควรจัดเก็บตามวิธีการที่ระบุในคู่มือการใช้ยา

๓.) การจัดเตรียมยา ต้องมีตรวจสอบความถูกต้องในการจัดเตรียมยา โดยเฉพาะกรณียาฉีดจะต้องมี การอ่านฉลากยาช้า เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนผสมยา จัดเตรียมยาด้วยความระมัดระวัง ให้เกิดความ ถูกต้องทั้งชนิดยา ชนิดของสารละลายที่ใช้ ความเข้มข้นที่ต้องการ และมีการติดฉลากชี้บ่งเพื่อป้องกันการให้ยาผิด คน ผิดชนิด ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดวิธี หลีกเลี่ยงการผสมยาหลายชนิดเข้าด้วยกันโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันปัญหา ความเข้ากันไม่ได้ของยา

๔.) การบริหารยา ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ ทั้งชื่อผู้ป่วย ชนิดของยา รูปแบบยาเตรียม ความแรง ขนาดยา เวลาที่ให้ วิธีบริหารยา รวมถึงเทคนิคการให้ยากรณียารับประทาน ควรดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาต่อหน้า กรณียาฉีด จะต้องคำนึงถึงอัตราเร็วในการให้ยาทุกครั้ง

๕.) การจำหน่ายผู้ป่วย ระหว่างกระบวนการต้องแน่ใจว่ามีการเตรียมยาเพื่อไว้ให้ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วย ยังคงอยู่ในโรงพยาบาลอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดยา ในช่วงดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

### ๓.๕. การประสานรายการ (Medication Reconciliation) <sup>๕๔</sup>

การประสานรายการ หมายถึง กระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในขณะที่มีการเปลี่ยนหรือก่อนการเปลี่ยนระดับการรักษาภัยยาที่จะได้รับหรือได้รับจากหน่วยงานหรือสถานพยาบาล โดยการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องและแม่นยำ พร้อมทั้งระบุขอด้วย ความถี่ วิธี ใช้วิธีทางในการใช้ยา รวมทั้งเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย และใช้รายการยาตั้งกล่าวในการให้บริการยา เช่น สิ่งใช้ยาแก่ผู้ป่วย ให้เห็นความแตกต่าง และให้มีข้อมูลช่วยในการตัดสินใจอย่างครบถ้วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็น หรือได้รับยาที่เข้าช้อน หรือยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนระดับหรือหน่วยงานการรักษา

การเทียบประสานรายการ ได้แก่ ล่วงถึงเรอยต่อของ การรักษาพยาบาล ๓ จุดคือ จากบ้านหรือในชุมชน นัยังโรงพยาบาล (admission) จากแผนกหรือหอผู้ป่วยหนึ่งไปยังอีกหนึ่ง (transfer) และจากโรงพยาบาล เป็นบ้านผู้ป่วย (discharge) ซึ่งเป็นการนับนบริบทของโรงพยาบาล แต่ในความเป็นจริงแล้ว ทุกๆ ที่ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานปฏิบัติการเภสัชกรรม ชุมชน (ร้านยา) ก็สามารถนำแนวคิดและกระบวนการไปประยุกต์ได้ เพราะในบริบทระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้สถานบริการอื่นที่มีใช่ของรัฐในการดูแลรักษาตนเอง ระบบบริการสุขภาพของบ้านเรามีจึงมีรอยต่อหลายจุด รอยต่อเหล่านี้เป็นช่องทางให้เกิดความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องกันของรายการยาระหว่างแต่ละจุดที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือถูกเคลื่อนย้ายไป สงผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนเหตุให้ยา เช่น ความไม่ต่อเนื่องของการใช้ยาที่จำเป็น การยังคงใช้ยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้แล้ว การใช้ยาเข้าช้อน การใช้ยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกรูปแบบตามที่ผู้รักษาต้องการ การให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ถูกเวลา การได้รับยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยา ต่อกัน ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องรักษาตัวเพิ่มเติม นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วต้องกลับเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ซ้ำอีก

#### องค์ประกอบของกระบวนการประสานรายการ

๑. Verification รวมรวมข้อมูลประวัติการใช้ยาที่ถูกต้องและสมบูรณ์ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งชนิดของยา ชื่อยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ความถี่ในการใช้ยา และเวลาที่ได้รับยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วย จากทุกแหล่งที่ได้รับยา ก่อนมาถึงโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลการแพ้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยเคยเกิดขึ้นจากการใช้ยา แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับรายการยา แต่เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องหาข้อมูล และบันทึกไว้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

๒. Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก เพื่อให้มั่นใจว่า ยาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม

๓. Reconciliation เปรียบเทียบความแตกต่างของรายการยา โดยเปรียบเทียบรายการยา ที่ผู้ป่วยเคยได้รับกับรายการยาที่แพทย์สั่ง เมื่อมีการส่งต่อ หรือเปลี่ยนระดับการรักษา เช่น การรับเข้า ส่งต่อ หรือจำหน่าย ผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาล ในกรณีที่พบความแตกต่างจะต้องสอบถามแพทย์ว่าเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา หรือไม่ และต้องมีการประสานกับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยา

๔. Transmission การสื่อสารรายการยาล่าสุด ที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้ดูแล และส่งต่อรายการยาตั้งกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการรักษาต่อ ในการนี้ที่ผู้ป่วยย้ายแผนก หรือย้ายหอผู้ป่วย ก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยาไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

## การดำเนินงานการประสานรายการยา

เมื่อกล่าวถึงการสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยา ก่อนมาโรงพยาบาล การจัดการกับยาเดิมที่ผู้ป่วยหรือญาติ นำมา หรือการเขื่อมโยงข้อมูลยาด้วยแฟ้มประวัติระหว่างการย้ายหอผู้ป่วย เพื่อว่าอาจเป็นสิ่งที่หลายโรงพยาบาล มีการดำเนินการอยู่แล้วไม่มากก็น้อย ล้วนมีความหลากหลายในแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งมีการตีความประเด็นการ มีระบบการประสานรายการยาไว้แตกต่างกัน ขอสรุปแนวทางปฏิบัติที่มีการทดลองใช้หรือทำการศึกษาด้าน ประสิทธิภาพของกระบวนการมีการกำหนดประเด็นสำคัญของกระบวนการได้ดังนี้

**๑. ด้านนโยบายและวิธีการปฏิบัติงาน คณะกรรมการหรือทีมဆาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการพัฒนาระบบยา ควรเป็นผู้ร่วมกันพิจารณากำหนด ขอบเขตที่จะครอบคลุมที่ดีที่สุดคือการมีข้อมูลทันสมัยตลอดการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการ ดำเนินการทุกจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รักษาอย่างคร่าวงจรที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งควรพิจารณาให้ ครอบคลุม เมื่อเป็นผู้ป่วยนอก หรือส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นด้วย จึงจะเกิดระบบที่ปลอดภัยแท้จริง**

**๑.๑ การกำหนดผู้รับผิดชอบ สาเหตุของปัญหามักเกิดจากผู้รับผิดชอบขั้นตอนในระบบยา มีภาระงาน สูง หรือขาดประเด็นที่ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไม่มีปัญหาหรือปัญหาเป็นเรื่องปกติและไม่สำคัญ จึงต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนขึ้น และสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้เป็นระบบ การศึกษาที่ผ่านมาไม่ว่าที่ดูแลโดยพยาบาล เภสัชกร หรือแม้แต่แพทย์เอง มีผลในการปฏิบัติที่ทำให้สามารถลด ความคลาดเคลื่อนของรายการยาได้ดี**

**๑.๒ การกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มกระบวนการ เพื่อให้ลดความเสี่ยงให้รีวอฟ เช่น ภายใน ๒๕ ชั่วโมงหลังการรับเข้ารักษา หากเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert or high risk drug) อาจเป็น ๔ ชั่วโมงหรือสั้นกว่านั้น หรือสรุปรายการยาได้ก่อนแพทย์ตรวจตอนเข้า หรือก่อนการส่งการรักษา เป็นต้น**

**๑.๓ ขั้นตอนการดำเนินงานหลัก ๓ ขั้นตอน ได้แก่**

**๑.๓.๑ การทวนสอบ (verification) รวบรวมข้อมูลประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล รวมถึงการแพ้ยา อย่างถูกต้องและแม่นยำ อาจใช้วิธีต่อไปนี้**

(๑) สอบถามประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือญาติ ทั้งชนิดของยา ขนาดยา วิถีทางให้ยา ความถี่ในการ ใช้ยา และเวลาที่ได้รับยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วย จากทุกแหล่งที่ได้รับยา

(๒) ขอคุยยาเดิมของผู้ป่วย (ถ้ามี) โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ หรือไม่ทราบรายละเอียด หากยานั้นเก็บ อยู่ที่บ้านขอให้ญาติผู้ป่วยนำมาให้ดูในวันรุ่งขึ้น

(๓) ทบทวนประวัติการใช้ยาใน OPD card หรือระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และทบทวนความ ถูกต้องของรายการยาที่รวมได้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

**๑.๓.๒ การตรวจสอบ (clarification) ให้มั่นใจว่า ชนิด ขนาด วิธีใช้ยาถูกต้อง**

**๑.๓.๓ การบันทึกรายการยาที่ผ่านการทบทวนความถูกต้องแล้วลงใน medication reconciliation form แบบฟอร์มดังกล่าวอาจมีหลายลักษณะ อาจใช้หรือไม่ขึ้นกับความเหมาะสมของสถานพยาบาลนั้นๆ แต่ควรให้ข้อมูลสรุปรายการยาดังกล่าวชัดเจนและสามารถแสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้มีโอกาสพิจารณาแล้วก่อนสั่ง ใช้ยา**

**๑.๔ วิธีปฏิบัติในการฝึกเฉพาะหรือสถานการณ์พิเศษต่าง**

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน หลักการและเหตุผล

ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication error) เป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกรอบวนการของการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา (Prescribing) การคัดลอกคำสั่งยา(Transcribing) การจ่ายยา(Dispensing) การบริหารยา(Administration) และการติดตามการใช้ยา(Monitoring) หรือแม้แต่การใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย(Compliance) โดยการสั่งใช้ยา เป็นจุดเริ่มต้นของระบบ หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจะสามารถส่งต่อความคลาดเคลื่อนนั้นไปจนถึงตัวผู้ป่วยได้ และพบว่าหากไม่มีการการดูแลระบบยาอย่างเหมาะสม อาจพบอัตราความคลาดเคลื่อนที่ถึงตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ตั้งแต่ร้อยละ ๑๐-๔๙ ของจำนวนครั้งที่มีการบริหารยา โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงที่มีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดสาเหตุหนึ่ง

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้มาก เนื่องจากหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง (ความสามารถที่จำกัดในการให้ข้อมูลทางยาของผู้ป่วยเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ การไม่สามารถบอกชื่อยา วิธีการกินยาที่ชัดเจนได้ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วยทำให้ได้รับยาที่ใช้ในการรักษาจำนวนมาก) จากบุคลากรทางการแพทย์ (ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยา การคัดลอกยา การจ่ายยา และการบริหารยา) และจากระบบการให้บริการทางสุขภาพ (การขาดการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลในการรักษาระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างสถานพยาบาล เช่น การได้รับยา หล่ายชนิดหลายแหล่ง จนเกิดความซ้ำซ้อนในการใช้ยา เป็นต้น) ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รับประทานยาผิดวิธีเนื่องจากไม่มีความเข้าใจในการใช้ยา หรือแม้กระทั่งการไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ ซึ่งส่งผลให้การรักษาไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมีรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบร่วมกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่มักเกิดขึ้นในขั้นตอนของการสั่งใช้ยา(ร้อยละ ๖๘) รองลงมาคือความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนการคัดลอกใบสั่งยา (ร้อยละ ๒๐)<sup>๗</sup>

การประสานรายการยา(Medication Reconciliation) จัดเป็นมาตรการหนึ่งที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า Medication reconciliation มีประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา และ Medication reconciliation ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบในรูปแบบทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล จัดเป็นอีกหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา ที่สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีในขั้นตอนรับผู้ป่วยใหม่ การส่งต่อผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในกระบวนการ Medication reconciliation พบร่วมกับช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้อีกด้วยหนึ่ง<sup>๘</sup>

ผลจากการบททวนความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๓ (๑ มกราคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓) มีอุบัติการณ์การเกิดค่อนข้างสูงในเรื่องความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา(Prescribing error) และความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา(Transcribing error) โดยเมื่อนำข้อมูลมาพิจารณาจะพบว่ามีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิต เก تمامากที่สุด และพบว่ามีการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ระดับ F คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป จำนวน ๒ ราย และระดับ E คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม จำนวน ๒ ราย ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาทั้ง ๒ ระดับ จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความร้ายแรง และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งพบว่ามีจำนวนผู้ช่วยตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน ๓ ราย คิดเป็นอัตราการผ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๐.๙๑ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีค่าเกินตัวชี้วัดอัตราการผ่าตัวตายสำเร็จที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๕ ต่อประชากรแสนคน โดยสาเหตุจากเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดทดลองอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาโดยการพัฒนารูปแบบการบันทึก Medication reconciliation ด้วยระบบคอมพิวเตอร์โดยการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโดยเรื่องของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขึ้น

เพื่อป้องกัน และลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลดอนเมด แดง จังหวัดอุบลราชธานี

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทก่อน และหลัง การใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๒. เพื่อพัฒนาระบบ Medication Reconciliation ของงานบริการผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาล ดอนเมดแดง

### เป้าหมาย

๑. ลด และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลดอนเมดแดง
๒. พัฒนาระบบ Medication Reconciliation ของงานบริการผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลดอนเมดแดง ให้สามารถสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือระหว่างสถานพยาบาลได้
๓. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ปลอดภัย และเหมาะสม

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษาผลการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลดอนเมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง(Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากใบสั่งยาผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ช่วงเวลา ๑ มกราคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ แยกเก็บข้อมูลเป็น ๒ ช่วง ได้แก่ ก่อนการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (๑ มกราคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓) และหลังการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (๑ มกราคม ๒๕๖๔ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔) ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้สติกเกอร์รายการยา ประกอบไปด้วย ชื่อ-เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลดอนเมดแดง ชื่อ-สกุล อายุของผู้ป่วย วันที่รับยา รายการยา ขนาดยา และวิธีการใช้ยา โดยใช้แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นแบบเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นรายเดือนบันทึกข้อมูลที่ประกอบไปด้วย วันที่บันทึกข้อมูล HN ชื่อ-สกุลผู้ป่วย คลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น บุคคลที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา บุคคลบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับคลาดเคลื่อนทางยา และระบุรายละเอียดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยสังเขป จากนั้นบันทึกรายละเอียดความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมดของงานบริการผู้ป่วยนอกลงในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาในแต่ละเดือน โดยได้ทำการตรวจสอบ แยกชนิดของความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเก็บข้อมูลด้านความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จำนวน และความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา รวบรวมข้อมูลบันทึกลงในโปรแกรม Microsoft Word เป็นรายปี และนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft excel ๒๐๑๓ และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปแบบ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา จากนั้นจึงได้สรุปผลการดำเนินงานเสนอต่อกองคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลของการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท พนว่า ช่วงก่อนการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท (๑ มกราคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓) มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นเฉลี่ยปีละ ๔ ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยาโรคจิตเภทเฉลี่ยปีละ ๖๘๙ ใน คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๕ เป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาจำนวน ๓๐ ครั้ง(ร้อยละ ๗๗.๗๓) ได้แก่ การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จำนวน ๒ ครั้ง การสั่งใช้ยาไม่ระบุจำนวน จำนวน ๗ ครั้ง การสั่งใช้ยาระบุชื่อยาผิด จำนวน ๕ ครั้ง การสั่งใช้ยาไม่ระบุจำนวน จำนวน ๕ ครั้ง การสั่งใช้ยาในขนาดมากเกินไป(Overdose) จำนวน ๒ ครั้ง การสั่งใช้ยาในขนาดน้อยเกินไป(Lowdose) จำนวน ๒ ครั้ง การไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำนวน ๓ ครั้ง และความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจำนวน ๑๑ ครั้ง(ร้อยละ ๒๖.๘๓) ได้แก่ การคัดลอกชื่อยาผิด จำนวน ๓ ครั้ง การคัดลอกความแรงผิด/ไม่ระบุความแรง จำนวน ๖ ครั้ง คัดลอกวิธีใช้ยาผิด จำนวน ๒ ครั้ง ช่วงหลังการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท(๑ มกราคม ๒๕๖๔ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔) มีความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นเฉลี่ยปีละ ๑๒ ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยาโรคจิตเภทเฉลี่ยปีละ ๗๗๒ ใน คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๑ เป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จำนวน ๑๐ ครั้ง(ร้อยละ ๘๓.๓๓) ได้แก่ การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จำนวน ๑ ครั้ง การสั่งใช้ยาไม่ระบุความแรง จำนวน ๕ ครั้ง การสั่งใช้ยาในขนาดน้อยเกินไป(Lowdose) จำนวน ๑ ครั้ง การไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำนวน ๑ ครั้ง และความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจำนวน ๒ ครั้ง (ร้อยละ ๑๖.๖๗) ได้แก่ คัดลอกวิธีใช้ยา จำนวน ๒ ครั้ง จะเห็นได้ว่าหลังจากการดำเนินการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ร้อยละ ๔.๔๔ ด้านผลของระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทจัดเป็น Category B คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความคลาดเคลื่อนนั้นไปไม่ถึงผู้ป่วยจำนวน ๓๗ ครั้ง(ร้อยละ ๙๐.๒๔) ระดับ E คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติมจำนวน ๒ ครั้ง(ร้อยละ ๕.๘๘) และระดับ F คือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยึดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไปจำนวน ๒ ครั้ง(ร้อยละ ๔.๘๘) โดยระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E และระดับ F จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความร้ายแรงต่อผู้ป่วย และหลังการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ส่งผลให้ลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาจัดเป็น Category B ทั้งหมด จำนวน ๑๒ ครั้ง(ร้อยละ ๑๐๐) อีกทั้ง ก่อนการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีจำนวนผู้ช่วยตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน ๓ ราย คิดเป็นอัตราการช่วยตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๐.๙๑ ต่อประชากรแสนคน หลังการใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีจำนวนผู้ช่วยตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน ๑ ราย คิดเป็นอัตราการช่วยตัวตายสำเร็จร้อยละ ๓.๖๔ ต่อประชากรแสนคน

### ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ .

การใช้สติกเกอร์รายการยาติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภททำให้สามารถลด และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลลดลงนิดเดียว และสามารถนำมารับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ได้รับยาเป็นจำนวนมากต่อไป อีกทั้งทำให้ทราบถึงประเภท และปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นอีกต่อไปในอนาคต

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษาผลของการใช้สติ๊กเกอร์รายการติดสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลตอนมดแดง ทำให้เกิดระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และพัฒนาการบริบาลทางเภสัชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าควรที่จะนำผลการศึกษาที่ได้เสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อหาแนวทางให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

## ๗. ความคุ้มค่าและข้อข้อในการดำเนินการ

๑. การเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องเป็นเภสัชกรในการดำเนินการทั้งหมด หากอยู่ในช่วงมีการทำงานที่รับเรื่องอาจทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมทั้งหมด และอาจส่งผลให้ข้อมูลตกหล่นได้

๒. การใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มาใช้ บางครั้งอาจเกิดปัญหากับโปรแกรมที่ใช้ หรือระบบคอมพิวเตอร์ได้ ทำให้อาจได้รับสติ๊กเกอร์รายการยาที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถจัดทำสติ๊กเกอร์รายการยาได้

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ต้องใช้ระยะเวลาในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยต่อคนมากขึ้น

๒. ต้องได้รับความร่วมมือจากทีมแพทย์สาขาชีพนี่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

๓. ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคจิตภาพอาจทำให้การสื่อสารลำบากในบางครั้ง

## ๙. ข้อเสนอแนะ

ความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสำคัญที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นจะต้องชี้แจงให้ทีมแพทย์สาขาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบถึงสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น และฝ่ายเภสัชกรรมฯ ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาข้อมูลมาวิเคราะห์ หาสาเหตุ และวางแผนทางแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาให้ครอบคลุม โดยพัฒนาทั้งวิธีการ ระบบ ต่างๆ เช่น การนำเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มาใช้ เพื่อแก้ปัญหาอ่านลายมือแพทย์ไม่ออก ลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน จะครอบคลุมการป้องกัน และลดความคลาดเคลื่อนทางยาทางด้านการสั่งยา และการถ่ายทอดคำสั่งการใช้ยา รวมไปถึงการหาวิธีการพัฒนาบุคลากรด้วยเช่นกัน

## ๑๐. การเผยแพร่องาน (ถ้ามี)

ไม่มี

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ณรงค์

( นางสาวนนกรณ์ วงศ์หมื่น )

เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) 23 / กันยายน / 2565

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ปูบังคับ

(นางประภารัง กองศรีมา)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 23 / กันยายน / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายวศรัณ วัฒนธีรากุร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 23 / กันยายน / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่หนือเขียนไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่หนือเขียนไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ  
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะราษฎร์  
- ๔ ต.ค. ๒๕๖๕

**แบบเสนอแนะคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการ)**

**๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้ป่วยที่ได้รับยา华律ฟารีน(Warfarin) คลินิก华律ฟารีน โรงพยาบาลต่อมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี**

**๒. หลักการและเหตุผล**

ยา华律ฟารีน (Warfarin) เป็นยาด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดกินที่ใช้ป้องกันการแข็งตัวของเลือด รวมไปถึงการเกิดลิ่มเลือดที่อาจไปอุดตันในหลอดเลือด เช่น การผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม (heart valve replacement) โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary thromboembolism) โรคหัวใจห้องบนสันหลัง (atrial fibrillation) อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยา华律ฟารีนในผู้ป่วยโรคลิ่มเลือดอุดตันยังมีปัญหาหลายประการ เนื่องจากยา华律ฟารีนเป็นยาที่มีดัชนีในการรักษา(therapeutic index)แคบ อีกทั้งยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ตัวอย่างเช่น ยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สมุนไพร อาหารเสริม ดังนั้นจึงต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคือค่า international normalized ratio (INR) เป็นค่าที่แสดงถึงการแข็งตัวของเลือดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในช่วงค่าที่กำหนด เพื่อให้ยาเกิดประสิทธิผล และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา<sup>๑๐๓</sup>

เนื่องจากโรงพยาบาลต่อมดแดงได้มีการจัดตั้งคลินิก华律ฟารีน (Warfarin Clinic) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพื่อให้สอดคล้องตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ ที่หน่วยบริการสุขภาพเขตที่ ๑๐ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสิทธิ์ได้มีการจัดตั้งเครือข่าย warfarin ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา华律ฟารีนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก华律ฟารีน (Warfarin Clinic) โรงพยาบาลต่อมดแดง จำนวน ๒๓ ราย ปัญหาที่พบในการดำเนินการคลินิก คือ ยังมีผู้ป่วยหลายคนมีค่า INR ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการรับประทานอาหาร ยา และสมุนไพรอื่นร่วมกับยา华律ฟารีน ภาระการเจ็บป่วยในโรคอื่นๆ และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับประทานยาได้ด้วยตนเองต้องพิงพาผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการคุ้มครองและให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยา华律ฟารีน (Warfarin) ในคลินิก华律ฟารีน โรงพยาบาลต่อมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองรักษาแบบองค์รวมโดยทีมสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับการรักษา ส่งผลให้ใช้ยา华律ฟารีนอย่างมีประสิทธิผล และลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่างๆจากการใช้ยา

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

คลินิก华律ฟารีน โรงพยาบาลต่อมดแดง ปัจจุบันมีผู้ป่วยในคลินิก华律ฟารีนทั้งสิ้น ๒๓ ราย ติดตามผลการดำเนินงานของคลินิกจากเดือนมกราคม-เดือนธันวาคม ๒๕๖๔ พบร้า จำนวนครั้ง(Visit) ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด ๒๖๔ ครั้ง มีจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ ๑๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๕๖ และในด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบทั้งสิ้น ๑๙ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๑ โดยเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุแล้วพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยกันทั้งในด้านของผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรค การรับประทานยา\_rักษาโรค การปฏิบัติในด้านต่าง เช่น การรับประทานอาหาร ยาหรือสมุนไพรอื่นๆ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และในด้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการที่ยังไม่มีระบบการคุ้มครองที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนจึงส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาขึ้นได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการดูแลและให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยา华华林(Warfarin) โดยการพัฒนาแบบฟอร์มการซักประวัติ ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ วิธีการรับประทานยา การลีบประทานยา ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารบางชนิดที่มีผลต่อยา การใช้สมุนไพรหรือยาสมุนไพร โดยการติดตามประสิทธิผลของยาด้วยผลทางห้องปฏิบัติการ (ค่า INR) ที่เป็นตัวบ่งบอกประสิทธิภาพในการรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จาก การใช้ยา เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและติดตามผลของการใช้ยา华华林 อีกทั้งยังเป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาตนของผู้ป่วยด้วย แต่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องความร่วมมือของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย จะต้องได้รับการซักประวัติจากทั้งพยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิก华华林ทำให้มีระยะเวลาการรอคอยในการพบแพทย์นานขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มาพบเภสัชกรประจำคลินิก华华林เพื่อทำการซักประวัติได้

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการรักษา

๒. ลด และป้องกันความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา华华林

๓. ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษาและสามารถดูแลตัวเองในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา华华林ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (target INR) เพิ่มขึ้น

๒. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๓. ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวร่วมกับการรับประทานยา华华林 เพิ่มมากขึ้น

(ลงชื่อ) ..... ลงนาม

( นางสาวธนกรณ์ วงศ์หมื่น )

เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๓ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน