



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้  
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่  
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป  
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์  
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓  
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ  
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๗  
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ  
ชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๔ ราย ดังนี้

<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑. นางเนตรนภา บุญนาพิศาน	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลบ้านไร่ กลุ่มงานการพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒. นางสาวปวีณา มณีวัลย์	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลลานสัก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ องค์กรรวม
๓. นายทองศักดิ์ โพธิ์ภู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลหนองยายตา

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก

ส่วนราชการ

๔. นายเมธี ยิ้มพะ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
(นักวิชาการสาธารณสุข)  
ระดับชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ตำบลหนองยาง

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ว่าที่ร้อยตรี



दनัย พิทักษ์อรณพ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางเนตรนภา บุญธนาพิศาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลบ้านไร่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	๑๕๙๙๙๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลบ้านไร่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	๑๕๙๙๙๘	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ		พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ		
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ : กรณีศึกษา ”
						ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี”
						รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
						๑๐๐ %

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่งานผู้ป่วยนอก ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านวิชาชีพการพยาบาล มีการใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก ต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ มีการนิเทศ แนะนำ ปรีกษา ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมงาน โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก พัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอกให้มีมาตรฐาน ปลอดภัย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่มีความสุข ให้บริการด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม เต็มใจให้บริการ เนื่องจากต้องให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวนมาก การให้ข้อมูล การสื่อสาร และการให้การพยาบาล จึงต้องมีมาตรฐานภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ และมีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพโดยไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

คลินิกโรคเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไร่ เริ่มให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ - ปัจจุบัน ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำหายของพยาบาลงานผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด คือ ยา Warfarin พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาลดลิ่มเลือดให้ครอบคลุม ตั้งแต่การซักประวัติทั่วไป ประวัติที่ต้องเฝ้าระวัง การประเมินสภาพทั่วไป การประเมินภาวะเลือดออกง่าย การตรวจร่างกายเบื้องต้น และการติดตามผลการตรวจค่าความแข็งตัวของเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ความรู้ สอนสุขศึกษา กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยที่กลับไปดูแลที่บ้านบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกง่าย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะข้อติดหรือเกิดแผลกดทับ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการตามมามากขึ้น ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ลดความพิการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคที่ดำเนินอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดสมอง สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือการอุดตันจากก้อนเลือดทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย จากการขาดออกซิเจนและอาหาร เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป มีผลทำให้ระบบประสาทสั่งการที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายสูญเสียไป แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ประกอบด้วย

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้ร้อยละ ๘๐ ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๑.๑ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

๑.๒ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณร้อยละ ๒๐ สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

๒.๑ โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

๒.๒ โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

**อาการของโรคหลอดเลือดสมอง**

โรคหลอดเลือดสมองมีอาการและอาการแสดงตามการเสียหายที่ของสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ได้แก่ อาการอ่อนแรงของแขนขา ระดับความรู้สึกตัวลง หรือรุนแรงไม่รู้สึกรู้สีกตัว ทั้งนี้ การรับรู้อาการเตือนสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำเข้ารับการรักษาทันทีทันที จะช่วยลดความรุนแรง และความพิการ รวมถึงการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาพบว่าอาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือด สมองโดยพิจารณาจากการเกิดอาการทันทีทันใด ได้แก่

(๑) การสูญเสียการทรงตัว หรือเวียนศีรษะ

(๒) ความผิดปกติของการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว มองไม่ชัดซึ่งมักเป็นที่ตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือการมองเห็นภาพซ้อน

(๓) ปากเบี้ยวมุมปากตกด้านใดด้านหนึ่ง

(๔) แขน ขา อ่อนแรง หรือขา ข้างใดข้างหนึ่ง

(๕) พูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่เข้าใจทันทีทันใด

(๖) ปวดศีรษะรุนแรง ร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความทันสมัย สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง อย่างไรก็ตามก็ยังมีหลงเหลือความพิการ ความผิดปกติทางด้านจิตใจ วิตกกังวล การดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล และมักพบว่าเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือมีแผลกดทับ มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการตามมา พยาบาลจึงมีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ให้กำลังใจให้ความรู้ คำแนะนำ กระตุ้นและการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย ควรได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑. ประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ในระยะแรก และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองโดยใช้มือข้างที่มีแรง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การแต่งตัว รับประทานอาหาร ลูกนั่ง ฝึกเดิน โดยมีญาติคอยดูแล

๔. สอนและสาธิตการฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ทั้ง Active exercise และ Passive exercise

๕. ประเมินที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม และปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับการหัดเดินที่บ้าน

๖. วางของใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้มือผู้ป่วยเพื่อสะดวกต่อการใช้งาน

๗. เผื่อระวังและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างสม่ำเสมอ

## ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ที่สุด ภายในระยะเวลา ๔.๕ ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีอาการ โดยยาที่ใช้รักษาอาการมีด้วยกันหลายกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) คือ ยาวาร์ฟาริน (Warfarin)

ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ชนิดรับประทานที่มีการใช้กันมาเป็นเวลานานตั้งแต่ในอดีต และยังคงเป็นยาหลักที่ใช้กันอยู่จนถึงปัจจุบัน ใช้เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซึ่งอาจไปอุดตันตามเส้นเลือดของร่างกาย เช่น ลิ้นหัวใจเทียม ปอด แขน ขา และโดยเฉพาะที่เส้นเลือดสมอง โดยแพทย์จะสั่งจ่ายยานี้ให้รับประทานเมื่อร่างกายมีการสร้างลิ่มเลือดที่ไม่พึงประสงค์ การทำงานของยาจะออกฤทธิ์โดยการรบกวนการทำงานของวิตามินเค ซึ่งเป็นวิตามินที่ช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้เลือดแข็งตัวช้าลง จากกระบวนการนี้จึงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดได้ นอกจากนี้ประโยชน์แล้ว ยาวาร์ฟาริน นี้ยังทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ เนื่องจากเป็นยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ อาจทำให้เกิดอาการเลือดออกผิดปกติ (Bleeding) หรือมีอาการลิ่มเลือดอุดตัน แล้วเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ วิตกกังวล การดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล และมักพบว่าเมื่อกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง หรือเกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ พยาบาลจึงมีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำ กระตุ้นและการชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ

### การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin)

๑. อธิบายเกี่ยวกับอาการ การรับประทานยา warfarin ตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ครบถ้วน และถูกต้อง
  ๒. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง ที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที เช่น เลือดกำเดา ไหลเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด
  ๓. ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ กระทบกระแทก พลัดตกหกล้มต่างๆ
  ๔. เลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ผัก หรือผลไม้ที่มีกากใยสูง เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
  ๕. ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้งก่อนรับประทานยา หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น อาหารเสริม
- สมุนไพร เพราะอาจมีปฏิกิริยาต่อยา warfarin

๖. การไปตรวจตามแพทย์นัดคลินิกวารฟารินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามค่า PT INR

### การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นหลักการอย่างหนึ่งที่น่าสนใจในการพัฒนาบุคคลในหลายสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลควรนำมาใช้เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยหรือ ผู้ใช้บริการ พยาบาลควรมีความเข้าใจปรัชญาของการสร้างพลังอำนาจและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางใน การจัดบริการสุขภาพหรือจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะ โรคหลอดเลือดสมอง การสร้างรูปแบบของการสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ จะต้องเป็นหลักปรัชญาของการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ผู้ใช้บริการต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ผู้ใช้บริการจะต้องมีความพร้อมและมีสถานการณ์ที่เหมาะสมในการสร้างพลังอำนาจ ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในด้านความเชื่อ ค่านิยม และความคาดหวังของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และมีความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย โดยกระบวนการการสร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การค้นหาปัญหา ๒) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ๓) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ และ ๔) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจในบริการ ตระหนักในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ในระยะยาว เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความสุข

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๑ ปี นั่งรถเข็น รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง ไม่มีข้อติด แขนขาด้วนขวามีแรงปกติ ไม่มีปากเบี้ยว พูดชัด แต่ช้าเป็นคำๆ ถามตอบรู้เรื่อง ระดับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living = ADL) ๘ คะแนน กำลังของแขนขา (Motor power) มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๓ รับประทานอาหารได้เอง ควบคุมการปัสสาวะอุจจาระเองได้ แต่ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอดเวลา เนื่องจากยังไปห้องน้ำไม่ไหว ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ผู้ป่วยยังยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ซึม ไม่ค่อยพูด ไม่ร่าเริง มีสามีและบุตรสาวเป็นผู้ดูแล แต่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินสภาพและบทบาทของพยาบาลที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง (Warfarin)

ครั้งที่ ๑ (วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นั่งรถเข็น แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง สีหน้าเฉยชา ไม่ยิ้มแย้ม ค่า PT ปกติ INR ต่ำกว่า ค่าเป้าหมาย ไม่มีภาวะเลือดออก ตรวจกำลังของแขนขา (Motor power) มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๓ ยังทรงตัวเองไม่ได้ เดินเซ

พยาบาลสร้างสัมพันธภาพและประเมิน ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อประเมินสภาพและค้นหาปัญหาของผู้ป่วย

ครั้งที่ ๒ (วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นั่งรถเข็น แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง สีหน้าเฉยชา ถามตอบเป็นคำๆ ค่า PT สูงกว่าค่าเป้าหมาย INR ปกติ ไม่มีภาวะเลือดออก ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๓ เริ่มยืนตรงได้ ยังมีอาการเดินเซเวลาก้าวขา

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหาปัญหา โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาของตนเอง มองเห็นสถานการณ์ของตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย และสภาพจิตใจ และยอมรับสถานการณ์ของตนเอง

ครั้งที่ ๓ (วันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นั่งรถเข็น แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง พูดคุยมากขึ้น อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวถูกต้อง แต่ปฏิบัติได้ไม่ครบ ค่า PT สูงกว่าค่าเป้าหมาย INR ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ไม่มีภาวะเลือดออก ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงแขนขาข้างซ้ายระดับ ๔ เริ่มยืนตรงได้ สามารถเดินก้าวขาได้ ๒-๓ ก้าวโดยใช้ไม้เท้า ๔ ขา

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๒ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และขั้นตอนที่ ๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ของตนเองที่ผ่านมา ทั้งข้อดีข้อเสีย และให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อสามารถตัดสินใจและเลือกแนวทางการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง

ครั้งที่ ๔ (วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นั่งรถเข็น แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง สีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น พูดคุยเป็นกันเองมากขึ้น ค่า PT INR สูงกว่าค่าเป้าหมาย ไม่มีภาวะเลือดออก ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๔ ยืนตรงได้ สามารถเดินก้าวขาได้ ๖-๗ ก้าวโดยใช้ไม้เท้า ๔ ขา

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง ติดตามผลการตัดสินใจเลือกแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ครั้งที่ ๕ (วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นั่งรถเข็น แขนขาด้วนซ้ายอ่อนแรง สามารถสาธิตทำบริหารกล้ามเนื้อที่ผู้ป่วยทำอยู่ได้ ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๔ ยืนตรงได้ เดินได้โดยใช้ไม้เท้า ๔ ขา ค่า PT สูง

กว่าค่าเป้าหมาย INR ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ไม่มีภาวะเลือดออก ชักประวัติการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยลืมนรับประทานยา Warfarin ๓ mg ๐.๕ เม็ด ก่อนนอน วันเสาร์ แพทย์ให้รับประทานยาในขนาดเท่าเดิม เน้นให้รับประทานยาตามแผนการรักษา นัดติดตามอาการ ๑ เดือน

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ครั้งที่ ๖ (วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) :

ปัญหาที่พบคือ นักรถเข็น แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๔ ยืนตรงได้ ก้าวขาเองได้ ๒-๓ ก้าว โดยไม่ใช้ไม้เท้า ค่า PT สูงกว่าค่าเป้าหมาย INR ปกติ ไม่มีภาวะเลือดออก ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ครั้งที่ ๗ (วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗) :

ปัญหาที่พบคือ นักรถเข็น แขนขาข้างซ้ายมีกำลังมากขึ้น ตรวจ Motor power มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายระดับ ๔ เดินรอบเตียงนอนได้โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า ๔ ขา แต่ถ้าเดินในห้องยังต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุง ยิ้มแย้ม พูดทักทายมากขึ้น ค่า PT สูงกว่าค่าเป้าหมาย INR ปกติ ไม่มีภาวะเลือดออก

พยาบาลใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ชื่นชม และให้กำลังใจเพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

#### ๑. ด้านร่างกาย

- ๑.๑ กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง
- ๑.๒ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากซ้ำจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ๑.๓ พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง
- ๑.๔ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

#### ๒. ด้านจิตใจ

- ๒.๑ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

#### ๓. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

- ๓.๑ ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ

#### ๔. ด้านจิตวิญญาณ

- ๔.๑ ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมในสังคม

#### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ การค้นคว้าเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสร้างเสริมพลังอำนาจ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๒ คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับการรักษา ระหว่างปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ราย สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวกับผู้ป่วย ขออนุญาตในการเป็นกรณีศึกษา



๔.๒.๓ การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยใช้แนวคิด ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนและปฏิบัติ การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลโดยกระบวนการพยาบาลร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจและแอปพลิเคชันไลน์ ขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไร่ จำนวน ๗ ครั้ง ระหว่างวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด ๖ เดือน

๔.๒.๔ จัดทำรายงานการพยาบาลกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ และเผยแพร่

#### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อพัฒนาแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด

๔.๓.๒ เพื่อนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๔.๓.๓ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### ๔.๔ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยหญิงไทยวัย ๕๑ ปี อาการสำคัญ คือ มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการแขนขาอ่อนแรงและรับยาด้านการแข็งตัวของเลือด ต่อเนื่อง มีประวัติหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน (superior venous sinus thrombosis) รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด คือ Warfarin เคยเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะ (Hematuria) และภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage : IVH) ส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้าย ระดับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living - ADL) ๘ คะแนน แพทย์ให้หยุดรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง มีการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) มาประยุกต์กับกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย ภายหลังเข้ารับการรักษายาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกง่ายย่ำ อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เดินได้โดยใช้ไม้เท้า ระดับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นเป็น ๑๑ คะแนน ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดย่ำ เนื่องจากการได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และมีการประสานงานเพื่อการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการเตรียมการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นระบบจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันภาวะเลือดออกง่ายหยุดย่ำ และพฤติกรรมที่ถูกต้อง นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน

##### ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ จำนวน ๑ ราย ระยะ เวลาตั้งแต่วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาในการดูแล ๖ เดือน

## ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

- ๕.๒.๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๕.๒.๒. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง
- ๕.๒.๓. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน เพื่อการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ๕.๒.๔. มีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ การบริหารการพยาบาล พัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลและพัฒนางานบริการพยาบาล โดยการนำมาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกในเรื่อง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- ๖.๒ ด้านบริการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพ
- ๖.๓ ด้านการศึกษา ใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรทางการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และผู้ที่สนใจ

## ๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

- ๗.๑ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) พยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ด้านการพยาบาล เทคนิคการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลายด้านทั้งวิชาการและทักษะทางสังคม และสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครบทุกมิติ
- ๗.๒ ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนหลายปัญหา คือ แขนขาอ่อนแรง เคยมีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากแล้ว ๒ ครั้ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้เกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในการดำเนินชีวิตเนื่องจากสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกเป็นภาระไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจ จึงเป็นหลักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีกำลังใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม
- ๗.๓ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีทักษะในการใช้งานแอปพลิเคชันและเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลาเพื่อสามารถให้คำปรึกษาได้ทันที

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ๘.๑ ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ
- ๘.๒ ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

## ๙. ข้อเสนอแนะ

- ๙.๑ ควรมีการพัฒนาการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายบุคคลในผู้ป่วยที่มารับบริการ และวางแผนการพยาบาลให้การดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย (Individual care plan)
- ๙.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่า ๑๒ คะแนน ควรได้รับการดูแลสุขภาพจาก Long term care โดยมี Care giver ลงเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือต่อเนื่อง และพยาบาลชุมชนควรพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
- ๙.๓ ควรมีการแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่นำแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

๑๖. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงาน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดย  
ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ : กรณีศึกษา ในการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานคุณภาพ  
โรงพยาบาลอุทัยธานี เขตสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ในวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมภักย์โยทัย  
โรงพยาบาลอุทัยธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางเนตรนภา บุญธนาพิศาน สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางเนตรนภา บุญธนาพิศาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๗ / มี.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเนตรนภา บุญธนาพิศาน	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ธีรดา อภิลักษณ์ รักษาการ

(ทนายอรรถสิทธิ์ อภิลักษณ์ รักษาการ

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๗ / มี.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายวิชาญ แป้นทอง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่

(วันที่) ๒๗ / มี.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดจัดการรายการณี และแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ด้านการสื่อสาร ความหมาย ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ ข้อมูลสถิติจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในประเทศไทย อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับ ๓๒๘,๐๐, ๓๓๐,๒๒ และ ๓๓๐,๗๒ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ เป็นร้อยละ ๑๐.๓๕, ๑๑.๐๐ และ ๑๐.๙๒ ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๖) โดยไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๓ อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการป้องกันโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ภาวะความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ทั้งนี้ความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด อาจเกิดการอุดตันหรือแตก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดภายในสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการที่แตกต่างกันไป ในผู้รอดชีวิตซึ่งต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลตลอดวิถีการดูแลนับตั้งแต่ระยะเกิดโรคจนถึงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทิ้งร่องรอยของความพิการไว้กับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ขณะเดียวกันผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ

การพยาบาลแบบการจัดการรายการณี เป็นวิธีการให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นรายบุคคลโดยวิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงตามความแตกต่างของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพของการดูแลให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึง การลดความซ้ำซ้อนของขั้นตอน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วย เช่น การควบคุมความรุนแรงของโรค การลดภาวะแทรกซ้อน และ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

อีกทั้งในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาประเทศ เข้าสู่ยุคไทยแลนด์ ๔.๐ ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมในด้านสุขภาพก็มีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากมาย จึงทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องตอบสนองนโยบายนำไปสู่การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพ (Health ๔.๐) ดังนั้นพยาบาลงานผู้ป่วยนอก สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ที่ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้ สามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างสะดวก รวดเร็วในรูปแบบข้อความ รูปภาพ คลิปวีวีโอ โดยมีการ

เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆให้ผู้ป่วยใช้งานได้อย่างสะดวกสบาย เช่น แบบประเมินภาวะเลือดออกง่าย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสุขภาพจิต เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วย เพื่อสามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำ แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๒๐ เตียง จากข้อมูลสถิติการมารับบริการผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน ๑๒๔, ๑๐๗ และ ๑๗๐ รายตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ร้อยละ ๐, ๒.๓๐ และ ๓.๓๔ ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๒. เพื่อใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์/แนวความคิด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ โดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย โดยกระบวนการจัดการดูแลประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ ๑) Assessment การประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมทุกด้าน แบบองค์รวม (Holistic care)

ขั้นตอนที่ ๒) Planning การวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสม คุ่มค่า โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเร็วที่สุดและภายในกรอบเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนที่ ๓) Facilitation การติดตามกำกับ ประสานงาน และสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก้ไขปัญหาและโดยการประสานความร่วมมือทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิและเป็นผู้ประสานประโยชน์แก่ทุกฝ่ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ ๔) Advocacy การประเมินผลการปฏิบัติทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยกำหนดตัวชี้วัดให้เหมาะสม และติดตามการบรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ซึ่งการดำเนินการจัดการรายกรณีที่ดีนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องมีความรู้ ทักษะ และบทบาทที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทสำคัญของผู้จัดการรายกรณีได้แก่ การจัดการ (manager), สื่อสาร (communicator), ร่วมมือ (collaborator), ชี้แนะ (navigator), พิทักษ์สิทธิ (advocator) และมีอาชีพ (professional) ดังนั้นการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้มีทักษะที่พร้อมในการดำเนินบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป โดยมีการเพิ่มช่องทางการติดต่อระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ซึ่งมีความสะดวก รวดเร็วในรูปแบบข้อความ รูปภาพ คลิปวีดีโอ สามารถสอบถามปัญหาสุขภาพ และตอบคำถามโดยทีมสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆให้ผู้ป่วยใช้งานได้อย่างสะดวกสบาย

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ดังนี้

๑. การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคสำคัญ สถิติ/ตัวชี้วัด และผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาแนวทางการดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดการจัดการรายกรณี และ แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

๓. ประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

๔. การจัดประชุมชี้แจงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ อธิบายเกี่ยวกับ กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงาน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นต้น

๕. ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม (Focus group) จำนวน ๕ ครั้ง และดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการการจัดการรายกรณี โดยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไร่

๖. การติดตามอาการ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการส่งความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ เมื่อผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจากการส่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากรูปภาพหรือวิดีโอที่ผู้ป่วยส่งกลับมาให้

๗. การดูแลต่อเนื่อง โดยการประสานงานทีมเยี่ยมบ้านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

๘. ส่งเสริมการตามตรวจตามนัด โดยการแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

๙. สรุปผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี และแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาพัฒนาและปรับปรุง

๓.๒ ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ควรมีระบบการส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน เป็นต้น

๒. ไม่สามารถนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ต

๓. ในระยะเริ่มแรกของการดำเนินกิจกรรม การติดตามการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้การตอบข้อซักถามหรือการแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยล่าช้า

๓.๓ แนวทางแก้ไข

๑. การประสานงานเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อช่วยเหลือการเข้าถึงเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ต

๒. มีการมอบหมายหน้าที่ผู้ดูแลระบบแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดแคคานท์ (Admin) เพื่อทำหน้าที่ติดตามการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างสม่ำเสมอ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดแคคานท์ที่มีคุณภาพ

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นแนวทางเดียวกัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๓. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการรายกรณีและแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดแคคานท์ ไปใช้ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่

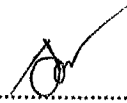
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๕๐

๒. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพระยะกลางตามเกณฑ์ผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ ๖๐

๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง น้อยกว่าร้อยละ ๕

(ลงชื่อ) .....



(นางเนตรนภา บุญธนาพิศาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวปวีณา มณีวัลย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลลานสัก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลลานสัก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
		พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ	๘๙๗๔๗	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๙๗๔๗	เลื่อนระดับ
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ”
						ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลานสัก”
						รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
						๑๐๐ %



**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

- ๑. เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา
- ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน เมษายน - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
- ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราวิชาการ ปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อที่เป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยได้ศึกษาค้นคว้าในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ๓.๓ แนวคิดครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน
- ๓.๔ การใช้กระบวนการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
- ๓.๕ งานวิจัย และกรณีศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร กรณีศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเพราะมีการเสียสมดุลของการใช้น้ำตาลในเลือดที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพิการหรือเสียชีวิต สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, ๒๐๑๗) ปัญหาของโรคเบาหวานไม่เพียงแต่พบผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นเท่านั้นแต่สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการควบคุม จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงซึ่งอาจมีผลต่อการเพิ่มภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างมาก ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการ และตายก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดปัญหาที่เท้า และภาวะแทรกซ้อนทางตา (ชาติรี แมตลี, ๒๕๖๔)

**โรคเบาหวาน**

- ๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
  - ๑.๑ ความหมาย

American Diabetes Association (๒๐๑๗) ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่เกิดจากร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการทำงานบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน ปัจจุบัน International Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes ได้กำหนดให้ใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๖ ชั่วโมง สูงกว่า ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นข้อวินิจฉัยว่า โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ซับซ้อน และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ด้วยกลยุทธ์ที่ประกอบด้วยหลายปัจจัยในการลดความเสี่ยงนอกเหนือจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังต้องจัดการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองการสนับสนุนต่างๆ ลดและป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและในระยะยาว

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (๒๕๖๐) ได้ให้ความหมายว่าโรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับผิดปกติ ใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลที่สูงกว่า ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังจากอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงหรือหลังรับประทานอาหารแล้วไม่เกิน ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในร่างกายสูง ซึ่งอาจจะเป็นผลจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือผลิตเพียงพอแต่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประสาท และหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ และจอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อมในหลอดเลือดขนาดเล็ก และโรคเกี่ยวกับ

เส้นเลือดส่วนปลาย (แผลเบาหวานที่เท้า)

เบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จากความบกพร่องของระบบเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตซึ่งต้องอาศัยฮอร์โมนอินซูลินแต่ร่างกายมีไม่เพียงพอ ซึ่งต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลายในการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันหลอดเลือดถูกทำลายที่อาจนำไปสู่สภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะยาวได้ (ชาติรี แมตลี, ๒๕๖๔)

#### ๑.๒ อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อยรับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ ระดับน้ำตาลในเลือดที่เวลาใดๆ มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร ๖ - ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระหว่างใช้ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) จากการใช้น้ำตาลกลูโคสละลายน้ำ

#### ๑.๓ การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มีดังนี้

๑.๓.๑ มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน (ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย น้ำหนักลด) หรือมีประวัติติดเชื่อบริเวณทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอด หรือผิวหนัง โดยเฉพาะจากเชื้อรา

๑.๓.๒ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร ๖ - ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose:FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๑.๓.๓ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะไม่อดอาหาร (Plasma Glucose) หรือเจาะ Capillary Blood Glucose) โดยใช้ DTX มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๑.๓.๔ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม นาน ๒ ชั่วโมง (OGTT) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับโรงพยาบาลลานสัก ใช้การวินิจฉัยโรค จากระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร ๖ - ๘ ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

#### ๑.๔ ประเภทของโรคเบาหวาน

๑.๔.๑ โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ หรือเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลิน (Type ๑ Diabetes or Insulin - Dependent Diabetes Mellitus: IDDM) จากการที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลาย มีผลให้ขาดฮอร์โมนอินซูลิน การรักษาต้องให้ฮอร์โมนอินซูลินโดยการฉีดอินซูลินหรือใช้อินซูลินปั๊มพบมากในวัยเด็กหรือวัยรุ่น บางครั้งอาจพบในทุกช่วงอายุได้ โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ นี้ พบได้ประมาณ ร้อยละ ๕ - ๑๐ ของโรคเบาหวานทั้งหมด

๑.๔.๒ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Type ๒ Diabetes Or Non - Insulin - Dependent Diabetes Mellitus: NIDDM) เกิดจากการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบมากในวัยผู้ใหญ่ และพบมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุมากขึ้น มีภาวะอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติเป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ Impaired Glucose Metabolism ไม่ค่อยออกกำลังกาย พบน้อยในเด็ก และวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ นี้ พบได้ ร้อยละ ๙๐ - ๙๕ ของโรคเบาหวานทั้งหมด และพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลลานสัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดระบบบริการบุคลากรสุขภาพในผู้ป่วยชนิดนี้

๑.๔.๓ โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) โดยทั่วไปแล้วโรคเบาหวานชนิดนี้วินิจฉัยโรคในหญิงตั้งครรภ์ และอาการของโรคจะหายไปหลังจากคลอดแล้ว พบมากในผู้หญิงอ้วน และผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดนี้จะรักษาให้ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในบุตร มีการรายงาน ว่า ร้อยละ ๕ - ๑๐ ของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้ประมาณ ร้อยละ ๒๐ - ๒๕ หลังคลอด

๑.๕ การรักษา

การรักษาโรคเบาหวานมีหลายวิธีดังนี้

๑.๕.๑ ตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมกับอายุ และสภาวะของผู้ป่วย

๑.๕.๒ แนะนำอาหาร และการออกกำลังกายให้เหมาะสม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) หมายถึง การรับประทานอาหาร ตามหลักโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

๑.๕.๓ ให้ความรู้โรคเบาหวานที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และครอบครัว

๑.๕.๔ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

๑.๖ เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายนี้ จะทำให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เรื้อรัง

๑.๖.๑ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เท่ากับ ๗๐ - ๑๑๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๑.๖.๒ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร ๒ ชั่วโมง น้อยกว่า ๑๔๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๑.๖.๓ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร น้อยกว่า ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๑.๖.๔ น้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า ๗ เปอร์เซ็นต์

๑.๗ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะ ถ้าควบคุมโรคไม่ดี ระดับน้ำตาลสูงในเลือดเป็นเวลานานจะทำลายเส้นเลือดแดงฝอยขนาดเล็กในไตและเส้นประสาท ซึ่งเรียกรวมเป็น โรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก(Micro Vascular Complications) นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดผลเสียต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ เรียกรวมว่า โรคแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macro Vascular Complications) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิด และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดต่างๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น ๒ เท่า นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและฟัน โรคติดเชื้อ โรคมะเร็ง และโรคซึมเศร้า (The Emerging Risk Factors Collaboration, ๒๐๑๒) การรักษาโรคเบาหวานนั้น นอกจากรักษาให้ผู้ป่วยไม่มีอาการจากโรคแล้ว ยังต้องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แบ่งเป็น ๒ ชนิด ได้แก่

๑.๗.๑ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute Diabetic Complications) ได้แก่ Diabetic Ketoacidosis, Nonketotic Hyperosmolar Coma, and Lactic Acidosis)

๑.๗.๒ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic Diabetic Complications) แบ่งเป็น ๓ ชนิด ได้แก่

๑) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macro Vascular Complication) ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease)

๒) โรคเกี่ยวกับเส้นเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) เป็นสาเหตุให้เกิดแผล

ที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

๓) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ต้อกระจก และเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Peripheral Neuropathy)

๒. แนวคิดที่ใช้ในการจัดบริการในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแทบทั้งหมดเป็นการดูแลในโรงพยาบาลต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ในลักษณะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ หลายแห่งมีการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคลินิกเบาหวาน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยส่วนใหญ่มีการนำองค์ประกอบด้านต่างๆ ของ (Chronic Care Model : CCM) เป็นแนวทางการพัฒนา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease :NCD) ให้มีคุณภาพโดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง (Integrated Chronic Care Model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกระบวนการในการทำงาน ได้แก่ การให้การวินิจฉัย และลงทะเบียน ประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ บริการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค การพัฒนาองค์ประกอบด้านต่างๆ ของรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ได้แก่

๒.๑ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self - Management Support) โดยการจัดทำโครงการหรือกิจกรรม เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

๒.๒ ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information System) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางคลินิกเพื่อช่วยสนับสนุนแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพการบริการ

๒.๓ การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) มีการพัฒนา แนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับจังหวัด และโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของประเทศ

๒.๔ นโยบาย และทรัพยากรของชุมชน (Community Resources and Policy) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง ให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการจัดทำยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยลดปัญหา และส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่

๒.๕ การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) ปัจจุบันระบบการให้บริการผู้ป่วยแบ่งเป็น ๓ ระดับ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) คือ

๒.๕.๑ ระดับปฐมภูมิ ดำเนินการในการประเมิน และจำแนกประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของกิจกรรมหรือโครงการ

๒.๕.๒ ระดับทุติยภูมิ มีเป้าหมายในการค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและป้องกัน ชะลอระยะการดำเนินโรคการดำเนินงานในปัจจุบัน ยังยึดหลักในการตั้งรับให้การรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก

๒.๕.๓ ระดับตติยภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ป้องกันความพิการจากโรค

#### สถานการณ์ปัญหาการจัดบริการพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้สูงอายุในประเทศไทยต่างๆ ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวน ๙๖๒ ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ ๑๓ ของประชากรทั้งหมดของโลก ซึ่งมีจำนวน ประมาณ ๗,๕๕๐ ล้านคน สำหรับประชากรของอาเซียน มีผู้สูงอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีประเทศสมาชิก ๓ ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ มีประชากรอายุ ๖๐ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๐ ประเทศไทยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๗ และประเทศเวียดนาม มีประชากรอายุ ๖๐ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๑ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ ๖๕.๕ ล้านคนในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประมาณ ๑๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๗ ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียง ร้อยละ ๐.๔ ต่อปี ในปัจจุบันประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ ๕ ต่อปี ประชากรอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ ๖ ต่อปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๐)

#### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา และสำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป (World Health Organization, ๒๐๑๙)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๒)

ผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ ๖๐ - ๗๔ ปี ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ ๗๕ - ๘๔ ปี ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ ๘๕ ปีขึ้นไป (Naja, Din Makhlouf & Chehab, ๒๐๑๗) การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายนอกซึ่งเป็นสิ่งแรกที่สามารถสังเกตได้จากการมองเห็น ถัดมาคือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองไม่เห็นหรือการเปลี่ยนแปลงอวัยวะภายในต่างๆสุดท้าย คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๑) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายภายนอก สามารถสังเกตได้ด้วยตาเปล่า เช่น บริเวณผิวหนังนั้นจะขาดความยืดหยุ่น ทำให้ผิวหนังผู้สูงอายุเกิดความหย่อนคล้อย ผิวแห้งลอกเป็นขุย ทำให้เกิดมีอาการคัน ผิวแพ้ได้ง่าย

มีสีผิวไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้บริเวณเส้นผมมีผมหงอกขาวและขาดหลุดร่วงง่าย บริเวณเล็บมือเล็บเท้าจะแห้งเปราะฉีกขาดง่ายหรือบริเวณโครงกระดูกแต่สังเกตจากภายนอก เช่น บริเวณไหล่และหลังโดยไหล่ของผู้สูงอายุจะมีลักษณะงุ้มงอ หลังโค้งบริเวณตามักจะสายตายาว อาจจะมีต่อกระดูกหรือต่อหิน ปัญหาการได้ยินไม่ชัดเจนเนื่องจากประสาทหูเสื่อม โดยริมฝีปากมักแห้งและลอกง่าย ฟันโยกแตกง่าย จนทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไปเป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายภายในเช่น ประสิทธิภาพการทำงานหัวใจลดลง ชั้นไขมันหนาขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนแอลง กระดูกบางลงข้อต่อและเส้นเอ็นยึดหยุ่นน้อยลง การขยายตัวของปอดและหลอดลมมีความยืดหยุ่นน้อยลง ย่อยอาหารได้ช้าลง การบีบตัวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น โรคหัวใจ โรคไขมัน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๐)

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๓)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

การพึ่งพิงนั้นอาจมีทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (Activity Daily Living: ADL) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Bathel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย ๑๐ กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได ๑ ชั้น เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการด้านการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มี (อัญชัชฐรรุ ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, ๒๕๖๐)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕ - ๑๑ คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL ๐ - ๔ คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

**นโยบายระบบการดูแลระยะยาว**

ปี ๒๕๕๙ ต่อเนื่องมาจนถึงปี ๒๕๖๑ รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น รัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณรายหัวปกติ จำนวน ๖๐๐ ล้านบาท ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตามชุดสิทธิประโยชน์และมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว โดยระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศิวพร ชุ่มเย็น, ๒๕๖๕)

การเข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทและแนวทางในการบริหารจัดการระบบจัดบริการ ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

๑. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และจัดทำเป็นฐานข้อมูลรวมทั้งนำข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน แบ่งออกเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

๒. จัดให้มีผู้จัดการ ระบบดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ คณะอนุกรรมการ การดูแลระยะยาวหรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล

๓. จัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล

๔. ติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคลโดยผู้จัดการระบบร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรายงานผลต่อ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### แนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

การดูแลโดยบ้านและชุมชนเป็นฐาน (Home and Community Based Care) แต่อย่างไรก็ตาม World Health Organization ก็ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ที่ว่าผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่างเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน และมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับบุคลากรสุขภาพ (Health Professional) ด้วย (Aantjes, Wuinla, & Bunders, ๒๐๑๔)

การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน หมายถึง กระบวนการวิธีการต่างๆ ที่ให้และกระทำร่วมกันในผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีต่างๆ ในบริบทชุมชน ทั้งในด้านกาย ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว การดำรงชีวิต กิจกรรมทางจิตสังคม อารมณ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นบ้าน นับว่ามีความสำคัญต่อบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง องค์กร และชุมชน ซึ่งสามารถจำแนกได้ ดังนี้

๑. ต่อผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เกิดการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยรวมเป็นสมาชิกของชุมชน และครอบครัวเพื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องตลอดจน ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาภาวะแทรกซ้อน

๒. ต่อครอบครัว และผู้ดูแล การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน จะทำให้เกิดการร่วมกันดูแลครอบครัวอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และส่งเสริมทัศนคติที่ดีช่วยให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย ช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น อำนวยความสะดวกในการส่งผู้ป่วยรับการรักษาและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นประจำปี ทั้งยังลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยการให้คำแนะนำการดูแลที่บ้าน และได้เสริมพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. ต่อชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานจะช่วยเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ให้ชุมชนสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เอื้อให้มีการจัดตั้งการดูแลระยะยาว และบริการอื่นๆ ในชุมชน มีการส่งเสริมการระดมทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น กระทั่งช่วยกันนำชุมชนร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการต่อสู้กับโรคเบาหวาน

และสนับสนุนให้บริการเพิ่มเติม

๔. ต่อบรรณสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นบ้านที่ีจะช่วยเหลือลดความต้องการในระบบสุขภาพ ขยายความรับผิดชอบในการดูแลและสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และช่วยสร้างการเชื่อมต่อการแนะนำระหว่างระบบสุขภาพที่เป็นทางการและชุมชน ในการป้องกันและดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นหัวใจหลักในการปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนภายใต้แนวคิดนี้ การใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นหลักในการปฏิบัติงานจะต้องอาศัยคน ทรัพยากรในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข ป้องกันปัญหา การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน การให้ชุมชนเรียนรู้ปัญหาของชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว (World Health Organization, ๒๐๐๒) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยหรือผู้มีโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของเขาเอง ตามบริบท และบรรทัดฐานของชุมชน โดยให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคนในชุมชนได้นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในชุมชน ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

**สรุปสาระสำคัญ**

**หลักการและเหตุผล**

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>(๒)</sup> ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพด้วย สำหรับประเทศไทยนั้น พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการผู้ป่วยนอก ๘,๗๐๒ ต่อประชากรแสนคน ค่ารักษาเฉลี่ย ๑,๑๗๒ บาทต่อราย ผู้ป่วยใน ๘๔๕ ต่อประชากรแสนคน (๑,๔๖๓ ราย/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย ๑๐,๒๑๗ บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น ๓,๘๘๔ ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยเบาหวาน ๓ ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ ๔๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง การขาดรายได้จากการทำงาน ความทุกข์ทรมาน เป็นต้น ซึ่งย่อมส่งผลไปถึงครอบครัวชุมชนรวมถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๐)

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่นอนติดเตียงที่บ้านเป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีความยากลำบากต่อการเข้าไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้โดยตรง เนื่องจากมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายอาจต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการช่วยเหลือติดตัวกลับไปดูแลที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการดูแลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องอาศัยครอบครัวร่วมด้วย เพื่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้ควบคุมโรคที่ตนเป็นอยู่ได้ผลสูงสุด แนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (ชาติรี แมตลี, ๒๕๖๔) เน้นการดูแลผู้ป่วยหรือผู้มีโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของเขาเอง ตามบริบทและบรรทัดฐานของชุมชน โดยเน้นไปที่บทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคนในชุมชน

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลานสักรับผิดชอบ ๖ ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลลานสัก ๘ หมู่บ้าน เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการรับส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้การช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้านจากสถิติปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในอำเภอลานสัก จำนวน ๕๔ คน ๖๓ คน และ๘๘ คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว ร้อยละ ๖๐ เป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ ๕๐ มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๖) ซึ่งส่วนใหญ่สภาพปัญหาที่พบจากการติดตามดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังมีประสบการณ์ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่มาก ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นในการช่วยเหลือดูแลตนเองและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ควบคุมโรคไม่ให้เกิดการลุกลามหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับอาการและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ตลอดจนการรักษาโรค

เบื้องต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่ดี หรือหายจากโรค นอกจากนี้ต้องมีการประสานหน่วยงานต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

เนื่องจากกิจกรรมการดูแลการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป นอกจากนี้การนอนบนเตียง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๑) ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญอยู่ประการหนึ่งคือ ผู้ที่ให้การดูแลยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ อีกทั้งการบริการรักษาพยาบาลที่บ้านจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พบว่ารูปแบบการดูแลยังไม่เฉพาะเจาะจง ยังเน้นการให้บริการตามสภาพอาการของแต่ละราย ทั้งนี้หากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว อาจส่งผลทำให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณคดีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้หากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว อาจส่งผลทำให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญอยู่ประการหนึ่งคือ ผู้ที่ให้การดูแลยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ อีกทั้ง ยังพบว่าความครอบคลุม และการเชื่อมต่อของบริการยังมีปัญหา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถเดินทางมาเพื่อรับบริการที่สถานพยาบาลได้ แม้จะมีบริการรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการ แต่ก็ยังเป็นกิจกรรมการดูแลในลักษณะตามปัญหาเฉพาะแต่ละราย ตามมาตรฐานการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ ทั้งนี้หากมีแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง (พิศมัย บุติมาลัย, ๒๕๖๑)

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาล เพิ่มขีดความสามารถการพยาบาลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้ อีกทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษา ทบทวน วิเคราะห์ กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

๒. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

#### ขั้นตอนดำเนินการ

๑. ศึกษาข้อมูล ทบทวนเวชระเบียน และปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม ๓ ผู้ป่วยติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ ๐-๔ คะแนน และเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กรณีศึกษาเลือกมาจากตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานสัก

๒. ขอความยินยอมผู้ป่วย และญาติเพื่อทำการศึกษา รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย

๓. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรมศึกษาจากตำราเกี่ยวกับ การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

๔. รวบรวมข้อมูลศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยประวัติจากผู้ป่วยและญาติ

๕. นำข้อมูลที่ได้ของกรณีศึกษาทั้งหมด มาทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์กระบวนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

๖. นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกรณีศึกษา



เป้าหมายของงาน

- ๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๒. พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำไปเป็นแนวการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย ๘๒ ปี สถานภาพหม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภูมิลำเนา อยู่ในเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

อาการสำคัญ : ใช้สูง ซึม หายใจเหนื่อยหอบ ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : ๑ เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลมือซ้ายกระแทกกับประตูรถยนต์ มีแผลที่หลังมือซ้าย บวมแดง ๑ วัน ใช้สูง ซึม หายใจเหนื่อยหอบ แพทย์ผู้ทำการรักษาให้นอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานสัก หลังจากนอนเตียงในโรงพยาบาลได้เพียง ๒ ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการ ซึม หายใจเหนื่อยมากขึ้น อุณหภูมิ ๓๘.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๓๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๕/๕๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๘๕ เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลอุทัยธานีด้วยสาเหตุมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Respiratory Failure) ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นระยะเวลา ๑ เดือน อาการทุเลาจึงได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยใส่ NG Tube For Feeding BD: feed (๑:๑) ๒๐๐ ml วันละ ๔ มื้อ Retained Foley's Catheter มีแผลกดทับระดับ ๓ บริเวณกระดูกสะโพกด้านขวา ระดับ ๒ บริเวณหลังมือซ้ายและบริเวณปุ่มกระดูกสะโพกด้านขวา ภายหลังจากอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยคงที่ แพทย์ผู้ทำการรักษาได้พิจารณาให้ทีมสหวิชาชีพร่วมกันการวางแผนจำหน่าย เพื่อวางแผนในการดูแลต่อที่บ้าน และผู้ศึกษาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลต่อที่บ้าน

ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลลานสักอยู่ ๑๐ วัน อาการทุเลาแพทย์จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนัดมาพบแพทย์อีก ๒ สัปดาห์ ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลอยู่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อทำการวางแผนจำหน่าย โดยประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติในการที่จะติดตามดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านยาที่ได้รับ ASA (๘๑ mg) ๑ เม็ดวันละ ๑ ครั้งหลังอาหารเช้า Atorvastatin (๔๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Furosemide (๔๐ mg) ครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้า Hydralazine (๕๐ mg) ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน Eren Barnidipine (๒๐ mg) ๑ เม็ดวันละ ๑ ครั้งหลังอาหารเช้า Sertraline (๕๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Clonazepam (๒mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Trazodone (๕๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Ativan (๐.๕ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๗๘ มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC = ๗,๙๓๐ cell/uL FBS = ๑๓๒ mg% HbA1C = ๖.๑ % พบผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง ระดับที่ ๓ โดยดูจากค่า Creatinine ที่สูงกว่าปกติ ๑.๔๗ mg/dL และค่า eGFR = ๓๗.๒ mg/dLเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เดิมเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ค่าคะแนน ADL คือ ๑๔ คะแนน ๖ เดือน ทกล้มเริ่มภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ADL เหลือ ๐ คะแนน ๑ เดือน และมีแผลกดทับทั้งหมด ๓ จุด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีประวัติป่วยด้วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมากกว่า ๑๐ ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลานสัก

ประวัติแพ้ยา: ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นบางครั้ง

การตรวจร่างกาย: อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๗๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๔๒ กิโลกรัม สูง ๑๕๘ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = ๑๖.๘๒

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: WBC = ๗,๙๓๐ cell/uL FBS = ๑๓๒ mg% HbA1C = ๖.๑ % Creatinine = ๑.๔๗ mg/dL และค่า eGFR = ๓๗.๒ mg/dL

การรักษา: ASA (๘๑ mg) ๑ เม็ดวันละ ๑ ครั้งหลังอาหารเช้า Atorvastatin (๔๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Furosemide (๔๐ mg) ครั้งเม็ดหลังอาหารเช้า Hydralazine (๕๐ mg) ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Barnidipine (๒๐ mg) ๑ เม็ดวันละ ๑ ครั้งหลังอาหารเช้า Sertraline (๕๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Clonazepam (๒ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Trazodone (๕๐ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน Ativan (๐.๕ mg) ๑ เม็ดก่อนนอน

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

๑. แผลกดทับ (Pressure Injury) เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตนเองลดลง
๒. เกิดภาวะพร่องโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้
๓. ผู้ป่วยมีภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง จากพยาธิสภาพของโรค และไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

๔. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย

๕. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

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

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ กรณีศึกษา การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จำนวน ๑ เรื่อง

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ จากการศึกษา และการกรณีศึกษา การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งที่บ้านได้รับการดูแลในการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของเขาเอง ตามบริบทและบรรทัดฐานของชุมชน โดยให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคนในชุมชน

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ด้านการบริการพยาบาล บุคลากรสุขภาพสามารถนำการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ไปใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม นำไปทบทวนโอกาสพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

๖.๒ ด้านการศึกษา ผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำการศึกษาค้นคว้าของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟุ้งฟุ้งที่บ้านรายนี้จัดอยู่ในกลุ่มภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ซึ่งประเมิน ADL เท่ากับ ๐ มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมี มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยคนเดียว และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ แผลกดทับ ระดับ ๓ บริเวณปุ่มกระดูกกระเบนเหน็บซีกขวา ระดับ ๒ บริเวณหลังมือซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกสะโพกด้านขวา จากปัญหาในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการจัดการดูแลได้ทั้งหมด และอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาคนในชุมชน ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ผู้ศึกษาได้เยี่ยมผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่นอนรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยในและร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแล พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาวประเมินการรับรู้ และการยอมรับต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ๑) พร้อมให้คำแนะนำการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล ความจำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การทำกายภาพ การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการที่ผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน โทร ๑๖๖๙ มีนักโภชนาการมาสอนวิธีทำอาหารทางสายยาง นักกายภาพบำบัดมาสาธิต และฝึกกายภาพบำบัด พยาบาลมาสอน และฝึกทำแผลกดทับในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และประเมินก่อนกลับบ้าน ๒) เตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย วางแผนกับครอบครัว ผู้ป่วย ได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีห้องอยู่ชั้นล่างเป็นสัดส่วน มีการระบายอากาศที่ดี จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดการเกิด

การติดเชื่อ ๓) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai Continuum of Care (Thai COC) เพื่อประสานการดูแลร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างครอบคลุม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ๔) นัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ๕) ประสานทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน ประสานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เทศบาล เพื่อวางแผนในดูแลตามบทบาทต่อไป

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต้องการการดูแลหลากหลายทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ระบบดูแลผู้สูงอายุยังกระจุกกระจายอยู่หลายที่หรือหลายหน่วยราชการและเอกชน ขาดการประสานงานระหว่างภาคีต่างๆ รวมทั้งคนในบ้าน ในชุมชน และภาคีนอกชุมชน การดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกวิธีและไม่ทันเวลา เป็นอันตรายต่อชีวิต คุณภาพชีวิต และศักยภาพผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลให้มีความเข้าใจสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ และด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และบริบทของพื้นที่ พยาบาลจะต้องสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมในแต่ละรายกรณีผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมจากสหวิชาชีพ และกรณีศึกษารายนี้ยังคงมีปัญหาให้วิเคราะห์ต่อเนื่อง โดยกรณีศึกษานี้ ภาวะพึ่งพิงในทุกมิติ มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนและมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ความรู้เรื่องการดูแลไม่เพียงพอ ทำให้มีความวิตกกังวลในเรื่องการดูแล เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาว ดังนั้น การให้การพยาบาลครอบครัว และการมีส่วนร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเจ็บป่วยเรื้อรังมีประสิทธิภาพดีขึ้น

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

##### ด้านการบริหาร

๑. ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารกับครอบครัว การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ลงเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ควรมีการประสานงานร่วมกับชุมชน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำชุมชนในการเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการด้านสุขภาพ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากสภาพการมีภาวะพึ่งพิง

๓. พยาบาลในงานบริการปฐมภูมิต้องทำงานเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้และศาสตร์ทางการแพทย์ ผสมผสานในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญในการบริการปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ การธำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

##### ด้านบริการ

๑. พยาบาลในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ ร่วมกับสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ตั้งแต่การค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัญหาจนกระทั่งประเมินผลการดูแลในสภาพความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตนั้น มีความซับซ้อนเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน จึงต้องมีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับวิถีชีวิต สามารถปรับเปลี่ยน วิธีการให้เหมาะสมจากผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชน

๒. พยาบาลนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาท หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ตามความเฉพาะเจาะจงตามวิถีชีวิตและบริบท เน้นด้านจิตใจ ความผูกพันของครอบครัว โดยมีสถานบริการเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมด้านความรู้วิชาการ กิจกรรม และบริการอย่างเชื่อมโยง

๓. นำเทคโนโลยีสารสนเทศทางการสื่อสาร เช่น Application Line โปรแกรม Thai Continuum of Care (Thai COC) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว และเกิดประสิทธิภาพในการประสานการบริการร่วมกันแบบเครือข่าย

ด้านวิชาการ

ผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำการศึกษาค้นคว้าของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและ นักศึกษาพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานวิชาการผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวปวีณา มณีวัลย์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ๑๖๐๕

(นางสาวปวีณา มณีวัลย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๔ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปวีณา มณีวัลย์	๑๖๐๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ๑๖๐๕

(นางเนาวรัตน์ ตันโพธิ์ธรรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๔ / เมษายน / ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) ..... ๑๖๐๕

(นายโชคราชัน ชัยฤกษ์สุขสันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสัก

(วันที่) ๔ / เมษายน / ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลานสัก

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๐ ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ (Office of the National Economic and Social Development Council, ๒๐๑๖) กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จนทำให้เกิดพยาธิสภาพสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านร่างกาย และจิตใจนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้น National Statistical Office (๒๐๑๗) กล่าวว่า จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยเหลือกว่า ๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องด้วย ปัจจุบันศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอย จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบาย ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยยึดหลัก ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน National Health Security Office (NHSO) (๒๐๑๖) มีการวางระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเสมอภาคในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาการที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ (Nakgul, ๒๐๑๘; Boonleart, Promarak & Taewpea, ๒๐๑๖) ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานบริการชุมชนและครอบครัว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลลานสัก รับผิดชอบ ๖ ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลลานสัก ๘ หมู่บ้าน เป็นหน่วยงาน ที่มีบทบาทในการรับส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้การช่วยเหลือต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในอำเภอลานสัก จำนวน ๕๔ คน, ๖๓ คน และ ๙๘ คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว ร้อยละ ๖๐ เป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ ๕๐ มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๖) ดังนั้น ภายในพื้นที่ได้มีการสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพโดย โรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้านตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ และในปี ๒๕๕๙ เริ่มมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยบูรณาการ การดูแลร่วมกันทุกภาคส่วนในชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่ก็ยังพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชน ยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่

จึงไม่ได้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลลานสักตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ดังนี้ ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ ๖๕, ๗๔ และ ๗๕ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านคิดเป็นร้อยละ ๗, ๖ และ ๖.๘ ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคปอดบวมและมีการนอนพักรักษาตัวซ้ำจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

#### แนวความคิด

การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (๒๐๑๔) ที่กล่าวไว้ว่า การดูแลต่อเนื่องเป็นกระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ศึกษาใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพด้านการวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การติดตาม (Check) และการปรับปรุง (Act) โดยมีการดำเนินการดังนี้

#### กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan)

๑. ศึกษาข้อมูลปัญหาและสาเหตุผู้ป่วยสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาพร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสมตามบริบท และปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของทีมพัฒนารูปแบบ
๓. นำเสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสมสอดคล้อง

กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยกระบวนการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกัน

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการดูแลตั้งแต่การประเมินปัญหาการดูแลทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยการปรับและสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ การดูแลให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online เพื่อเกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงปัญหาการดูแลของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับ จากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลก่อนกลับบ้านโดยเจ้าหน้าที่ (Continuing of Case : COC) ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจัดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประเมินปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ และการโทรศัพท์สอบถามเมื่อมีปัญหาการดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ ๒ การส่งต่อ มีการส่งต่อผู้ป่วยผ่าน Home Health Care Online เชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องประสานผู้ป่วย ส่งต่อทางโทรศัพท์ซ้ำอีกครั้งหลังผู้ป่วยจำหน่าย และมีช่องทางสำหรับการเข้าถึง และรับบริการในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

ขั้นตอนที่ ๓ การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการออกบัตรนัดที่มีสัญลักษณ์ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นสัญลักษณ์ การติดตามมารับบริการตามนัดหลังจำหน่าย ๒ สัปดาห์ และเพื่อเป็นช่องทางในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการในสถานบริการ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และมีการติดตามทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ก่อนถึงวันนัด ๑ - ๒ วัน เพื่อกระตุ้นเตือนการมารับบริการตามนัด

**กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) ประเมินผลโดย**

ประเมินผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบ ได้แก่ ๑) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ๓) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act)**

ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการดำเนินงาน รูปแบบการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลลานสัก ให้ผู้บริหารและทีมปฏิบัติรับทราบถ้ายังไม่บรรลุเป้าหมายจะมีการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและแก้ไขตามวงล้อ PDCA ต่อไป

**๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่องตอบสนองความต้องการ การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้นโยบายการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ

**๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ) ..... **ปวีณา** .....

(นางสาวปวีณา มณีวัลย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๔/ เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายทองศักดิ์ โพธิ์ภู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลหนองยายดา		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลหนองยายดา		
		ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ	๘๙๘๕๘	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๙๘๕๘	เลื่อนระดับ
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี”				๙๐ %
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี”				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน ๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานครั้งนี้ ประกอบด้วย

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

๓.๒ ความรู้ ความชำนาญงานเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓.๓ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

๓.๔ ความชำนาญงานและความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

๓.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก ๔ ใน ๕ เป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคไม่ได้ (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๐) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๐ พบประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพียงร้อยละ ๑๔.๑๔ ซึ่งแสดงว่าอีกร้อยละ ๘๕.๘๖ เป็นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และจากการรายงานของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สูงถึงร้อยละ ๔๕ ของประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure)  $\geq 140$  mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure)  $\geq 90$  mmHg โดยเกณฑ์ของการบ่งบอกว่าไม่สามารถควบคุมความดันได้นั้น แบ่งเป็น ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวและมีระดับความดันโลหิต (blood pressure; BP)  $> 140/90$  mmHg และผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus with Hypertension) มี BP  $> 130/80$  mmHg อย่างน้อย ๒ ครั้งติดต่อกันในรอบ ๖ เดือน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา สำหรับการเกิดขึ้นของภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ค่อยๆเกิดความผิดปกติขึ้นทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง หัวใจ ไต และ ตา โดยผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น ๓ เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น ๖ เท่าและมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเพิ่มขึ้น ๗ เท่า และจากการรายงานสุขภาพของสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุปี ๒๕๖๐ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๑๔ ได้แก่ โรคไตร้อยละ ๖, หลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ ๔ และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔ (กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๐) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน

ได้มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติ ๓-๕ เท่า (จันทร์จิรา สีสว่างและคณะ, ๒๕๕๙) ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตได้จึงต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถในการใช้ทักษะในการจัดการภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) โดยใช้ทักษะความสามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้รับความร่วมมือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพเพื่อมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ประกอบไปด้วยการจัดการตนเอง ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) การจัดการตนเองด้านการแพทย์ หรือด้านการรักษา (Medical management) ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ๒) การจัดการตนเองด้านการปรับพฤติกรรม หรือ บทบาท (Behavioral or Role management) เป็นการควบคุมปรับเปลี่ยนสร้างพฤติกรรมบทบาทชีวิตใหม่ ๆ โดยจะต้องประยุกต์การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของโรคความดันโลหิตสูงให้เข้ากับสถานการณ์วิถีชีวิตของตนเอง และ ๓) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Emotion management) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาจเจอกับภาวะเครียด ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต้องเข้ารับการรักษาและพบแพทย์บ่อยครั้งจึงอาจเผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งการเรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์จึงเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการตนเอง

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๘) เป็นทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยทักษะทั้ง ๖ ทักษะได้แก่ ๑) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) ๒) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Understanding skill) ๓) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ๔) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ๕) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ ๖) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) (Nutbeam, ๒๐๐๘) ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะทั้ง ๖ ทักษะ เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง ๖ ทักษะเป็นสิ่งสำคัญและยั่งยืน หากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่จะทำให้ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการความเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและเข้าใจความรู้/ข่าวสารทางสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพและสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๘) โดยมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด ซึ่งในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเน้นการส่งเสริมทักษะทั้ง ๖ ทักษะของความรู้ด้านสุขภาพโดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียดร่วมกับมีการฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุฝึกสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มีการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้สื่อที่น่าเชื่อถือได้ มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมถึงมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง ๖ ทักษะ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการอภิปรายร่วมกันเป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและมีการติดต่อกับบุคลากรด้านสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะสืบค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลให้นำไปสู่การเกิดกระบวนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้นทั้ง ๓ ด้านได้แก่ การจัดการตนเองด้านการแพทย์ การจัดการตนเองด้านบทบาทและการจัดการตนเองด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นทั้งในด้านการแพทย์ ด้านการปรับพฤติกรรมหรือบทบาทและด้านอารมณ์

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้จากอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๔๗๓, ๔๗๘ และ ๕๐๓ คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา, ๒๕๖๗)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

#### ๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

##### ๔.๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

##### ๔.๒.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

##### ๔.๓ ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest-posttest design) คือ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๗

##### ๔.๔ วิธีการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดาซึ่งผู้วิจัยวัดเอง มีค่ามากกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดาซึ่งผู้วิจัยวัดเอง มีค่ามากกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มประชากรโดยโปรแกรม G\*power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ๐.๐๕ อาศัยอำนาจการทำนาย (power) ที่ ๐.๘๐ และคำนวณกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการศึกษาของ ชัยณรงค์ บุรัตน์ และคณะ (๒๕๖๓) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ ๐.๘๒ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๑๙ คนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามเกณฑ์ (attrition rate) เพิ่มในอัตราร้อยละ ๒๐ โดยคำนวณจากสูตร (อรุณ จิรวินน์กุล, ๒๕๕๘)

โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาดังรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

๑. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๗) ที่ประกอบด้วยคำถาม ๑๐ ข้อ ต้องได้คะแนน ๑๒ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน

๒. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เพอร์ (Pfeiffer, ๑๙๗๕) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (๒๕๖๑) โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๘ คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน

๓. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

๔. ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตได้

๕. มีความสมัครใจ เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

๖. มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ของสุวิดา ลิ้มเริ่มสกุลและคณะ (๒๕๖๔) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่า ๔๐.๘ คะแนน โดยมีคะแนนรวมเต็ม ๖๘ คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

๑. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มากกว่า ๑๘๐ mmHg และระดับความดันไดแอสโตลิก (DBP) มากกว่า ๑๑๐ mmHg และ/หรืออยู่ในภาวะวิกฤตของโรค

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

๑. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD)

๒. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด(มากกว่า ๒ ครั้ง)

๔.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

๔.๕.๑ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจาก ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่ประกอบด้วย

(๑) แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, ๒๐๐๘) มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง ๖ ทักษะคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลา ๘ สัปดาห์

(๒) คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด

(๓) สื่อให้ความรู้ในรูปแบบ Power Point Presentation เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด

#### ๔.๕.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

๑) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวนคำถาม ๒๖ ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ๕ ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ๗ ข้อ ด้านการรับประทานยา ๗ ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ ๓ ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ๔ ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ จาก ๑-๔ โดย ๑ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ๒ หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง ๓ หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ ๔ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวม ๑๐๔ คะแนน อยู่ในช่วงคะแนน ๒๖ - ๑๐๔ คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยแบ่งคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ๒๖.๐๐ - ๕๒.๐๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ๕๒.๐๑ - ๗๙.๐๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และ ๗๙.๐๑ - ๑๐๔.๐๐ คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยส่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ได้แก่ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ๑ ท่าน ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง ๑ ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง ๑ ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา  $CVI = .๘๑$

๒. ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐ ราย นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ  $.๙๑$

#### ๔.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จังหวัดอุทัยธานี

๒. เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

๓. เชิญชวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับการรักษาด้วยการใช้ยา โดยดำเนินการแจกเอกสารประกาศเชิญชวนประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการวิจัย

๔. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยจากการจับสลากสุ่ม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๒๔ คน และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

๕. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างเห็นชอบที่จะเข้าร่วมวิจัย ก็ให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย

๖. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน โดยกลุ่มทดลอง ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ ๑-๘ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๗. ในสัปดาห์ที่ ๙ นัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

#### ๔.๗ การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation [S.D.])

๒. วิเคราะห์เปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test)

๓. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕

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

##### ๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๒. กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

##### ๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่รับผิดชอบได้เป็นอย่างดี สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

### ๖.๑ ด้านบริหาร

สามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและกำหนดเป็นนโยบายสำหรับสถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งกำหนดเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๖.๒ ด้านบริการ

ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมทักษะในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลมีแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐาน และสามารถประยุกต์ใช้การป้องกันและแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้ต่อไป

### ๖.๓ ด้านวิชาการ

ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลได้มีการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่พบในพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดเป็นความชำนาญงาน ทักษะ และความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องออกแบบขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติการเป็นอย่างดี ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีลักษณะพยาธิสภาพของโรคแบบค่อยเป็นค่อยๆ มีลักษณะอาการแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำแนกลักษณะของโรคได้ยาก ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง จำเป็นจะต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการจำแนกและวิเคราะห์ผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งต้องประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงานกับกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจเพื่อเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในเรื่องการจดจำ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ค่อนข้างช้า มีความตระหนักในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อย ให้ความสนใจในเรื่องการดำรงชีพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม มากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลทำให้ความสนใจ ตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ค่อนข้างน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ และเกิดความตระหนักในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

## ๙. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่นำไปโปรแกรมไปใช้ ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ จัดทำคู่มือสำหรับวิทยากรสำหรับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งมีการซักซ้อมความเข้าใจ และฝึกซ้อมเป็นอย่างดี เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญในการจัดกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่เป็นกลุ่มทดลอง เกิดความเชื่อมั่น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดี ส่งผลทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

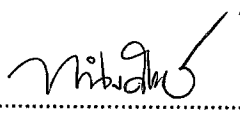
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ ถ้าผลงานเสร็จแล้ว จะจัดทำเป็น Manuscript เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร และ/หรือเว็บไซต์ที่มีมาตรฐานที่กำหนดไว้

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑. นายทงศักดิ์ โพธิ์ภู่ สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐
๒. นางมาณวิกา กุลณี สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

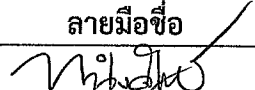
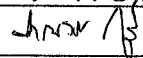
(นายทงศักดิ์ โพธิ์ภู่)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๙ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายทงศักดิ์ โพธิ์ภู่	
นางมาณวิกา กุลณี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

( นายชเวท วรหะ )

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอทัพทัน

(วันที่) ๙ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(..... นายประพันธ์ กาญจนตชัย .....) (.....)

(ตำแหน่ง) ..... **ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ** .....

(วันที่) ..... ๙ / เม.๕. / ..... ๖๗ .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่มีแรงดันของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงสูง โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหรือแรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหรือแรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มวัยสูงอายุจะเกิดความแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม การควบคุมอาหาร ความเครียดเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ไขมันอุดตันหรือโรคอ้วน (Unger, Borghi, Charchar, Khan, Poulter, Prabhakaran et al, ๒๐๒๐) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Whelton, Carey, Aronow, Casey, Collins, Himmelstorf et al, ๒๐๑๘) หากผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคเรื้อรังด้วยตนเองในอนาคตต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ขอประเมินได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมและในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๓.๑ บทวิเคราะห์

๓.๑.๑ สถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จากรายงานความชุกของโรคเรื้อรังพบอัตราการเพิ่มตามอายุ แล้วยังพบว่า อัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุมากที่สุด ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกแล้วยังพบว่าเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ประมาณ ๑.๑๓ พันล้านคน เพิ่มจาก ๕๙๔ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ (Zhou, Bentham, Cesare, Bixby, Danaei, Cowan et al, ๒๐๑๗) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพทั่วโลก พบว่า ข้อมูลสถิติของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗ พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๑.๗ และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๔๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๑ แล้วยังพบว่าเป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๗๔.๕ (Ostchega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, ๒๐๒๐) และในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในบุคคลที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีในประเทศจีน ร้อยละ ๕๓.๒ (Zhang, Qiu, Zheng, Zang, & Zhao, ๒๐๒๐) สำหรับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๕.๔ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, ๒๕๖๓) เพิ่มขึ้นจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราความชุก ร้อยละ ๒๔.๗ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร และคณะ, ๒๕๕๙)

แล้วยังพบว่า อัตราความชุกของโรคเพิ่มตามอายุ กล่าวคือ ช่วงอายุ ๑๕ -๒๙ ปี ร้อยละ ๓.๓ แล้วเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ พบว่า มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ช่วงอายุ ๓๐ -๔๔ ปี ร้อยละ ๑๓.๑ ช่วงอายุ ๔๕ -๕๙ ปี ร้อยละ ๒๗.๒ ช่วงอายุ ๖๐ -๖๙ ปี ร้อยละ ๕๕.๐ ช่วงอายุ ๗๐ -๗๙ ปี ร้อยละ ๖๗.๒ และช่วงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๗๖.๘ ของประชากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อกัน และการขาดเจ็บในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อมูลประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจัดแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ ๕๕ -๖๔ ปี ร้อยละ ๒๘.๗ ช่วงอายุ ๖๕ -๗๔ ปี ร้อยละ ๓๙ และช่วงอายุ ๗๕ -๗๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๑ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรมากกว่า ๔๙๔,๘๗๓ คน อีกทั้งยังพบรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ -๒๕๖๒ พบว่า อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๑, ๗๐.๐ และ ๗๓.๖ ตามลำดับของประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑-๒๕๖๓)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากในวัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ (Musini, Tejani, Bassett, Pui, & Wright, ๒๐๑๙) ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระบวนการชราภาพ (Aging Process) ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจึงทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว หรือ Systolic Blood Pressure (SBP) ของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาสูงขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke Volume) เพิ่มมากขึ้น และแรงดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้นประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันและโซเดียมสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ความหยาบคายสูง เป็นต้น จากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับกระบวนการชราภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมดังกล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตในที่สุด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) อีกทั้งหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เช่น หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังของหัวใจหนาตัว แล้วหากไม่เข้ารับการรักษาย่างถูกวิธี ผนังของหัวใจจะยืดออก เกิดภาวะหัวใจโต และหัวใจวายนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก เป็นอัมพาตหรืออาจเสียชีวิตได้ หากเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม เลือดอาจไปเลี้ยงบริเวณไตไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดของไตเสื่อมทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะไตวายได้ (Ferri, Ferri, & Desideri, ๒๐๑๗) ส่วนผลกระทบทางตา ทำให้หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมลงอย่างช้า ๆ เกิดเลือดออกบริเวณจอตา ประสาทตาเสื่อมลง ตามัวหรือตาบอดในที่สุด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) หากไม่สามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากโรคร่วมแล้วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงทางด้านร่างกาย ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ ๑๓.๑ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๗ และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๓.๙ ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) ในผู้สูงอายุนั้นเมื่อทราบแล้วว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามมา (Ugwu, Onyedibe, & Chukwuorji, ๒๐๒๐) ซึ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายแล้วอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคมน้อยลง โดยเฉพาะในบางรายที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น อาจส่งผลกระทบต่อเรื่องค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เมื่อเทียบจากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มวัยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (รุ่งทิวา ชันธมุล และ สมจิต แคนสีแก้ว, ๒๕๖๐) ซึ่งเป็นผลจากการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแล้วสามารถจัดการตนเองได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ๆ (Flack & Adekola, ๒๐๒๐) ซึ่งเป้าหมายของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป คือ มีค่าระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่า ๑๓๐ มิลลิเมตรปรอท และค่าระดับความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า ๗๙ มิลลิเมตรปรอท โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นวิธีการรักษามาตรฐาน แบ่งออกเป็น ๒ วิธี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) กล่าวคือ ๑. การรักษาแบบไม่มีการใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ได้แก่ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การลดน้ำหนักของกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การหมั่นออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การงดสูบบุหรี่ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ๒) การรักษาแบบมีการใช้ยา โดยทั่วไปยาลดความดันโลหิตสูงที่สำคัญมีอยู่ ๕ กลุ่มหลัก กล่าวคือ ๑. Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) ๒. Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ๓. Beta-blockers ๔. Calcium-channel Blockers (CCBs) และ ๕. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics Drugs) (James, Oparil, Carter, Cusham, Dennison-Himmelfarb, Handler et al, ๒๐๑๔) ซึ่งการรักษาแบบใช้ยาพิจารณาจากปัจจัยหลัก ๔ ประการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น และการประเมินอวัยวะต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจากโรคความดันโลหิตสูง (Target Organ Damage : TOD) จะเห็นได้ว่า การรักษาแบบใช้ยาจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตร่วมด้วยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากได้รับการรักษาแบบใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เฉพาะตอนใช้ยารักษาเท่านั้น หากหยุดรับประทานยาแล้วยังคงดำเนินชีวิตแบบเดิม ระดับความดันโลหิตจะกลับมาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับแผนการรักษาจะส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, ๒๐๒๐)

### ๓.๒ แนวความคิด

ผู้ขอประเมินได้ศึกษาทบทวนแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการจัดทำแบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานเรื่อง แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ๓.๒.๑ ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการนิยามความหมายของการจัดการตนเองไว้อย่างหลากหลาย กล่าวคือ การจัดการตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Browder & Shapiro, ๑๙๘๕) หรือการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพร่วมกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงิน และเงื่อนไขทางสังคม (Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski, & Anderson, ๑๙๙๑) อีกทั้งการจัดการตนเอง หมายถึง ขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตนเองเกี่ยวกับกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การคัดเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผล และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การกระทำ และปฏิกริยาการตอบสนองต่อตนเอง ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการจัดการความผิดปกติของพวกเขาได้ และสามารถเป็นส่วนหนึ่งร่วมกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง หรือ ความผิดปกติ (Creer, ๒๐๐๐) หรือ การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย ๑. การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหาร และการมาตรวจตามนัด ๒. การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และ ๓. การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, ๒๐๐๓)

### ๓.๒.๒ องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

องค์ประกอบของการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) ซึ่งการที่บุคคลถูกรบกวนด้วยโรค และเกิดการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การจัดการตนเองจะมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการจัดการในด้านต่าง ๆ ทั้ง ๓ ด้าน คือ

๑. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) เป็นการจัดการพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง โดยบุคคลต้องกำหนดการรักษาร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ วางแผนการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแบบแผนการรักษา

๒. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับรู้ และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นแล้วสามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

๓. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) เป็นการเรียนรู้สำหรับการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง หรือ ความเครียด ซึ่งพบได้ทั่วไปจากบุคคลที่มีภาวะเรื้อรังของโรค เนื่องจากโรคเรื้อรังหากเป็นแล้วผู้ป่วยจะต้องอยู่ร่วมกับโรคนั้น และต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต เมื่อต้องเผชิญอยู่กับโรคเรื้อรัง อาจส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าได้

การจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง ต้องอาศัยทักษะหลักของการจัดการตนเอง ๖ ทักษะ คือ

๑. การแก้ปัญหา (Problem Solving) เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองควรมุ่งเน้นถึงความตระหนักรู้ และปัญหาจากโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงเป็นหัวใจหลักของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการจัดการตนเอง การศึกษาเรียนรู้เฉพาะโรคเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาแต่จำเป็นต้องสอนทักษะในการแก้ปัญหาพื้นฐานที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังของโรคร่วมด้วย

๒. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในการกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคเพื่อนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

๓. การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ (Resource Utilization) การช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งภายในชุมชน และภายนอกชุมชน เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การใช้ห้องสมุด การค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง

๔. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Forming of Patient / Health Care Provider Partnership) โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจะเข้ามาสร้างบทบาทในการสอน และแนะนำผู้ป่วยให้เกิดความสามารถในการเลือก และจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภายใต้ภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และสามารถบอกเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

๕. การวางแผนการปฏิบัติ (Action Planning) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การวางแผน การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๖. การปรับทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการเกิดพฤติกรรมจัดการอย่างเหมาะสมต่อตัวบุคคล วัฒนธรรม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท ในด้านนี้ที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีการวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทักษะที่ช่วยให้นำความรู้ที่นำมาปรับปรุง และพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านช่องทางต่าง ๆ แล้วจึงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคลส่งผลให้เกิดการจัดการตนเอง ทั้ง ๓ ด้าน คือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด อันส่งผลไปสู่การจัดการตนเองในการดูแล และปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

### ๓.๓ ข้อเสนอ

ผู้ขอประเมินได้ทำการศึกษาทบทวนสถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี และแนวคิดการจัดการตนเอง ขอเสนอ “แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี” โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลหนองยายตา อำเภอกั๊กทัน จังหวัดอุทัยธานี

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงย่อมมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมถึงในผู้สูงอายุด้วยกัน โดยวัยสูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายอาจมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และดำรงบทบาทของตนเองที่แตกต่างกัน ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น กระบวนการชราภาพ (Aging Process) ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินของโรค ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลภายในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ การสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการจัดการตนเองที่ครอบคลุมทั้ง ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านที่ ๑ การจัดการด้านการรักษา ด้านที่ ๒ การจัดการบทบาท และด้านที่ ๓ การจัดการด้านอารมณ์ (Alvarez, Torres, Artola, Epelde, Arranz, & Marrugat, ๒๐๒๐) โดยมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้ (Lorig & Holman, ๒๐๐๓) กล่าวคือ

๑. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย การไปตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๒. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการกับบทบาท สถานะ และอาชีพ เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย แล้วผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตร่วมกับกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการเข้ามาตรวจตามนัดตรงเวลา นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Lorig & Holman, ๒๐๐๓)

๓. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ ผู้สูงอายุจะเกิดความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ มากกว่าเดิม ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังที่เป็น การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักรู้ และเข้าใจถึงความเป็นไปของโรคความดันโลหิตสูง มีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถวางแผนรับมือกับผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง คลายความเครียด และเยียวยาสภาวะจิตใจได้จากการจัดการตนเอง (รุ่งทิพา ชันธมูล และ สมจิต แคนสีแก้ว, ๒๕๖๐)

การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดย่อมต้องอาศัยทักษะในการจัดการตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถออกแบบ และตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวในการจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ร่วมด้วยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

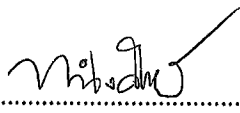
๔.๑ เชิงปริมาณ: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

๔.๒ เชิงคุณภาพ: มีรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๕.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี มีรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ ตำบลหนองยายดา อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ลงชื่อ) ..... 

( นายทองศักดิ์ โพธิ์สุ )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๙ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/๒๐๑๖/news/hot-news-detail.php?id=๑๓๕๐๗&gid=๑๘>
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง , และ ดวงหทัย ยอดทอง. (๒๕๕๙). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร , ๒๐(๒), ๑๗๙-๑๘๒.
- ชัยณรงค์ บุรัตน์, อรชร สุดตา , และ นายสวัสดิ์ งามเถื่อน . (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านไร่ซี ตำบลไร่ซี อำเภอสีลือ จังหวัดอำนาจเจริญ . [ออนไลน์ ] สืบค้นเมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๗ จาก <http://www.amno.moph.go.th>.
- รุ่งทิพา ชันธมุล และ สมจิต แดนสีแก้ว. (๒๕๖๐). การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ๓๕(๒): ๘๙-๙๗.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (๒๕๕๙). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕. นนทบุรี: อักษร กราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (๒๕๖๓). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๖. นนทบุรี: อักษร กราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๒). แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๒. (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ ๑). เชียงใหม่: ทริคคิด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑-๒๕๖๓). สถิติด้านสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ สืบค้นจาก [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistics๖๑-๖๓.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics๖๑-๖๓.pdf)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (๒๕๖๑). แบบคัดกรองผู้สูงอายุระดับชุมชน. [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/๑๘๑๑๑๒๑๕๔๑๘๙๓๓๔๕๗๙.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/๑๘๑๑๑๒๑๕๔๑๘๙๓๓๔๕๗๙.pdf)
- สุวิดา ลิมเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา , ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ ปฎิณัฐ บูรณทรัพย์ขจร. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ ๒. พยาบาลสาร , ๔๐(๑), ๘๔-๙๘.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (๒๕๕๘). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ ๔). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- Alvarez, R., Torres, J., Artola, G., Epelde, G., Arranz, S., & Marrugat, G. (๒๐๒๐). OBINTER: A holistic approach to catalyse the self-management of chronic obesity. Sensors, ๒๐(๑๘), ๑-๒๗.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (๑๙๘๕). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, ๑๐(๔), ๒๐๐-๒๐๘.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (๑๙๙๑). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. Journal of Aging and Health, ๓(๑), ๓-๒๗.
- Creer, L. T. (๒๐๐๐). Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic Press.



- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 108(2), 88-94.
- Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2019). Management of hypertension in the elderly and frail elderly. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 26(1), 1-10.
- Flack, J. M., & Adekola, B. (2020). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 30(1), 1-6.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cusham, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., ..., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *The Journal of the American Medical Association*, 311(5), 508-520.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2008). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Pui, L., & Wright, J. M. (2015). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(1), 1-55.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(2008), 1708-1713.
- Ugwu, D. I., Onyedibe, M. C., & Chukwuorji, J. C. (2020). Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance. *Psychology, Health and Medicine*, 26(1), 1-10.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., ..., & Schutte, A. E. (2020). 2020 international society of hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75, 1-19.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., ..., & Wright, J. T. (2014). 2014 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension*, 71(1), 1-51.
- World Health Organization [WHO], 2020
- Zhou, B., Bentham, J., Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., ..., & Cisneros, J. Z. (2019). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: A pooled analysis of 16 population-based measurement studies with 9 million participants. *The Lancet*, 393(10032), 181-192.

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นายเมธี ยิ้มพะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบล หนองยาง	๘๘๙๑๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบล หนองยาง	๘๘๙๑๘	เลื่อนระดับ
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “การประเมินผลเชิงพัฒนาในมิติสุขภาพ โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการดำเนินงานพัฒนาชุมชนลุ่มรักษ์เพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยกลไกการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p>						๙๐%

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การประเมินผลเชิงพัฒนาในมิติสุขภาพ โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. การประเมินผลเชิงพัฒนา

การประเมินเชิงผลพัฒนา (Developmental Evaluation หรือ DE) เป็นการประเมินที่ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจวิธีการทำงานเพื่อตอบโจทย์กับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การประเมินลักษณะนี้จึงช่วยให้ทีมมุ่งเน้นไปที่จุดที่ควรปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมในการทำงานภายในและภายนอกองค์กรอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการที่อาศัยการมีส่วนร่วมจากทีมประเมิน ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานขององค์กร (สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (วศศ.), ๒๕๖๔) ทำให้ตอบโจทย์กับสถานการณ์แวดล้อมที่มีความเป็นพลวัตที่อาศัยการมีส่วนร่วมของทีมทำงานในการทำความเข้าใจปัญหาและพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงานร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความซับซ้อนของโครงการก่อนเริ่มวางแผนงาน เช่น มีความเสี่ยงอะไรบ้าง เงื่อนไขใดที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานบ้าง ส่งผลให้แผนงานที่ถูกร่างขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสามารถนำไปใช้งานได้จริง อีกทั้งปรับเปลี่ยนแผนงานได้อย่างรวดเร็ว (Better Evaluation, ๒๐๒๒) การประเมินนี้จะช่วยพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนปัญหาแบบทันทั่วทั้งที่ (นศราพร เกษสมบุรณ์, วรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์, อรรษ ทองจันดี, สุกัญญา หมวดทอง, กิตติยา ปิยะศิลป์, นิสรา ศรีสุระ, ๒๕๖๕).

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับบุคคลเปราะบาง

บุคคลเปราะบาง เป็นบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิและประโยชน์ของตนเองเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากรความเข้มแข็ง เช่น นักศึกษา ลูกจ้าง ทหาร คนต้องขัง ผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา คนตกงาน คนยากจน คนไร้บ้าน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ขนกลุ่มน้อย คนเร่ร่อน ผู้อพยพ เด็ก และผู้เยาว์ ผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น ทั้งนี้ สภาพเปราะบาง (vulnerability) เป็นสภาพที่บุคคลขาดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ขาดอิสระในการตัดสินใจ บุคคลเหล่านี้จึงถือว่าขาดความสามารถ/ความสามารถจำกัดในการให้ความยินยอมอย่างอิสระ เนื่องจากขาดวุฒิภาวะ อยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยทางกายและจิต อยู่ในภาวะที่ขาดอิสระเนื่องจากอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้มีอำนาจ หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงถูกชักจูงและเอาเปรียบได้ง่าย เช่น คนยากจน คนไร้บ้าน คนเร่ร่อน เป็นต้น

๓.๓ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและมีความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของค่านิยม วัฒนธรรม มาตรฐานของสังคม สิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการด้านต่าง ๆ สวัสดิการ ตลอดจนลักษณะการเมือง การปกครองของสังคม (WHO, 1996; อ้างถึงใน กวีวัจน์ จักสมศักดิ์ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และห้องพรรณ เกิดพิทักษ์) สำหรับประเทศไทย นิยมแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นมิติด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ค่าคุณภาพชีวิตที่ได้จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L สามารถนำมาการแปลงให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าแสดงถึงความพึงพอใจต่อสถานะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 -1 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่มากที่สุดหรือเสียชีวิต 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด ส่วนค่าที่ติดลบ หมายถึง

สภาวะที่แย่กว่าตายคุณภาพชีวิตที่ได้จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L สามารถนำมาการแปลงให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) ซึ่งเป็นค่าแสดงถึงความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 -1 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด ส่วนค่าที่ติดลบ หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย

### ๓.๔ ความรู้เกี่ยวกับอรรถประโยชน์

อรรถประโยชน์เป็นการรายงานเป็นค่าดัชนี (index scores) ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง ๐ ถึง ๑ โดย ๐ ซึ่งหมายถึงมีสถานะสุขภาพที่แย่ที่สุดซึ่งเทียบเท่ากับเสียชีวิต (Worst health or death) และ ๑ หมายถึงสถานะทางสุขภาพที่ดีที่สุด (perfect health) แต่อย่างไรก็ตามค่าอรรถประโยชน์สามารถมีค่าต่ำกว่า ๐ ได้ซึ่งหมายถึงว่าสถานะทางสุขภาพแย่กว่าเสียชีวิต (ภฤตภาส กังวานรัตน์กุล, ๒๕๖๕) ทั้งนี้ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) แนะนำวิธีการวัดค่าอรรถประโยชน์ โดยใช้แบบสอบถาม EQ-๕D-๕L เนื่องจากเป็นมีข้อคำถามเพียงแค่ ๕ ข้อ ทำให้ผู้ตอบสามารถตอบสอบถามเสร็จในระยะเวลาที่สั้นและได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสัมพันธ์ทางจิตวิทยาที่ดีเหมาะสมกับการวัดค่าอรรถประโยชน์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ทรงยศ พิลาสันต์, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว , วิไลลักษณ์ แสงศรี ,พัทธรา ลีพทรงค์,สลักจิต ชื่นชมและณัฐธิดา มาลาทอง, ๒๕๖๔)

### ๓.๕ โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี

เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ "โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน" ระหว่าง ๑๒ กระทรวง ๑ หน่วยงาน เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในประเทศ รวมถึงการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นภาคส่วนสำคัญในการยกระดับระบบสุขภาพให้คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอปประจำตัวสามคน บูรณาการสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนไทย (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) ในการดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ "ครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี" แบบบูรณาการความร่วมมือของพหุภาคีภายใต้บริบทของพื้นที่ และในปี ๒๕๖๗ นี้ สำหรับจังหวัดอุทัยธานี ได้มีการประชุมคณะอำนวยการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จังหวัดอุทัยธานี วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมมหาชนก สสจ.อุทัยธานี ให้กลไกการบูรณาการระดับจังหวัด โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการจัดทีม ๓ หมอ/หมอครอบครัว เพื่อสร้างระบบและกลไกในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว พัฒนาศักยภาพของคนในครอบครัวพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพและมีความฉลาดทางด้านสุขภาพและส่งเสริมความเข้มแข็งทางระบบปฐมภูมิในพื้นที่แบบองค์รวม ให้พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โดยการจัดทีม One Home ในการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการรายครอบครัว ส่งเสริมการสงเคราะห์เพื่อพัฒนาความมั่นคงของครอบครัวและดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องได้รับการเยียวยาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพรายครัวเรือนและพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยมีเป้าหมายอำเภอละ ๒๐ ครอบครัว (นลินี บุญธรรม, ๒๕ มกราคม ๒๕๖๗)

### ๓.๖ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี

๓.๖.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้น มีกรอบความคิดเป็นมิติของ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่ ครบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๓) ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมาย สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นกลไกในการขับเคลื่อนระดับชาติ ซึ่งการดำเนินงานโครงการ

พัฒนาจังหวัด "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ใน ๓ ประเด็นเป้าหมายการพัฒนา ได้แก่ เป้าหมายที่ ๑ ยุติความยากจนทุกรูปแบบในทุกที่ เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยและเป้าหมายที่ ๑๗ เสริมความเข้มแข็งให้แก่กลไกการดำเนินงาน และฟื้นฟู สภาพหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืนการเงิน (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

๓.๖.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข มียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ๑) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ๒) บริการเป็นเลิศ ๓) บุคลากรเป็นเลิศ และ ๔) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญ ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และติดตาม ประเมินผลที่สะดวก รวดเร็ว เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

๓.๖.๓ นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพความแข็งแรง ให้ประชาชนมีพลังในการดำเนินชีวิต และใช้ความเข้มแข็งทางสาธารณสุข สร้างรายได้สร้างเศรษฐกิจของประเทศ สู่เป้าหมาย "ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง" ในปี ๒๕๖๖ นี้ จะพัฒนาการสาธารณสุขของไทย ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย โดยมุ่งเน้น ๕ ประการสำคัญ ได้แก่ ๑) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย "๓ หมอ" เพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างใกล้ชิด ลดภาระและค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางมาโรงพยาบาล ๒) ยกกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัยทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ๓) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ๔) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพร ภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก ๕) ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชนและพัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชนที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาลเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การประเมินผลเชิงพัฒนา หรือ Developmental Evaluation (DE) มีความสำคัญกับการวิเคราะห์ความซับซ้อนของโครงการ ส่งผลให้แผนงานที่ถูกร่างขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสามารถนำไปใช้งานได้จริง อีกทั้งปรับเปลี่ยนแผนงานได้อย่างรวดเร็ว การประเมินนี้เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่มีความเร่งด่วน เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนยากที่จะวางแผนหรือหาวิธีแก้ปัญหา นอกจากนี้ หากงานของอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน เช่น ต้องทำงานร่วมมือกับหลายฝ่าย หลายองค์กร คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (๒๕๖๖) การประเมินเชิงพัฒนา จะช่วยพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพที่มีความความซับซ้อนภายใต้กรอบแนวคิดของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนปัญหาแบบทันที่ (นศราพร เกษสมบูรณ์, วรณีย์ ชัยเฉลิมพงษ์, อรุณฯ ทองจันดี, สุกัญญา ทมวดทอง, กิตติยา ปิยะศิลป์, นิสรา ศรีสุระ, ๒๕๖๕)

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ รวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ รายงานการประชุม แนวทางการปฏิบัติงานและคำสั่งเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ เพื่อรวบรวมแนวทางการขับเคลื่อนงานในพื้นที่

ขั้นตอนที่ ๒ ประชุมคณะทำงานทีมสุขภาพ (กลุ่มระดับอำเภอ) เพื่อระดมสมองวิเคราะห์กระบวนการดำเนินการ หาขั้นตอนและประเมินความเสี่ยงซึ่งจะนำไปสู่การไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ

ขั้นตอนที่ ๓ ร่วมลงพื้นที่กับคณะทำงานที่มีสุขภาพ (กลุ่มย่อยรายตำบล) เพื่อสังเกตการณ์และเก็บข้อมูลความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๔ สัมภาษณ์กลุ่มคณะทำงานที่มีสุขภาพ (กลุ่มย่อยรายตำบล) เพื่อค้นหาเก็บข้อมูลความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๕ ติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ ๖ จัดประชุมคณะทำงานที่มีสุขภาพ (กลุ่มระดับอำเภอ) เพื่อสะท้อนกลับเพื่อหากลยุทธ์ หรือมาตรการในการจัดการความเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรค

ขั้นตอนที่ ๗ สร้างความก้าวหน้าในการดำเนินงานผ่านประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ ๑ วิจัยเอกสาร (Documentary research) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการรายงานการประชุม แนวทางการปฏิบัติงานและคำสั่งเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ

ในขั้นตอนที่ ๒, ๓, ๔, ๖, ๗ ผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key Informants) ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๒ และ ๖ เก็บข้อมูลจากกลุ่มคณะทำงานที่มีสุขภาพ (กลุ่มระดับอำเภอ) จำนวน ๑๐ คน

ขั้นตอนที่ ๓ และ ๔ เก็บข้อมูลจากกลุ่มคณะทำงานที่มีสุขภาพ (กลุ่มย่อยรายตำบล) จำนวน ๓ คน

ขั้นที่ ๗ เก็บข้อมูลจากกลุ่มคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวน ๔๐ คน

เมื่อได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดไร้โครงสร้าง (Unstructured Interview) เพื่อความยืดหยุ่นในการสนทนาและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และตรวจสอบข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction)

ในขั้นตอนที่ ๕ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากผู้รับบริการหรือผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือในโครงการฯ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ เป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ได้รับการช่วยเหลือในโครงการฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เป็นโรคทางพันธุกรรมและโรคทางอารมณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง เข้าใจ จำนวน ๓๕ คน ใช้แบบสอบถามความรอบรู้จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเดียวกับกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการประเมินโครงการนี้ ส่วนคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามผู้วิจัยจึงเลือกใช้ EQ-๕D-๕L ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยและสามารถนำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก EuroQol group (<https://euroqol.org/>) เรียบร้อยแล้ว ในการศึกษาในระยะนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และอรรถประโยชน์ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้ Paired samples test

#### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

##### ๔.๓.๑ เป้าหมายทั่วไป

เพื่อประเมินผลเชิงพัฒนาชีวิตสุขภาพโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

##### ๔.๓.๒ เป้าหมายเฉพาะ

๑) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลสุขภาพให้แก่กลุ่มเปราะบางที่เข้าร่วมโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๒) เพื่อศึกษาความเสี่ยงและแนวทางการจัดการความเสี่ยงมิติสุขภาพ โครงการครอบครัว  
มั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๓) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานมิติสุขภาพ โครงการ  
ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๔) เพื่อศึกษาผลลัพธ์มิติสุขภาพในการดำเนินงานโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี  
อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๔.๑) เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเปราะบางที่ได้รับการช่วยเหลือก่อนและ  
หลังเข้าร่วมโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๔.๒) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพ ของบุคคลเปราะบางใน  
บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับการ  
ช่วยเหลือก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี  
สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป

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

อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัย

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ได้ข้อมูลนำเข้าในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี อำเภอ  
หนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ให้เกิดความเหมาะสมและ บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัย

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัย

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

อยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑. นายเมธี ยิ้มพะ สัดส่วนของผลงาน ๙๐ %

๒. นางสาวกนิษฐา พงษ์เกษตรการ สัดส่วนของผลงาน ๑๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....



(นายเมธี ยิ้มพะ )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

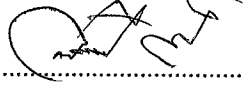
(วันที่) ๕ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเมธี ยัมพะ	
.นางสาวภิมณัฐ พงษ์เกษตรการ.	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

( นายสมเจตน์ ไวสาริกิจ )

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอหนองฉาง

(วันที่) ๕ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

( นายอติเทพ เกรียงไกรวณิช )

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม) รักษาการในตำแหน่ง

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง รักษาการในตำแหน่ง

(วันที่) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการดำเนินงานพัฒนาชุมชนลุ่มรักรักษาเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยกลไก  
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ติดยาเสพติด คือ การเจ็บป่วยเป็นโรคสมองติดยาและเป็นภัยสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อมั่นคงของ  
ประเทศ สังคม เศรษฐกิจและการศึกษา การบำบัดรักษาและการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด ย่อมต้องพิจารณาหลาย  
มิติแบบองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติด้านสังคม ที่ผ่านมามาประเทศไทยได้ดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติด  
โดยการเตรียมการก่อนรักษา บำบัดด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามหลังการรักษา แต่ด้วยสถานการณ์การ  
แพร่ระบาดของยาเสพติดผนวกกับจำนวนผู้ป่วยเสพติดที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น บุคคลในกลุ่มนี้เข้าสู่กระบวนการ  
บำบัดรักษาในภาครัฐได้เพียง ๒๐๐,๐๐๐ รายต่อปีเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในพื้นที่ประเทศไทยยังคงมีปัญหาผู้  
เสพหรือผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดอีกเป็นจำนวนกว่าล้านคนและยังคงอาศัยอยู่ในชุมชน  
ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันภาครัฐเองก็ไม่สามารถนำผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดเข้าสู่สถานพยาบาลได้  
ทั้งหมดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อตอบโจทย์การ  
แก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ เมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ ประเทศไทยได้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับ  
ใหม่ (ม.๑๖๒, ๑๖๓) กำหนดว่า การเสพยาเสพติด ยังมีโทษอยู่แต่หากผู้เสพสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา  
และดำเนินการเข้ารับการบำบัดจนครบถ้วน ก็จะไม่มีความผิด โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับ  
การดูแลบำบัดรักษาที่เน้นการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่  
ร่วมกันได้ในสังคม (กรมการแพทย์, ๒๕๖๒)

การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาค โดยมีการทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักด้านการ  
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งต้องมีความพร้อมในการรองรับการบำบัดรักษาและต้องบูรณาการความร่วมมือทุก  
ภาคส่วน โดยเฉพาะครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างรอบด้านต่อและมีระบบการส่งต่ออย่างไร  
รอยต่อ (สาริต พิตุเตชะ, ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕) จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยา  
เสพติด (ป.ป.ส.) รายงานผลการสำรวจผู้ที่ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒, ๒๕๖๓  
และ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๖๓,๘๓๔, ๒๒๒,๖๒๗, ๑๗๙,๖๑๙ ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการบำบัด  
ในระดับปฐมภูมิ จำนวน ๗๔,๙๘๑ คน และในปี พ.ศ.๒๕๖๖ มีผู้ใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดด้วยกระบวนการ  
ชุมชนลุ่มรักรักษา (CBTx) จำนวน ๑๓๐,๐๐๐ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๖๕ ของผู้เสพ และได้รับการบำบัดในครอบครัว  
จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕ ของผู้ใช้ยาเสพติด จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศส่วนใหญ่ใช้  
ยาเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นประสาท ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคจิตเวชและพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง  
จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.), ๒๕๖๖)

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด  
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) “ชุมชนลุ่มรักรักษา” โดยระดมพลังจากภาคีเครือข่ายเข้มแข็งจาก  
กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้บรรลุ  
เป้าหมาย โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มาจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่  
เป็นแกนหลักในการประสานและสนับสนุนการบูรณาการการทำงานในระดับอำเภอให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน  
อย่างประสิทธิภาพและในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายขับเคลื่อนชุมชนลุ่มรักรักษาอย่างเป็น  
รูปธรรมโดยมีพื้นที่เป้าหมายระดับจังหวัด ๓๑ จังหวัด และจังหวัดอุทัยธานีเป็น ๑ ในพื้นที่เป้าหมายของปีนี้  
(สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

จังหวัดอุทัยธานี ได้มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่องแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจังหวัดอุทัยธานียังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากระบบรายงานและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จำนวน ๑,๕๖๒ คน มากที่สุดอยู่ที่โรงพยาบาลบ้านไร่ จำนวน ๓๑๖ ราย รองลงมา โรงพยาบาลลานสัก ๒๙๒ ราย และโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ ๒๐๐ ราย ประเภทสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า ๑,๕๓๘ ราย (ร้อยละ ๙๘.๔๖) กัญชา ๒๑ ราย ยาไอซ์ ๑ ราย และไม่ระบุ ๔ ราย สำหรับผลการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention rate) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๓.๘๓ โดย ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไร่ดำเนินการได้สูงสุด ร้อยละ ๙๘.๙๙ รองลงมา โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ ร้อยละ ๙๖.๑๐ และ โรงพยาบาลทัพทัน ร้อยละ ๙๕.๒ (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๖๗)

อำเภอหนองฉาง พบว่า จากระบบรายงานและเฝ้าระวังปัญหาเสพติดผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด (บสต.) ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓๙ คน ร้อยละ ๙๒.๓๑ (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๖๗) ซึ่งจำนวนทั้งหมดนี้เข้ารับการคัดกรองและการบำบัด รักษาฟื้นฟู และติดตามจากโรงพยาบาลหนองฉางทั้งหมด กล่าวได้ว่า อำเภอหนองฉางยังไม่มี การขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาผู้เสพที่ได้รับการบำบัดแล้วกลับไปเสพยาซ้ำได้ และจากผลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า อำเภอหนองฉาง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินของระบบสุขภาพอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นการแก้ไขปัญหายาเสพติด (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๖๗) และในปี ๒๕๖๗ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองฉางยังคงประเด็นสุขภาพจิตและยาเสพติดไว้เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้เสนอแนวคิดจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน โดยเสนอ “เรื่อง แนวทางการดำเนินงานพัฒนาชุมชนลุ่มรั้งเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี” สามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการดูแล บำบัด รักษาและฟื้นฟู อีกทั้งยังเป็นการให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนที่มีการปรับสภาพแวดล้อม มีการยอมรับ การให้โอกาส ซึ่งเป็นการช่วยเหลือและป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ตลอดจนจนเป็นการคืนคนดีสู่สังคม ซึ่งถือได้ว่า “การสร้างชุมชนลุ่มรั้งด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” จะเป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยพลังชุมชนอย่างยั่งยืน ช่วยให้สังคมและประเทศชาติมีความปลอดภัยจากยาเสพติดต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้เสนอแนวคิดได้วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรด้วย SWOT Analysis ประกอบด้วย Strengths จุดแข็ง, Weaknesses จุดอ่อน, Opportunities โอกาส, Threats อุปสรรคหรือภัยคุกคาม ตามหลัก SWOT Analysis ดังนี้

๑. การประเมินสภาพแวดล้อมภายใน โดยใช้ ๗S Model (McKinsey) พบว่า จุดแข็ง ๑. Structure มีคณะอนุกรรมการประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในคำสั่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒. Strategy มีแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ๓. System มีระบบการคัดกรองในระดับตำบลโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นศูนย์คัดกรอง ประเมินความรุนแรง

และสิ่งต่อไปบำบัด รักษาและฟื้นฟูยาเสพติด ๔. Skill บุคลากรมีทักษะ ความสามารถในการทำงานในชุมชน  
๕. Style ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อดำเนินการขับเคลื่อนงานชุมชนลุ่มรักรักษ์ ๖. Staff มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
และจิตอาสา ครอบคลุมทุกตำบล ๗. Shared Value มีค่านิยมร่วมยึดผลประโยชน์ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง  
จุดอ่อน ๑. Structure ขาดการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ๒. Strategy แผนการดำเนินงานยัง  
ไม่มีชุมชนและเครือข่ายร่วมดำเนินการ ๓. System ระบบคืนสู่สังคมยังขาดประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการของ  
หน่วยงานต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด ที่กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมกลับมาเสพติด ๔. Skill ขาดแคลน  
บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ๕. Style ขาดการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชน ชุมชน  
เข้ามามีส่วนร่วมร่วมในการวางแผน/ตัดสินใจในการดำเนินงาน ๖. Staff บุคลากรขาดความรู้ในการดำเนินงาน  
ชุมชนลุ่มรักรักษ์ ๗. Shared Value ขาดการสร้างคุณค่าในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้รับบริการ

๒. การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก โดยใช้ PEST Analysis พบว่า โอกาส ๑. Politics มีนโยบาย  
“ผู้เสพคือผู้ป่วย” ทำให้ผู้เสพสามารถเข้าถึงระบบบำบัดฟื้นฟู และนโยบายให้มี “หอผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด  
ใน รพ.ชุมชน” ทำให้เข้าถึงได้ง่าย ๒. Economic มีงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดทั้งในระดับภาค  
จังหวัด อำเภอและชุมชน ๓. Social มีกระแสความรับผิดชอบต่อสังคม ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ  
ป้องกันยาเสพติดมากขึ้น ๔. Technology มีระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด  
ของประเทศ (บสต.) อุปสรรค/ภาวะคุกคาม พบว่า ๑. Politics ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนมีนโยบาย ภารกิจ  
และตัวชี้วัด ด้านการแก้ไขปัญหาเสพติดที่แตกต่างกัน (ต่างคนต่างทำ) ๒. Economic ขาดการระดมทรัพยากร  
ร่วมกัน ๓. Social สังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจและขาดความตระหนัก มีอคติและไม่ให้การยอมรับและไม่ให้  
โอกาสผู้ป่วยยาเสพติด ๔. Technology ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศด้านการป้องกัน ปราบปราม  
และบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด เช่น ระบบ บสต., ระบบสารสนเทศกรมคุมประพฤติ ระบบคดี เป็นต้น ทำให้ขาดการนำ  
ข้อมูลใช้ประโยชน์ร่วมกัน

๓. การเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสม โดยใช้ TOWS Matrix โดยนำการวิเคราะห์ SWOT Analysis  
มาวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า มีแนวทางการดำเนินงานพัฒนาชุมชนลุ่มรักรักษ์เพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยา  
เสพติดด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ดังนี้

๑. กลยุทธ์เชิงรุก (SO) โดยการสร้างชุมชนต้นแบบ “ชุมชนลุ่มรักรักษ์” (CBTx)

๒. กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO) โดยการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการ  
บำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

๓. กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST) โดยการส่งเสริมและผลักดันให้ทุกตำบลขับเคลื่อนโครงการชุมชนลุ่ม  
รักรักษ์โดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

๔. กลยุทธ์เชิงรับ (WT) โดยสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพ  
ชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะให้เกิดกระบวนการดำเนินงานชุมชนลุ่มรักรักษ์กับผู้มีส่วนได้ส่วน  
เสียในชุมชนการและสร้างกระแสทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ผู้เสพคือผู้ป่วยและการคืนคนดีสู่สังคม

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติดและติดยาเสพติด

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบขช.) นิยามการบำบัดรักษา  
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx)  
คือ รูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ติดยาเสพติดและติดยาในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษา  
อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้นจนถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยระบบการดูแลต่อเนื่องจนถึงการ  
ติดตามผลการรักษาตามแนวคิดการคืนผู้ป่วยสู่สังคม มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ

สังคมและการบริการอื่นๆ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

## ๒. ชุมชนล้อมรั้ว" (CBTx)

ชุมชนล้อมรั้ว" (CBTx) มีความหมายและความสำคัญของในทางสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา มีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและการเปลี่ยนแปลงโดยผสมผสานหลักการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และสังคม และหลักการสื่อสารสาธารณะเข้าด้วยกันโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการจัดกระบวนการ "ชุมชนล้อมรั้ว" (CBTx) ๕ ประการ คือ ๑) ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ๒) ให้คำปรึกษาหรือปรึกษาหารือร่วมกันกับชุมชน เพื่อออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ๓) เปิดโอกาสให้ภาคประชาชน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมร่วมในการดำเนินงาน ๔) ทำงานร่วมกันกับชุมชนลักษณะของพันธมิตรที่เป็นกัลยาณมิตรต่อกัน ๕) เพิ่มพลังบวกให้เป็นพลังอำนาจของชุมชนในการดูแลและพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

## ๓. การสื่อสารสาธารณะ

การสื่อสารสาธารณะเป็นกลยุทธ์การจัดการกระบวนการทางสังคมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสร้างกระบวนการรับฟังความคิดเห็นชุมชนเริ่มจากความต้องการของชุมชน มีรูปแบบของการสื่อสารสาธารณะ ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็นและการร่วมในการตัดสินใจ (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

## ๔. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของร่วมกันอย่างบูรณาการและประสานความร่วมมือในการสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต สังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗)

## ๕. การประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE

การประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อ โดยมีดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE ได้แก่ มีการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ประชาชนและผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, ๒๕๖๕)

## ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์ตามหลัก SWOT Analysis และการประเมินด้วยเทคนิค Tows Matrix ตลอดจนการทบทวนแนวคิด จึงมีข้อเสนอ “แนวทางการดำเนินงานพัฒนาชุมชนล้อมรั้วเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี” ดังนี้

๑. กลยุทธ์เชิงรุก โดยการสร้างชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” (CBTX)
๒. กลยุทธ์เชิงแก้ไข โดยการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการบำบัดรักษา พี่นผู้ผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน
๓. กลยุทธ์เชิงป้องกัน โดยการส่งเสริมและผลักดันให้ทุกตำบลขับเคลื่อนโครงการชุมชนล้อมรั้วโดยใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
๔. กลยุทธ์เชิงรับ โดยสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะให้เกิดกระบวนการดำเนินงานชุมชนล้อมรั้วกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและการสร้างกระแสทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ผู้เสพคือผู้ป่วยและการคืนคนดีสู่สังคม

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการสร้างชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” (CBTX) ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นคือ ด้านการระดมทรัพยากร ( คน เงิน ของ) จากภาคส่วนอื่นๆ หลายภาคส่วน อาจทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน แนวทางแก้ไข คือ วางแผนการดำเนินงานที่หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีค่าใช้จ่าย แต่ใช้พลังความร่วมมือในการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งต่อและบำบัดผู้ป่วยในชุมชนโดยบูรณาการกับภาคีทุกภาคส่วนภายใต้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เชนปริมาณ: ผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอหนองฉางที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยชุมชนล้อมรั้ว สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ ภายใน ๑ ปี อย่างน้อยร้อยละ ๖๐

๔.๒ เชนคุณภาพ: อำเภอหนองฉาง มีรูปแบบการขับเคลื่อนงานชุมชนล้อมรั้วเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อำเภอหนองฉาง มีชุมชนต้นแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” อย่างน้อย ๑ ชุมชน

๕.๒ อำเภอหนองฉาง มีผลการประเมินตนเองของระบบสุขภาพอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประเด็นการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....

(นายเมธี ยัมพะ )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๕ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน