



ที่ อ น ๐๐๓๓.๐๐๓ / ว ๗๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ถนนอุทัย-หนองฉาง ต.น้ำซึม
อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐๐

๗๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประกาศผลการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้น
แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศผลการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ระดับชำนาญการพิเศษ

จำนวน ๑ ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ได้ประกาศรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมิน
บุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๕ ตำแหน่ง นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้ดำเนินการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งประกาศผลการประเมินบุคคลฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรารธนา ประสงค์ดี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕

โทรสาร ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗



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 ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

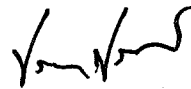
<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นสเนาวรัตน์ แก้วนกสิกรณ์ หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองฉาง กลุ่มงานการพยาบาล	
๒.	นางวรภรณ์ พิมพ์สีทา หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลทัพทัน กลุ่มงานการพยาบาล	
๓.	นางประหยัด แจ่มแสง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองขาหย่าง กลุ่มงานการพยาบาล	
๔.	นายสมนึก หงษ์ยิ้ม นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๕.	นางยุวดี อ่ำพิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลน้ำซึม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายปรารณา ประสงค์ดี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแบบทำประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	น.ส.เนาวรัตน์ แควนกลีการณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองขา งุ้มงานบริหารพยาบาล งานบริหารพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ	๘๘๕๓๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองขา งุ้มงานบริหารพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๘๕๕๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐ %
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน เรื่องที่ ๑ “การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุทกมิกายต่ำ” เรื่องที่ ๒ “การเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดจากสูตรของมูสรา กับ Date’s formula”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนวทำยประกาศ”</p>						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (เรื่องที่ ๑)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒ ปี (ม.ค.- ธ.ค. ๒๕๕๙ และ ม.ค. - ธ.ค. ๒๕๖๒)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ๑) มีสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) สาขาการผดุงครรภ์ จากการรับรองโดยสภาการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาและทารกทั้งระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด
- ๒) มีความสามารถในการเข้าถึงและสืบค้นความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อใช้พัฒนาการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย
- ๓) มีความรู้เรื่องแนวคิดทฤษฎีเรื่องการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation) และการสูญเสียความร้อน (Heat Loss) จากร่างกายทารกแรกเกิดกับสภาพแวดล้อม และใช้แนวคิด “ห่วงโซ่ความร้อนอบอุ่น” (Warm Chain) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๙๗) ดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิด
- ๔) มีความรู้การทำวิจัย และการใช้สูตรสถิติขั้นสูงชนิด Excel สำเร็จรูป
- ๕) สามารถสอน ชี้นำ โค้ช นิเทศพยาบาลทีมห้องคลอดให้มีสมรรถนะการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด หมายถึงอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักหรือรักแร้นาน ๓ นาที ต่ำกว่า ๓๖.๕°C แบ่งเป็น Mild hypothermia (T. ๓๖.๐-๓๖.๔°C), Moderate hypothermia (T. ๓๒.๐-๓๕.๙°C) และ Severe hypothermia (T. < ๓๒.๐°C) (WHO, ๑๙๙๗) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในห้องคลอดถึงร้อยละ ๓๒-๘๕ (Lunze et al., ๒๐๑๓) เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายทารกจะลดลง ๒-๔ °C ทันทีหลังคลอดใน ๑๐-๒๐ นาที หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (CMNRP, ๒๐๑๓) จากความแตกต่างของอุณหภูมิภายในและภายนอกมดลูก และทารกมีความสามารถจำกัดในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิคงที่ ส่งผลให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายในปริมาณมากทั้งจากกระบวนการระเหย การนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อน ทารกแรกเกิดจึงมีอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงอย่างรวดเร็วใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Sharma, ๒๐๑๗) ดังนั้นทารกจะมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มความร้อนภายในร่างกายโดยการเพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันสีน้ำตาล (WHO Newborn CC, ๒๐๑๔) ที่ต้องใช้ออกซิเจน และกลูโคสจำนวนมาก ขณะที่ทารกแรกเกิดมีข้อจำกัดในการเพิ่มปริมาณออกซิเจนและกลูโคสให้กับร่างกาย เป็นผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะสมองและเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนอาจส่งผลให้ทารกเสียชีวิตได้ (Lunze & Hamer, ๒๐๑๒) ทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำรุนแรงและเป็นอยู่นานจะมีความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด พบอัตราการตายประมาณร้อยละ ๒๕-๕๐ จากเลือดออกในปอดหรือสมอง (Enerback, ๒๐๑๐) รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มากขึ้น ระยะเวลาอนเตียง ภาวะเครียดของครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอดขาดไป

การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกในระยะคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการดูแลทารกแรกเกิด และเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลในการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกแรกเกิดควบคู่ไปกับการให้การพยาบาลที่จำเป็นด้านอื่นๆ จากสถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองฉาง ปี ๒๕๕๘ พบทารกอุณหภูมิร่างกายต่ำจำนวน ๑๘ ราย จากทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ๑๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๘ (mild hypothermia =๖๖.๖๗%, moderate hypothermia =๓๓.๓๓%) มีสาเหตุและปัจจัยจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดที่บ้านหรือคลอดนอกห้องคลอด และเกิดจากกระบวนการดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกแรกคลอดยังไม่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆทั้งระยะก่อนคลอด ขณะ

คลอด และหลังคลอด บุคลากรขาดความตระหนักในการปฏิบัติ และมีข้อจำกัดในการจัดซื้อ Transfer incubator ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ โดยจัดทำแนวทางการดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด จากแนวคิด “ห่วงโซ่ความอบอุ่น” (Warm Chain) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๙๗) ประกอบด้วย ๑๐ ขั้นตอน ซึ่งครอบคลุมกระบวนการสูญเสียความร้อนของทารกทุกระยะของการคลอด ร่วมกับจัดทำนวัตกรรมชุดป้องกันการสูญเสียความร้อนสำหรับการเคลื่อนย้ายและส่งต่อทารก พร้อมทั้งศึกษาผลของใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ให้ได้รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกแรกเกิดในห้องคลอดต่อไป

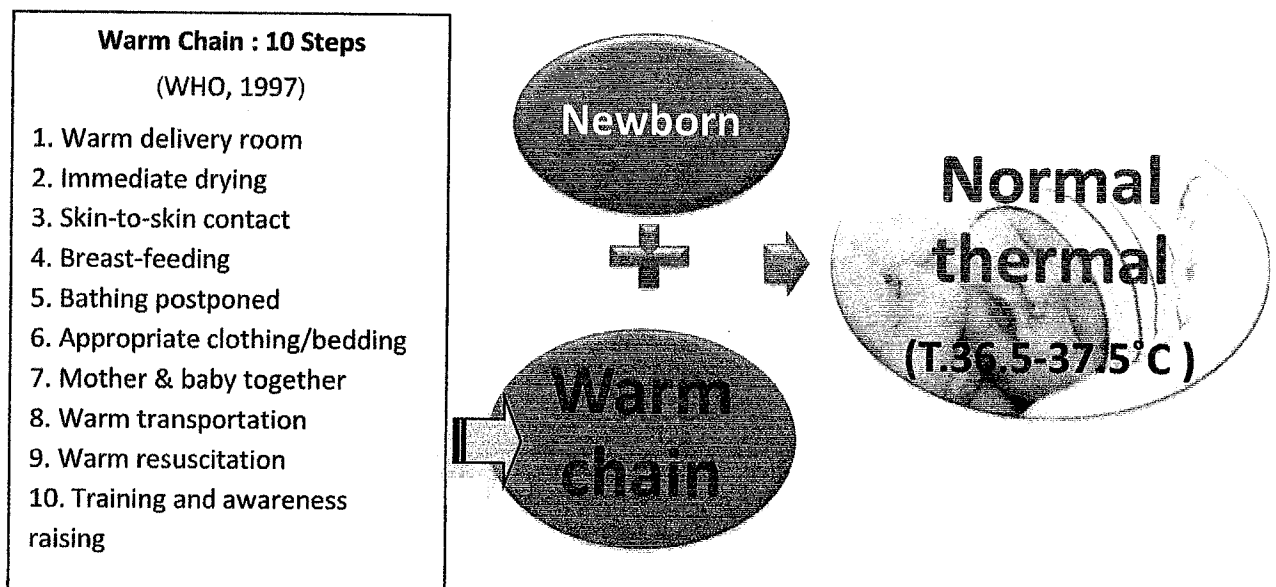
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
๒. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

กรอบแนวคิด

การวิจัยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดเรื่องการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation) และการสูญเสียความร้อน (Heat Loss) จากร่างกายทารกแรกเกิดกับสภาพแวดล้อมได้ ๔ ลักษณะ คือ การระเหย (evaporation) การแผ่รังสี (radiation) การนำความร้อน (conduction) และการพาความร้อน (convection) โดยใช้ “ห่วงโซ่ความอบอุ่น” (Warm Chain) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๙๗) เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ประกอบด้วย ๑๐ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) Warm delivery ๒) Immediate drying ๓) Skin-to-skin ๔) Breast-feeding ๕) Bathing postponed ๖) Appropriate clothing/bedding ๗) Mother & baby ๘) Warm transportation ๙) Warm resuscitation ๑๐) Training and awareness raising

► The concept of “Warm Chain” to preventing neonatal hypothermia ◀



วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยซ้ำ ๒ รอบ (ปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๒) แบ่งเป็น ๓ ระยะ ระยะที่ ๑) ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทารกที่ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ระยะที่ ๒) พัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ระยะที่ ๓) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในทารกแรกเกิดในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๕๙ ถึง ธันวาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๑๖๖ คน ในกาวิจัยรอบแรก และ ๒๐๘ คน ระหว่างมกราคม ๒๕๖๒ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๒ ในการพัฒนารอบที่สอง และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ (Analysis statistic) โดยใช้ One Way Repeated measure ANOVA on One Factor วิเคราะห์อุณหภูมิร่างกายทารก

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ได้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ประกอบด้วย

๑. แนวปฏิบัติการดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดในห้องคลอด (CPG) ดังนี้

๑) Warm delivery room : ควบคุมอุณหภูมิห้องคลอดให้ $\geq 26.0^{\circ}\text{C}$ ไม่เปิดประตูทิ้งไว้ และ ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนทารกคลอด ปิดเครื่องปรับอากาศทันทีก่อนทารกคลอด และไม่เปิดเครื่องปรับอากาศในรายที่คาดว่าจะคลอดเร็ว ควบคุมอุณหภูมิ radiant warmer $\geq 35.0^{\circ}\text{C}$ พร้อมอุ่นผ้าสำหรับทารกอย่างน้อย ๑๐ นาทีก่อนทารกคลอด

๒. Immediate drying : เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดด้วยผ้าอุ่นที่เตรียมไว้อย่างน้อย ๒ ผืน โดยผืนแรกเมื่อเช็ดเสร็จให้ทิ้ง แล้วเช็ดหรือห่อด้วยผ้าอุ่นผืนที่ ๒ และใส่หมวก

๓. Skin-to-skin contact : วางทารกบนอกหรือหน้าท้องมารดาให้เนื้อแนบเนื้อ คลุมด้วยผ้าอุ่นและมารดาถอดไว้ภายใน ๓๐ นาทีหลังคลอดหากทารกแข็งแรงปกติ นาน ๓๐-๖๐ นาที

๔. Breast-feeding : ช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่เมื่อพร้อมภายใน ๑ ชม.หลังคลอด

๕. Bathing postponed : ไม่อาบน้ำทารกใน ๖ ชม.หลังคลอด ยกเว้นทารกที่คลอดจากมารดาที่ผลเลือด HIV เป็นบวก โดยใช้น้ำอุ่นที่อุณหภูมิ $\sim 37.0^{\circ}\text{C}$ ใช้เวลาอาบน้ำให้น้อยที่สุดไม่เกิน ๑๐ นาที

๖. Appropriate clothing/bedding : ดูแลห่อผ้าคลุมถึงศีรษะและสวมเสื้อผ้าที่แห้งและอุ่นใน radiant warmer หรือบนเตียงที่ปลอดภัยแห้งและอุ่นไม่มีลมพัดผ่าน

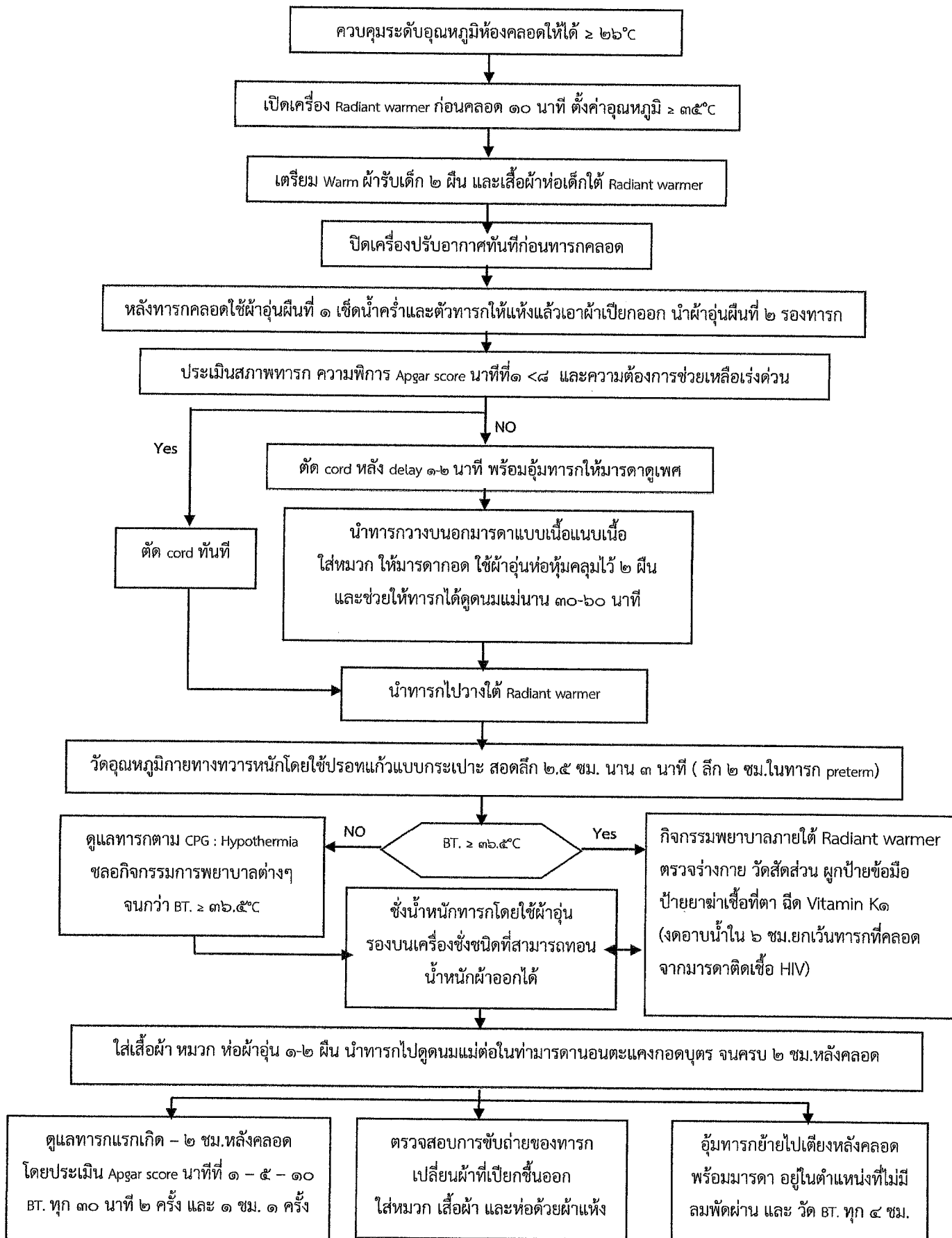
๗. Mother & baby together : ดูแลส่งเสริมให้มารดาอุ้มกอดทารกอยู่ด้วยกัน ไม่แยกแม่ลูก

๘. Warm transportation : ดูแลให้ทารกอุ่นขณะเคลื่อนย้ายโดยห่อและใส่เสื้อผ้ามีการอุ้มกอดทารก และเมื่อส่งต่อ (refer) ใช้ถุงถั่วเขียวที่อุ่นด้วยไมโครเวฟ ขนาดไฟ ๘๐๐ วัตต์ นาน ๑ นาที ใส่ซองเอกสารสีน้ำตาลขนาด A๔ และห่อด้วยผ้าขนหนู ๑ ผืน รองใต้ตัวทารกที่ห่อผ้าแล้ว

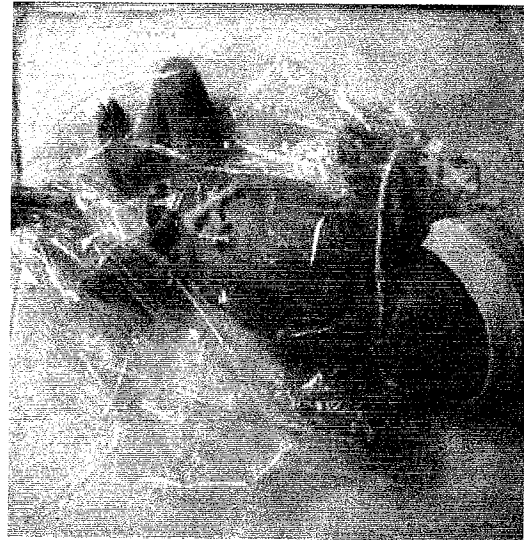
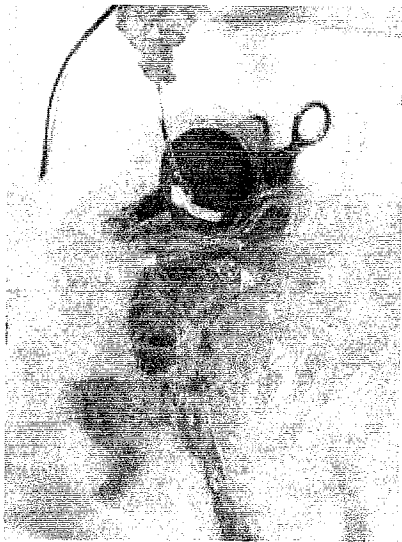
๙. Warm resuscitation : กู้ชีพด้วยกายอุ่นภายใต้ radiant warmer ที่อุณหภูมิ $\geq 35.0^{\circ}\text{C}$

๑๐. Training and awareness raising : จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรในทีมปีละ๑ครั้ง ให้มีทักษะและตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด พร้อมติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

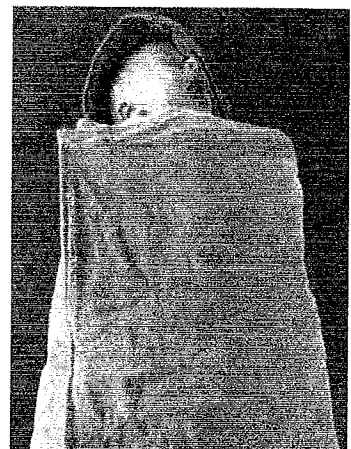
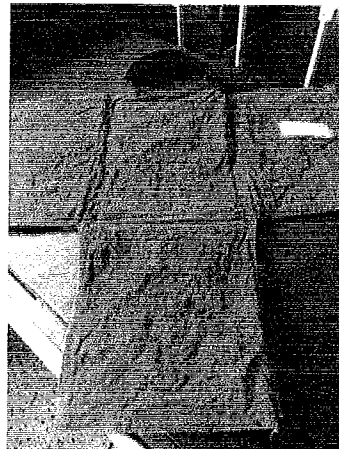
๒ Flow chart การดูแลอุณหภูมิทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ



๓ ใช้ถุงพลาสติกใส่ห่อหุ้มตัวทารก (plastic bags/wraps) ในทารกคลอดก่อนกำหนด (GA ๓๒ wk.)หรือทารกน้ำหนักตัวน้อย (VLBW, ELBW) (WHO, ๒๐๑๕) ถุงพลาสติกที่ใช้เป็นถุงห่อหุ้มอาหารชนิดโพลีเอทิลีน (polyethelene bag) ให้ห่อหรือสวมทารกทันทีภายหลังเกิด โดยพลาสติกที่ห่อหุ้มร่างกายจะทำหน้าที่เหมือนเป็นฉนวนกั้นความร้อนของร่างกายอีกชั้นหนึ่ง จึงช่วยป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกายผ่านผิวหนังไปสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกโดยวิธีการระเหย และการพาความร้อนได้



๔ นวัตกรรม : ชุดป้องกันการสูญเสียความร้อน จากแนวคิดเรื่องผ้าห่มฉุกเฉิน (Emergency foil space blankets) ผลิตจากผ้าและบุภายในด้วยพลาสติกเคลือบพอยล์ มีโพลีเอทิลีนเทเรฟทาเลต (PET) สามารถป้องกันความเย็นจากอากาศภายนอก และรักษาอุณหภูมิในร่างกายให้คงความอบอุ่นไว้ได้มากถึงร้อยละ ๙๐ เป็นฉนวนกั้นความร้อนของร่างกายอีกชั้นหนึ่ง ทำความสะอาดง่าย เพียงแค่ถอดเช็ดเท่านั้น ไม่หัดตัว และไม่เปื้อนเชื้อรา ใช้ทดแทนตู้อบเคลื่อนย้าย (Transfer incubator) สำหรับดูแลเคลื่อนย้ายทารกที่คลอดนอกโรงพยาบาล หรือส่งต่อทารก



๒. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

จากการศึกษารอบแรก ปี ๒๕๕๙ และ รอบสอง ปี ๒๕๖๒ กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกเกิดมีชีพ คลอดปกติในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน ๑๖๖ และ ๒๐๘ ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่คลอดในโรงพยาบาล ในอุณหภูมิต้องคลอดเฉลี่ยมากกว่า ๒๖°C และ อุณหภูมิ radiant warmer เฉลี่ยมากกว่า ๓๕°C ข้อมูลทั่วไป มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดคลอดปกติ ปี ๒๕๕๙ (n = ๑๖๖) และ ปี ๒๕๖๒ (n = ๒๐๘)

ข้อมูลทั่วไป	ปี ๒๕๕๙			ปี ๒๕๖๒		
	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D
ทารกคลอดปกติเกิดมีชีพ	๑๖๖ (๑๐๐)			๒๐๘ (๑๐๐)		
สถานที่คลอด						
ในห้องคลอด	๑๖๓ (๙๘.๑๙)			๒๐๕ (๙๘.๕๖)		
นอกห้องคลอด (BBA)	๓ (๑.๘๑)			๓ (๑.๔๔)		
ส่งต่อทารก	๖ (๓.๖๑)			๙ (๔.๓๓)		
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)		๓๘.๙	๑.๕		๓๘.๘	๑.๑
อายุครรภ์ <๓๗ สัปดาห์	๑๒ (๗.๒๓)			๘ (๓.๘๕)		
อายุครรภ์ ๓๗-๔๑ สัปดาห์	๑๔๐ (๘๔.๓๔)			๑๙๐ (๙๓.๓๕)		
อายุครรภ์ >๔๑ สัปดาห์	๑๔ (๘.๔๓)			๑๐ (๔.๘๑)		
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม)		๓๑๒๗.๖	๔๖๙.๕		๓๑๐๙.๐	๓๗๔.๑
น้ำหนัก ๑,๐๐๐-๑,๕๐๐	๑ (๐.๖๐)			๐		
น้ำหนัก ๑,๕๐๐-๒,๕๐๐	๘ (๔.๘๒)			๘ (๓.๘๕)		
น้ำหนัก ๒,๕๐๐-๔,๐๐๐	๑๕๒ (๙๑.๕๗)			๑๙๗ (๙๕.๗๑)		
น้ำหนัก ≥๔,๐๐๐	๕ (๓.๐๑)			๓ (๑.๔๔)		
คะแนนApgar score เฉลี่ยนาทีที่ ๑		๘.๙	๐.๕๕		๘.๙	๐.๑๘
Apgar score ๐-๓ คะแนน	๐			๐		
Apgar score ๔-๗ คะแนน	๑ (๐.๖๐)			๑ (๐.๔๘)		
Apgar score ๘-๑๐ คะแนน	๑๖๕ (๙๙.๔)			๒๐๗ (๙๙.๕๒)		
อุณหภูมิห้องคลอดเฉลี่ย (°C)		๒๙.๑	๑.๔		๒๘.๖	
อุณหภูมิ radiant warmer เฉลี่ย(°C)		๓๕.๖	๐.๒๖		๓๖.๑	๐.๓๔
อุณหภูมิกายทารกที่ ๓๐ นาที (°C)		๓๗.๐๑	๐.๓๓		๓๗.๑๐	๐.๓๓
Hypothermia ที่ ๓๐ นาที	๓ (๑.๘๐)			๓ (๑.๔๔)		
อุณหภูมิกายทารกที่ ๖๐ นาที (°C)		๓๖.๙๓	๐.๒๘		๓๖.๙๘	๐.๓๓
Hypothermia ที่ ๖๐ นาที	๑ (๐.๖๐)			๑ (๐.๔๘)		
อุณหภูมิกายทารกที่ ๑๒๐ นาที (°C)		๓๗.๒๓	๐.๓๕		๓๗.๐๙	๐.๒๘
Hypothermia ที่ ๑๒๐ นาที	๑ (๐.๖๐)			๐		

จากตารางที่ ๑: ปี ๒๕๕๙ พบว่าทารกคลอดปกติเกิดมีชีพ ๑๖๖ ราย มีทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้แก่ ทารกที่คลอดนอกห้องคลอด ๓ ราย ทารกที่ส่งต่อ ๖ ราย คลอดก่อนกำหนด ๑๒ ราย น้ำหนักตัวน้อย ๙ ราย และทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ๑ ราย มีอุบัติการณ์ทารกอุณหภูมิกายต่ำทั้งหมด ๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๑.๘๐ โดยมี ๑ รายที่มีอุณหภูมิกายต่ำทั้ง ๓ ช่วงเวลาเป็นทารกคลอดที่บ้าน ก่อนมาถึงโรงพยาบาลนาน ๒๐ นาที โดยไม่มีภาวะ severe hypothermia ดังรายละเอียดในตารางที่ ๒

ปี ๒๕๖๒ ทารกคลอดปกติเกิดมีชีพ ๒๐๘ ราย มีทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้แก่ ทารกที่คลอดนอกห้องคลอด ๓ ราย ทารกที่ส่งต่อ ๙ ราย คลอดก่อนกำหนด ๘ ราย น้ำหนักตัวน้อย ๘ ราย และทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ๑ ราย มีอุบัติการณ์ทารกอุณหภูมิกายต่ำทั้งหมด ๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๑.๔๔

โดยมี ๑ รายที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำทั้ง ๒ ช่วงเวลาเป็นทารกคลอดที่บ้านก่อนมาถึงโรงพยาบาลนาน ๓๐ นาที โดยไม่มีภาวะ severe hypothermia ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๒ ข้อมูลทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ๓ ราย (n = ๑๖๖) ปี ๒๕๕๙ (หลังการพัฒนาคั้งที่ ๑)

No.	GA (wk.)	BW (g.)	Apgar score	BT. (°C)			Risk
				๓๐ นาที	๖๐ นาที	๑๒๐ นาที	
๑	๓๙	๓,๐๗๐	๙-๑๐-๑๐	๓๖.๓	๓๖.๖	๓๗.๔	น้ำคร่ำมาก
๒	๓๘	๒,๗๓๐	๑๐	๓๕.๐	๓๕.๘	๓๕.๗	BBA(ที่บ้าน/มารดาไม่ฝากครรภ์)
๓	๒๙	๑,๐๙๐	๙-๘-๘	๓๖.๐	๓๗.๐	๓๗.๐	PL & VLBW & Birth asphyxia

ตารางที่ ๓ ข้อมูลทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ๓ ราย (n = ๒๐๘) ปี ๒๕๖๒ (หลังการพัฒนาคั้งที่ ๒)

No.	GA (wk.)	BW (g.)	Apgar score	BT. (°C)			Risk
				๓๐ นาที	๖๐ นาที	๑๒๐ นาที	
๑	๓๘	๒,๘๕๐	๑๐	๓๕.๐	๓๕.๕	๓๖.๘	BBA (คลอดที่บ้าน)
๒	๓๖	๒,๙๙๐	๙-๑๐-๑๐	๓๖.๐	๓๖.๖	๓๖.๙	PL, คลอดนอกห้องคลอด
๓	๓๘	๒,๙๒๐	๙-๙-๙	๓๖.๐	๓๖.๗	๓๗.๑	BBA (บนรถ Refer รพ.บ้านไร่)

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดก่อนวินิจฉัย และ หลังวินิจฉัย

ทารกแรกเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ	ก่อนวินิจฉัย		หลังวินิจฉัย	
	ปี ๒๕๕๘ (n=๑๘๔)	ปี ๒๕๕๙ (n=๑๖๖)	ปี ๒๕๖๒ (n=๒๐๘)	
ร้อยละทารกอุณหภูมิร่างกาย < ๓๖.๕°C	๙.๗๘ (๑๘)	๑.๘๐ (๓)	๑.๔๔ (๓)	
Mild hypothermia (T. ๓๖.๐-๓๖.๔°C)	๖.๕๒ (๑๒)	๑.๒ (๒)	๐.๙๖ (๒)	
Moderate hypothermia (T. ๓๒.๐-๓๕.๙°C)	๓.๒๖ (๖)	๐.๖ (๑)	๐.๔๘ (๑)	
Severe hypothermia (T. < ๓๒.๐°C)	๐	๐	๐	

จากตารางที่ ๔ พบว่าทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำลดลงหลังการทำวินิจฉัย โดยปี ๒๕๕๙ และปี ๒๕๖๒ มีอัตราอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดร้อยละ ๑.๘๐ และ ๑.๔๔ ตามลำดับเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาปี ๒๕๕๘ ส่วนมากเป็น Mild hypothermia ไม่พบ Severe hypothermia

ตารางที่ ๕ ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิด จำแนกตามช่วงเวลาหลังคลอด ๓ ครั้ง ปี ๒๕๖๒

อุณหภูมิร่างกายทารก	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	๙๕% Confidence Interval of Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยที่ ๓๐ นาที	๒๐๘	๓๗.๑๐๙	๐.๓๒๙	๐.๐๒๓	๓๗.๐๖๕	๓๗.๑๕๒	๓๕	๓๘
อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยที่ ๖๐ นาที	๒๐๘	๓๖.๙๘๒	๐.๓๓๕	๐.๐๒๓	๓๖.๙๓๙	๓๗.๐๒๖	๓๖	๓๙
อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยที่ ๑๒๐ นาที	๒๐๘	๓๗.๐๙๙	๐.๒๘๘	๐.๐๒๐	๓๗.๐๕๕	๓๗.๑๔๒	๓๗	๓๙
Total	๖๒๔	๓๗.๐๖๓	๐.๓๒๓	๐.๐๑๓	๓๗.๐๓๘	๓๗.๐๘๘	๓๕	๓๙

จากตารางที่ ๕ พบว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดที่วัดทั้ง ๓ ครั้งมากกว่า ๓๖.๕ ทั้งหมดของอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง ๓๗.๐๓๘°C และ ๓๗.๐๘๘°C

ตารางที่ ๖ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด ของแต่ละช่วงเวลาหลังคลอดเป็นรายคู่ ปี ๒๕๖๒

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	๒.๐๕๔๑	๒	๑.๐๒๗๐	๑๐.๑๕๖๒	๐.๐๐๐
Within Groups	๖๒.๗๙๘๒	๖๒๑	๐.๑๐๑๑		
Total	๖๔.๘๕๒๒	๖๒๓			

Critical Value ($\alpha=0.05$) = F-table= ๓.๐๑๐๒

จากตารางพบว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายอย่างน้อยหนึ่งคู่ที่มีการวัดซ้ำ มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .๐๕

ตารางที่ ๗ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด ของแต่ละช่วงเวลาหลังคลอดเป็นรายคู่ ปี ๒๕๖๒

คู่เปรียบเทียบ			d	LSD	p
อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๓๐ นาที	กับ	อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๖๐ นาที	๐.๑๓ *	๐.๐๖	๐.๐๐๐
อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๖๐ นาที	กับ	อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๑๒๐ นาที	๐.๑๒ *	๐.๐๖	๐.๐๐๐
อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๑๒๐ นาที	กับ	อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๓๐ นาที	๐.๐๑	๐.๐๖	๐.๗๓๙

จากตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดเป็นรายคู่ พบว่าการวัดซ้ำคู่ของการวัดครั้งที่ ๑ (อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๓๐ นาที) กับ คู่ของการวัดครั้งที่ ๓ (อุณหภูมิเฉลี่ยที่ ๑๒๐ นาที) มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นการวัดซ้ำคู่ที่มี * มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .๐๕

สรุปผลการศึกษา : ได้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จากแนวคิด Warm Chain “ห่วงโซ่ความอบอุ่น” ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด การใช้ถุงพลาสติกใสห่อหุ้มตัวทันที (plastic bags/wraps) ในทารกคลอดก่อนกำหนด การใช้ถุงถั่วเขียวอุ่น และ นวัตกรรมชุดป้องกันการสูญเสียความร้อนจากแผ่นพอยล์สำหรับการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อทารก ผลของการนำรูปแบบการดูแลใหม่ไปใช้ มีการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดเป็นรายคู่ทั้งปี 2559 และ 2562 พบว่า ในปี 2562 การวัดซ้ำคู่ของการวัดครั้งที่ 1 (อุณหภูมิเฉลี่ยที่ 30 นาที) กับ คู่ของการวัดครั้งที่ 3 (อุณหภูมิเฉลี่ยที่ 120 นาที) มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน นอกนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่งผลให้อัตราอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดลดลงเหลือร้อยละ 1.80 และ 1.44 ในปี 2559 และ 2562 ตามลำดับ ไม่พบภาวะตัวเย็นที่รุนแรงรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์อุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่ขาดแคลนคู่อุปสำหรับการเคลื่อนย้ายทารก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ หน่วยงานมีมาตรฐานการดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ

๖.๒ อุบัติการณ์ทารกอุณหภูมิกายต่ำลดลงเหลือร้อยละ ไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำรุนแรง (Severe hypothermia) ทารกมีความปลอดภัยมากขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากทารกตัวเย็น

๖.๓ ประหยัดงบประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ในการจัดซื้อเครื่องให้ความอบอุ่นทารกเคลื่อนที่ (Transfer incubator) จากการใช้งานวัตรกรรมชุดป้องกันการสูญเสียความร้อนร่วมกับถุงฉนวนทนแทน

๖.๔ หน่วยงานได้รับการรับรองเป็นห้องคลอดคุณภาพ โรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จากกรมอนามัย ปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๓

๖.๕ เป็น Model ให้รพช. โดยรพ.ลานสัก และ รพ.บ้านไร่ ขอใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อ ป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำไปใช้ที่ห้องคลอดของรพ.

๖.๖ ผู้รับบริการ (ผู้คลอด) ไว้วางใจในการใช้บริการห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง โดยคะแนน ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องคลอด (IP Voice) สูงสุดของงานผู้ป่วยใน ๒ ปีติดต่อกันในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ โดยความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมากร้อยละ ๘๗ และ ๘๘.๙๗ ตามลำดับ

๖.๗ ผลงานได้รับการคัดเลือกจากกระทรวงสาธารณสุขให้นำเสนอและเผยแพร่ (Poster presentation) ในการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing) ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๓ ได้รับการคัดเลือกจากเขตสุขภาพที่ ๓ นำเสนอและเผยแพร่ (Oral & Booth presentation) ในการประชุมวิชาการการจัดการความรู้

๗. ความมุ่งมั่นและขับเคลื่อนในการดำเนินการ

กระบวนการพัฒนามีหลายขั้นตอน และมีหลายกิจกรรม รวมทั้งมีการติดตามวัดผลทำซ้ำ ทำให้ใช้ระยะเวลา ๒ ปี จึงต้องใช้ความอดทนพยายามสูง ให้กำลังใจตัวเอง มีการวางแผน ตั้งเป้าหมายและจัด ตารางเวลา มีการค้นคว้าและเรียนรู้ด้วยตัวเองเช่นการใช้สถิติขั้นสูง หาที่ปรึกษาหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่จะให้ความ คิดเห็น แนะนำ และปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของทีมพยาบาลห้องคลอดต้องใช้เทคนิคการนิเทศเป็น เครื่องมือเพื่อให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ พยาบาลห้องคลอดมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญในการดูแลอุณหภูมิกายทารกแรก เกิดไม่เท่ากันโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มาทำงานใหม่ในห้องคลอด ต้องมีการให้ความรู้ สอน ฝึกปฏิบัติ นิเทศ และสร้างความตระหนักเห็นความสำคัญของการปฏิบัติที่มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของทารก

๘.๒ ทีมพยาบาลดูแลในระยะคลอด มีเพียง ๒ คน ไม่เพียงพอดูแลทารกแรกเกิดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในห้อง คลอด จึงมีแนวทางการเรียกทีมฉุกเฉิน และมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแลในส่วนของการทารกแรกเกิด

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ สามารถนำรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ไปใช้ในห้องคลอดในดูแล ทารกแรกเกิดทุกคนเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่แรกคลอดจนถึง ๒ ชั่วโมงหลังคลอด รวมทั้งการดูแลทารกที่เคลื่อนย้ายหรือส่งต่อที่มีข้อจำกัดเรื่องการจัดซื้อ Transfer incubator

๙.๒ หน่วยงานต้องให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด สนับสนุนให้มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์ ในปัญหา ผลกระทบ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

๙.๓ ควรปรับใช้รูปแบบการดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดฯแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ทีม EMS กู้ภัย และ โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงที่มีโอกาสคลอดบนรถขณะส่งต่อ (refer) ในการดูแลทารกที่คลอดนอก โรงพยาบาลเพื่อเป็นการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำตั้งแต่ต้นทาง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๐.๑. ได้รับเกียรติบัตร และนำเสนอผลงาน Poster presentation Service Plan สาขาทารกแรกเกิด ในการประชุม Service Plan Sharing ครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๖๐ โดยกระทรวงสาธารณสุข

๑๐.๒ ได้รับเกียรติบัตรและนำเสนอผลงาน Oral & Booth Presentation ในการประชุมวิชาการเขตสุขภาพ ที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๓

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ.....สัดส่วนของผลงาน..... ๑๐๐%

๒)สัดส่วนของผลงาน.....

๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

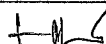
(นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๓ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายอดิเทพ เกรียงไกรวณิช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง

(วันที่) ๔ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (เรื่องที่ ๒)

๑. เรื่อง การเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดจากสูตรของนุสรา กับ Dare's formula

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒ ปี (มกราคม ๒๕๕๙ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๐)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ มีสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการผดุงครรภ์ จากการบริหารโดยสภาการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาและทารกทั้งระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด

๓.๒ มีความสามารถในการเข้าถึงและสืบค้นความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อใช้พัฒนาการปฏิบัติงาน

๓.๒ มีความรู้การทำวิจัย และการใช้สูตรสถิติขั้นสูงชนิด Excel สำเร็จรูป

๓.๓ สามารถสอน ซีเนาะ โค้ช นิเทศพยาบาลทีมห้องคลอดให้มีสมรรถนะการวัดขนาดหน้าท้องมารดา ก่อนคลอดที่ถูกต้องแม่นยำและปฏิบัติได้ใกล้เคียงกันทุกคน เพื่อใช้ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

Safe Labor at Community Hospitals เป้าหมายเพื่อป้องกันการตายของมารดาและทารก และลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน โดยการพัฒนาระบบบริหารจัดการห้องคลอดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ หนึ่งในกระบวนการที่สำคัญคือการกำหนดเกณฑ์และคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ตามความเสี่ยง เพื่อดูแลและส่งต่อในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เกินศักยภาพ โดยเฉพาะการคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมากเกินไป เนื่องจากน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจให้การดูแลและวางแผนการคลอดที่เหมาะสมทั้งอายุครรภ์ วิธีคลอด และสถานที่คลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก โดยพบว่าทารกที่น้ำหนักไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์จะมีอัตราป่วยและตายมากกว่าทารกที่เจริญเติบโตปกติ มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากทารกตัวโต การฉีกขาดของช่องทางคลอด ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เมื่อเจ็บครรภ์คลอดที่แม่นยำย่อมมีผลช่วยลดอัตราตายปริกำเนิดลงได้

การคาดคะเนน้ำหนักทารกทางคลินิก (clinical estimation) โดยการคลำทางหน้าท้อง (clinical palpation) ด้วยวิธี Leopold มีความแม่นยำน้อย และขาดหลักการที่แน่นอนจำเป็นต้องอาศัยผู้มีประสบการณ์สูงและมีความคลาดเคลื่อนได้มาก ในปีค.ศ. ๑๙๙๐ Dare และคณะ (Dare et. All, ๑๙๙๐) ได้ใช้การวัดส่วนสูงของมดลูก (SFH) คู่กับเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ (AC) เป็นค่าประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้ำหนักทารกแรกคลอดโดยมีค่า coefficient of correlation เท่ากับ ๐.๗๔๒ และมีค่า relative error of estimate เพียงร้อยละ ๕.๘ ล่าสุด ปี ๒๐๑๘ Prajapati และ Patel (Prajapati and Patel, ๒๐๑๘) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดในมารดาครรภ์ครบกำหนดจำนวน ๒๒๗ คน จากสูตรของ Dare's formula กับ Johnson's formula พบว่าสูตรของ Dare's formula เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินทร์ เดชรังสรรค์ และ วันเพ็ญ สุขสง (๒๕๖๑) ที่เปรียบเทียบน้ำหนักทารกที่ได้จากผลคูณความสูงของมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกจริงกับค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกจากการคาดคะเนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) นอกจากนี้ นุสรา พัวร์ตันอรุณกร (๒๕๕๑) ได้ศึกษาแลสร้างสมการในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีตัวแปรอิสระเพียง ๒ ตัว คือ SFH และ AC ที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมการที่ได้คือ

เดิมพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลหนองฉางจะคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอดโดยการคลำหน้าท้องจากการวัดความสูงของมดลูกเพียงค่าเดียวและประมาณค่าน้ำหนักทารกจากประสบการณ์ของแต่ละคน

ทำให้มีความคลาดเคลื่อนของน้ำหนักทารกแรกเกิดมาก โดยพบว่าปี ๒๕๕๘ มีคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ๕ ราย คลอดติดไหล่ ๔ ราย เกิด brachial plexus injury ๑ ราย และมารดาตกเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ๒ ราย (งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง, ๒๕๕๘) ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีที่แม่นยำและง่ายต่อการปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดเรื่องการใช้เครื่องอัลตราซาวด์และไม่มีสูติแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดจากสูตรของนุสรากับ Dare's formula

วิธีการดำเนินงาน :

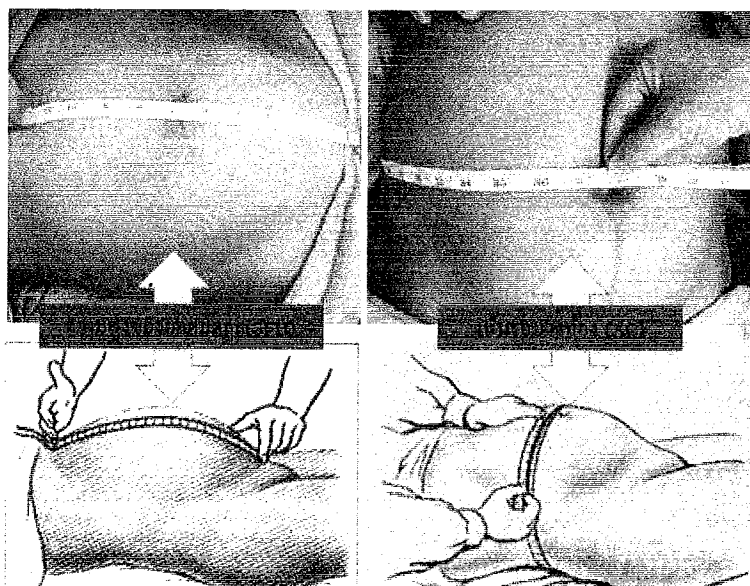
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลหนองฉางระหว่าง มกราคม ๒๕๕๙ ถึง ธันวาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๑๐๘ ราย (จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ได้ ๙๖ ราย) มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ ๓๔ - ๔๑ สัปดาห์ ส่วนน้ำเป็นศีรษะ ฤกษ์น้ำคร่ำยังไม่แตก อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ สายเทปวัด เครื่องชั่งน้ำหนักทารกแบบดิจิตอลที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibration) โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจครรภ์จากพยาบาลห้องคลอดที่ผ่านการฝึกทักษะการวัดขนาดมดลูกจำนวน ๖ คน ในท่านอนหงายราบเหยียดขาตรง หลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว ใช้สายเทปวัด (Non - elastic measuring tape) หน่วยเป็นเซ็นติเมตรวัดความสูงของมดลูก (SFH) ขณะมดลูกคลายตัวจากขอบบนของกระดูกหัวหน้าท่าไปตามหน้าท้องมารดาผ่านสะดือไปจนถึงยอดมดลูก และวัดความยาวของเส้นรอบวงท้องที่ระดับสะดือ (AC) แล้วนำมาคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์ตามสูตรของนุสรากับ Dare พร้อมลงบันทึก ดังนี้

๑. สูตรของ นุสราน (นุสราน พัวรัตนอรุณกร, ๒๕๕๑)

$$\text{Fetal weight (gm.)} = (๘๐.๒๗ \times \text{SFH}) + (๓๒.๘๕ \times \text{AC}) - ๒๗๗๑.๕๗$$

๒. Dare's formula (Prajapati & Patel, ๒๐๑๘)

$$\text{Fetal weight (gm.)} = \text{SFH} \times \text{AC}$$



ภาพประกอบ การวัดขนาดมดลูก

หลังจากนั้นให้การดูแลการคลอดตามมาตรฐาน ซึ่งน้ำหนักทารกแรกเกิดภายใน ๓๐ นาที เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างและข้อมูลครบ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ๑๐๘ ราย ร้อยละ ๖๒ เป็นมารดาครรภ์หลัง มีอายุเฉลี่ย ๒๔.๖๗ ± ๖.๓๙ ปี อายุครรภ์เฉลี่ย ๓๘.๙๘ ± ๑.๓๒ สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ย ๖๕.๙๓ ± ๑๓.๓๘ กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย ๑๕๘.๙๕ ± ๕.๕๕ เซนติเมตร ความสูงของมดลูก (SFH) เฉลี่ย ๓๔.๑๔ ± ๒.๓๔ เซนติเมตร เส้นรอบวงท้อง (AC) เฉลี่ย ๙๕.๕๓ ± ๘.๓๕ เซนติเมตร (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ (n = ๑๐๘)

ข้อมูลทั่วไป	Range	Mean	Std. Deviation
อายุ (ปี)	๑๔ - ๔๒	๒๔.๖๗	๖.๓๙
น้ำหนัก (กก.)	๔๐ - ๑๐๕	๖๕.๙๓	๑๓.๓๘
ส่วนสูง (ซม.)	๑๔๘ - ๑๗๕	๑๕๘.๙๕	๕.๕๕
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	๓๖ - ๔๑	๓๘.๙๘	๑.๓๒
ความสูงของมดลูก (ซม.)	๓๐ - ๔๑	๓๔.๑๔	๒.๓๔
ความยาวของเส้นรอบวงท้องที่ระดับสะดือ (ซม.)	๗๘ - ๑๑๖	๙๕.๕๓	๘.๓๕

น้ำหนักทารกจริงเฉลี่ย ๓,๐๙๙.๕๔ ± ๔๐๐.๓๖ กรัม น้ำหนักทารกเฉลี่ยจากสูตรของนูสราเท่ากับ ๓,๑๐๕.๕๖ ± ๔๐๗.๐๒ กรัม (Mean difference = - ๖.๐๒) พบว่าน้ำหนักทารกเฉลี่ยจากสูตรของนูสรา กับน้ำหนักทารกจริงไม่แตกต่างกัน (p = ๐.๔๒๐) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ ส่วนน้ำหนักทารกเฉลี่ยจากสูตรของ Dare เท่ากับ ๓,๒๗๙.๓๔ ± ๔๔๓.๗๘ กรัม (Mean difference = - ๑๗๙.๘๑) พบว่าแตกต่างกับน้ำหนักทารกจริง (p = ๐.๐๐๐) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เป็นจริง กับ น้ำหนักที่ได้จากการคาดคะเนจากสูตรของนูสรา และ Dare's formula (n = ๑๐๘)

Methods	Range	Mean ± SD	Standard error mean	Mean difference	t	P value
น้ำหนักทารกจริง	๒,๑๑๐ - ๓,๙๕๐	๓,๐๙๙.๕๔ ± ๔๐๐.๓๖	๓๘.๕๒๕	-	-	-
สูตรของนูสรา	๒,๑๙๙ - ๔,๐๘๙	๓,๑๐๕.๕๖ ± ๔๐๗.๐๒	๓๙.๑๖๖	- ๖.๐๒	- ๐.๒๐๓	๐.๔๒๐
สูตรของ Dare	๒,๓๔๐ - ๔,๓๐๘	๓,๒๗๙.๓๔ ± ๔๔๓.๗๘	๔๒.๗๐๓	- ๑๗๙.๘๑	- ๕.๗๒๐	๐.๐๐๐

*p < .๐๑ df = ๑๐๗

สรุปผลการศึกษา

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากสูตรของนูสรา มีความแม่นยำมากกว่าสูตรของ Dare's Formula เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลือง มีความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอด เหมาะสำหรับการคัดกรองเบื้องต้นในห้องคลอด สามารถปฏิบัติได้ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลาโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลการคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอดและวางแผนการคลอดที่เหมาะสมปลอดภัย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ ใช้เป็น Best practice ในการประเมินหรือคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดโดยพยาบาล เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัด และปลอดภัย ทดแทนการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ที่มีข้อจำกัด
- ๖.๒ ใช้ข้อมูลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อประกอบการวางแผนการคลอดที่เหมาะสม ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก (ด้านสถานที่คลอด และ วิธีคลอด)
- ๖.๓ ผู้คลอดที่ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่มากหรือน้อยเข้าเกณฑ์ส่งต่อ จะได้รับการ ประเมินซ้ำโดยแพทย์และส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลอุทัยธานี
- ๖.๔ จากสูตรได้สร้างเป็นตารางน้ำหนักทารกในครรภ์สำเร็จรูปจากการแทนค่า SFH และ AC ที่ค่าต่างๆ เพื่อความถูกต้อง สะดวก และรวดเร็วในการใช้งาน (ดังตารางด้านล่าง)

ตารางน้ำหนักทารกที่คาดคะเนจากส่วนสูงของมดลูก (SFH) และ เส้นรอบวงหน้าท้องมารดา (AC) ที่ค่าต่างๆกัน

$$\text{สูตร Fetal weight (gm.)} = (\text{๘๐.๒๗} \times \text{SFH}) + (\text{๓๒.๘๕} \times \text{AC}) - \text{๒๗๗๑.๕๗}$$

SFH (cm) \ AC (cm)	๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘	๔๐	๔๒	๔๔
๓๖	๓๘๑๒.๐๕	๓๙๗๒.๕๙	๔๑๓๓.๑๓	๔๒๙๓.๖๗	๔๔๕๔.๒๑	๔๖๑๔.๗๕	๔๗๗๕.๒๙	๔๙๓๕.๘๓	๕๐๙๖.๓๗	๕๒๕๖.๙๑
๓๘	๓๘๗๓.๕๙	๔๐๓๔.๑๓	๔๑๙๔.๖๗	๔๓๕๕.๒๑	๔๕๑๕.๗๕	๔๖๗๖.๒๙	๔๘๓๖.๘๓	๔๙๙๗.๓๗	๕๑๕๗.๙๑	๕๓๑๘.๔๕
๓๙	๓๙๓๕.๑๓	๔๐๙๕.๖๗	๔๒๕๖.๒๑	๔๔๑๖.๗๕	๔๕๗๗.๒๙	๔๗๓๗.๘๓	๔๘๙๘.๓๗	๕๐๕๘.๙๑	๕๒๑๙.๔๕	๕๓๗๙.๙๙
๔๐	๔๐๐๓.๖๗	๔๑๖๓.๒๑	๔๓๒๓.๗๕	๔๔๘๓.๒๙	๔๖๔๓.๘๓	๔๘๐๓.๓๗	๔๙๖๓.๙๑	๕๑๒๓.๔๕	๕๒๘๓.๙๙	๕๔๔๓.๕๓
๔๑	๔๐๗๕.๒๑	๔๒๓๔.๗๕	๔๓๙๕.๒๙	๔๕๕๕.๘๓	๔๗๑๖.๓๗	๔๘๗๖.๙๑	๕๐๓๗.๔๕	๕๑๙๗.๙๙	๕๓๕๘.๕๓	๕๕๑๘.๐๗
๔๒	๔๑๔๖.๗๕	๔๓๐๕.๒๙	๔๔๖๖.๘๓	๔๖๒๖.๓๗	๔๗๘๖.๙๑	๔๙๔๗.๔๕	๕๑๐๗.๙๙	๕๒๖๘.๕๓	๕๔๒๘.๐๗	๕๕๘๘.๖๑
๔๓	๔๒๑๘.๒๙	๔๓๗๘.๘๓	๔๕๓๙.๓๗	๔๖๙๙.๘๓	๔๘๖๐.๓๗	๕๐๒๐.๙๑	๕๑๘๐.๔๕	๕๓๔๐.๙๙	๕๕๐๐.๕๓	๕๖๔๐.๐๗
๔๔	๔๒๙๐.๘๓	๔๔๕๐.๓๗	๔๖๑๐.๙๑	๔๗๗๐.๔๕	๔๙๓๐.๙๙	๕๐๙๐.๕๓	๕๒๕๐.๐๗	๕๔๑๐.๖๑	๕๕๗๐.๑๕	๕๗๓๐.๖๙
๔๕	๔๓๖๒.๓๗	๔๕๒๒.๙๑	๔๖๘๓.๔๕	๔๘๔๓.๙๙	๕๐๐๓.๕๓	๕๑๖๓.๐๗	๕๓๒๓.๖๑	๕๔๘๓.๑๕	๕๖๔๓.๖๙	๕๘๐๓.๒๓
๔๖	๔๔๓๓.๙๑	๔๕๙๓.๔๕	๔๗๕๓.๙๙	๔๙๑๓.๕๓	๕๐๗๓.๐๗	๕๒๓๓.๖๑	๕๓๙๓.๑๕	๕๕๕๓.๖๙	๕๗๑๓.๒๓	๕๘๗๓.๗๗
๔๗	๔๕๐๕.๔๕	๔๖๖๕.๐๐	๔๘๒๕.๕๔	๔๙๘๕.๐๘	๕๑๔๕.๖๒	๕๓๐๕.๑๖	๕๔๖๕.๗๐	๕๖๒๕.๒๔	๕๗๘๕.๗๘	๕๙๔๕.๓๒
๔๘	๔๕๗๗.๐๐	๔๗๓๖.๕๔	๔๘๙๖.๐๘	๕๐๕๖.๖๒	๕๒๑๖.๑๖	๕๓๗๖.๗๐	๕๕๓๖.๒๔	๕๖๙๖.๗๘	๕๘๕๖.๓๒	๕๙๗๖.๘๖
๔๙	๔๖๔๘.๕๔	๔๘๐๘.๐๘	๔๙๕๖.๖๒	๕๑๑๖.๑๖	๕๒๗๖.๗๐	๕๔๓๖.๒๔	๕๕๙๖.๗๘	๕๗๕๖.๓๒	๕๙๑๖.๘๖	๕๙๗๖.๔๐
๕๐	๔๗๒๐.๐๘	๔๘๗๘.๖๒	๕๐๓๖.๑๖	๕๑๙๖.๗๐	๕๓๓๖.๒๔	๕๔๙๖.๗๘	๕๖๕๖.๓๒	๕๘๑๖.๘๖	๕๙๗๖.๔๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๑	๔๗๙๑.๖๒	๔๙๕๐.๑๖	๕๑๐๖.๗๐	๕๒๖๗.๒๔	๕๔๐๖.๗๘	๕๕๖๖.๘๒	๕๗๒๖.๓๖	๕๘๘๖.๙๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๒	๔๘๖๓.๑๖	๕๐๒๑.๗๐	๕๑๗๖.๒๔	๕๓๓๗.๗๘	๕๔๗๖.๓๒	๕๖๓๖.๘๖	๕๗๙๖.๔๐	๕๙๕๖.๙๔	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๓	๔๙๓๔.๗๐	๕๐๙๓.๒๔	๕๒๔๖.๗๘	๕๔๐๘.๓๖	๕๕๔๖.๘๖	๕๗๐๖.๔๐	๕๘๖๖.๙๔	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๔	๕๐๐๖.๒๔	๕๑๖๕.๗๘	๕๓๑๖.๓๖	๕๔๗๘.๙๐	๕๖๑๖.๔๐	๕๗๗๖.๙๔	๕๙๓๖.๔๘	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๕	๕๐๗๗.๗๘	๕๒๓๖.๓๒	๕๓๘๖.๘๖	๕๕๔๙.๔๔	๕๖๘๖.๙๔	๕๘๔๖.๔๘	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๖	๕๑๔๙.๓๒	๕๓๐๖.๘๖	๕๔๕๖.๔๐	๕๖๑๘.๐๐	๕๗๕๖.๙๔	๕๙๑๖.๔๘	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๗	๕๒๒๐.๘๖	๕๓๗๘.๔๐	๕๕๒๖.๙๔	๕๖๘๘.๕๔	๕๘๒๖.๔๘	๕๙๘๖.๐๒	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๘	๕๒๙๒.๔๐	๕๔๕๐.๐๐	๕๕๙๘.๐๐	๕๗๖๐.๐๐	๕๘๙๘.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๕๙	๕๓๖๓.๙๔	๕๕๒๑.๕๔	๕๖๖๘.๕๔	๕๘๓๐.๕๔	๕๙๖๘.๕๔	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๐	๕๔๓๕.๔๘	๕๕๙๓.๐๘	๕๗๓๘.๐๘	๕๘๙๘.๐๘	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๑	๕๕๐๖.๐๒	๕๖๖๕.๖๒	๕๘๐๘.๖๒	๕๙๖๘.๖๒	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๒	๕๕๗๗.๕๖	๕๗๓๖.๑๖	๕๘๖๘.๑๖	๕๙๓๐.๑๖	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๓	๕๖๔๙.๐๐	๕๘๐๖.๖๐	๕๙๑๘.๖๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๔	๕๗๒๐.๕๔	๕๘๗๘.๑๔	๕๙๖๘.๑๔	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๕	๕๗๙๒.๐๘	๕๙๕๐.๖๘	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๖	๕๘๖๓.๖๒	๕๙๒๑.๒๒	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๗	๕๙๓๕.๑๖	๕๙๙๒.๗๖	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๘	๕๙๙๖.๖๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๖๙	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐
๗๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐	๕๙๗๖.๐๐

๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

ในการคำนวณน้ำหนักจากสูตรอาจจะไม่สะดวกและมีโอกาสแทนค่าผิดพลาดได้ จึงสร้างตารางคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์สำเร็จรูปเพื่อความสะดวกรวดเร็วและถูกต้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ พยาบาลห้องคลอดมีทักษะ ประสบการณ์ และความชำนาญในการวัดขนาดมดลูกไม่เท่ากันโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่หรือผู้ที่มาทำงานใหม่ในห้องคลอด จึงต้องมีการสอน ฝึกปฏิบัติ ทวนสอบ และติดตามภาพตำหน่งการวัดมดลูกที่ถูกต้องไว้ที่ข้างเตียงตรวจ

๘.๒ พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกมีความคลาดเคลื่อนสูงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อ้วนไขมันหน้าท้องหนา จึงเป็นโอกาสพัฒนาในการศึกษาวิจัยต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ห้องคลอดทุกแห่งสามารถนำสูตรของนุสราไปใช้คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยเฉพาะในรพ.ที่มีข้อจำกัดเรื่องการใช้เครื่องอัลตราซาวด์ และควรศึกษาว่ามีความแม่นยำหรือเกิดผลลัพธ์อย่างไร

๙.๒ ควรมีการฝึกทักษะพยาบาลในการวัดขนาดของมดลูกจนเกิดความชำนาญ มีการประเมินและนิเทศการปฏิบัติจนมั่นใจว่าผลการวัดของพยาบาลทำได้ใกล้เคียงกันมากที่สุด

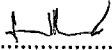
๙.๓ ควรศึกษาเพิ่มในกลุ่มมารดาก่อนคลอดที่อ้วนหรือมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ได้รับเกียรติบัตรและนำเสนอผลงาน (Oral presentation) ในการประชุมวิชาการ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเขต ๓ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒ (ยังไม่ได้ตีพิมพ์)

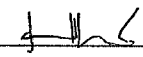
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ์.....สัดส่วนของผลงาน..... ๑๐๐%
 - ๒)สัดส่วนของผลงาน.....
 - ๓)สัดส่วนของผลงาน.....
- ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๓ / สิงหาคม / ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอดิเทพ เกรียงไกรวณิช)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง
(วันที่) ๔ / สิงหาคม / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด

๒. หลักการและเหตุผล

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล หัวหน้างาน เป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทในนำการนิเทศทางการพยาบาลมาใช้ในการ กำกับติดตามดูแล การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะการนิเทศที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อความสำเร็จของงาน (พิสมัย รวมจิตร, ๒๕๕๐) การนิเทศทางการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารการพยาบาล เพื่อให้งานสำเร็จตาม วัตถุประสงค์และเป็นหมายที่กำหนดโดยการบริหารจัดการทั้งทรัพยากรบุคคล เครื่องมืออุปกรณ์ งบประมาณ และกระบวนการทำงานในเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงสามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤกษ์, ๒๕๕๑) โดยมีการกำหนดนโยบาย และ แผนงานที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และการชี้แจงนโยบาย และแผนงานสู่ ผู้ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การติดตามกำกับดูแลบุคลากรทางด้านพยาบาล ส่งเสริมให้ พยาบาลระดับปฏิบัติการเสนอความคิดเห็น และผลงานนวัตกรรมการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีคุณภาพ (สุพิศ กิตติ รัชดา และวาริ วณิชปัญจพล, ๒๕๕๒)

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือ เหตุการณ์ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา โดยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อหญิง ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ภาวะฉุกเฉินที่ พบได้ในห้องคลอดและเป็นสาเหตุการตายหรือทุพพลภาพแก่มารดาและทารก ได้แก่ มารดาตกเลือดหลังคลอด ภาวะน้ำคร่ำอุดตันที่ปอด รกลอกตัวก่อนกำหนด ชักจากครรภ์เป็นพิษ ทารกในครรภ์เครียด คลอดติดไหล่ สาย สะดือย้อย ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด ซึ่งเมื่อเกิดภาวะนี้ถ้าได้รับการประเมินวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และให้ การดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยลง

สถานการณ์ห้องคลอดด้านอัตรากำลังพยาบาลห้องคลอด รพ.หนองฉาง ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๖๕ มีการ โยกย้ายพยาบาลห้องคลอดรวมทั้งหัวหน้างานที่มีความเชี่ยวชาญรวมทั้ง ๓ คน และรับย้ายรักษาการ หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพใหม่รวม ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๕ ของพยาบาลในระดับปฏิบัติงานจัดอยู่ใน ระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Novice) ตามการแบ่งระดับความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาลของเบนเนอร์ (Benner, ๑๙๘๔) ยังขาดความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์ และทักษะทางสูติกรรม เช่น อ่านและแปลผล EFM ความแม่นยำในการตรวจภายใน การดูแลก่อนคลอด การทำคลอดและดูแลทารกแรกเกิด ทำให้เกิด อุบัติการณ์ การคลอดนอกห้องคลอดโดยไม่ได้วางแผน สายรกขาดจากการทำคลอดรก สีมผ้าก๊อชในช่องคลอด มารดาช็อคจากตกเลือดหลังคลอดและเสียชีวิตที่รพ.ที่รับส่งต่อ ทำให้เกิดการร้องเรียนและเข้าสู่กระบวนการ เสียด้วย ม.๔๑ จากปัญหาดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหา โดยทบทวนกระบวนการ ทำงานพบว่าหน่วยงานห้องคลอด ไม่มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน มีการนิเทศแก่บุคลากรในหน่วยงานแบบ

สอนน้อง มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่าทำหน้าที่สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า พบว่าพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศยังไม่เข้าใจในระบบการนิเทศ เนื่องจากไม่มีนโยบายการนิเทศที่ชัดเจน ไม่ได้มีการวางแผนกิจกรรมการนิเทศ มีคู่มือการนิเทศทางคลินิก ทั้งยังขาดความต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอในการนิเทศ รวมทั้งไม่มีการประเมินผลการนิเทศ และวางแผนการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นจริง

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาสนใจวิจัยการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และเห็นโอกาสพัฒนาเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ผู้ให้บริการมีสมรรถนะสูงขึ้น ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ มีความปลอดภัย และไม่เครียด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การนิเทศทางการพยาบาลมีหลากหลายแนวคิด จากการศึกษาแนวคิดการวิจัยการนิเทศทางการพยาบาลที่ผู้ศึกษาสนใจและมีความเหมาะสม มีผลลัพธ์ที่ดี ที่จะนำมาพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมครั้งนี้

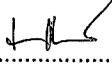
๑. ใช้กระบวนการวิจัยแบบขดลวดตามแนวคิดของ Kemmis และ McTraggart (๑๙๘๘) มี ๔ ขั้นตอน ได้แก่
 - ๑.๑ การวางแผน
 - ๑.๒ การลงมือปฏิบัติตามแผน
 - ๑.๓ การสังเกตผลของการปฏิบัติงาน
 - ๑.๔ การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)
๒. วิธีการสร้างรูปแบบใช้แนวคิดของ Proctor (๒๐๐๑) ประกอบด้วย
 - ๒.๑ การนิเทศตามแบบแผน (Formative) มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ
 - ๒.๒ การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative) มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - ๒.๓ การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative) มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้สึก ทัศนคติที่ดี ลดความเครียด
๓. กระบวนการนิเทศของ สุพิศ กิตติรัชดา และ วารี วนิชปัญจผล (๒๕๑๑) ประกอบด้วย
 - ๓.๑ หลักการเป้าหมายของการนิเทศ
 - ๓.๒ หน้าที่ความรับผิดชอบ บทบาท คุณสมบัติ และสมรรถนะของผู้นิเทศทางการพยาบาล
 - ๓.๓ กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล กิจกรรมการนิเทศ และวิธีการนิเทศ
 - ๓.๔ การวางแผนการนิเทศการพยาบาล เครื่องมือนิเทศทางการพยาบาล
 - ๓.๕ ผลลัพธ์การนิเทศทางการพยาบาล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉาง มีรูปแบบแนวทางการนิเทศ ติดตาม ควบคุม ประเมินผล ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
- ๔.๒ ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร มีความปลอดภัยมากขึ้น
- ๔.๓ พยาบาลห้องคลอดมีความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น และไม่เครียด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด
๒. ได้ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมในห้องคลอด

(ลงชื่อ) 

(นางสาวเนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๓ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางวรรณิ์ พิมพ์เสีทา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลทัพทัน กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและ งานช่วยกลาง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลทัพทัน กลุ่มงานการพยาบาล	๘๘๔๒๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐ %
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน เรื่องที่ ๑ “การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ” เรื่องที่ ๒ “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID โดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แบบท้ายประกาศ”</p>						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน เรื่องที่ ๑ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 ๑. ศึกษาความรู้ทางวิชาการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ COVID -19
 ๒. ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID -19 แบ่งการพยาบาล เป็น ๓ ระยะ
 - ๑). การพยาบาลระยะแรกเริ่มหรือในภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต กิจกรรมการพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ประเมินอาการและอาการแสดงและการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ
 - ๒). การพยาบาลในระยะที่นอนในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลเป็นระยะทดแทนในส่วนที่พร่อง ต้องใช้เวลาการดูแลที่รวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลต้องรับทราบอาการของโรคก่อนผู้ป่วยจะได้รับอันตราย หรือสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ กิจกรรมการพยาบาลจะเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง
 - ๓). ระยะพักฟื้น กิจกรรมการพยาบาลเป็นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ
 ๓. ศึกษาการใช้เครื่องให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง(HFNC):การบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราไหลสูง เป็นเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยหายใจ โดยไม่สอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (non-invasive respiratory support) ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe hypoxia) หรือมีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ได้รับออกซิเจนในอัตราการไหลสูง(high flow oxygen rate)
 ๔. หลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในภารกิจดูแลรักษาผู้ป่วย วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการดูแลรักษารวมถึงให้บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ไม่ติดเชื้อจากการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญดังนี้
 - ๑). แนวปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล
 - ๒). คุณลักษณะและองค์ประกอบของห้องแยกโรค/หอผู้ป่วยแยกโรค
 - ๓). การทำความสะอาดห้องแยกโรค /หอผู้ป่วยแยกโรค
 - ๔). การทำความสะอาดผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย
 - ๕). การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
 - ๖). การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ๗). การเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากร
 - ๘). การทำความสะอาดห้องผู้ป่วย
 - ๙). การทำความสะอาดรถพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔ สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่และเป็นโรคติดต่ออันตราย มีสาเหตุจากการติดเชื้อ SAR - CoV2 สามารถติดต่อผ่านทางเดินหายใจ จากละอองฝอยของเสมหะ การไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย และการสัมผัส อาการและอาการแสดง จำแนกเป็นผู้ป่วยไม่มีอาการ มีอาการไม่รุนแรง และอาการรุนแรงร่วมกับปอดอักเสบ

จากการระบาด COVID-19 ระลอก ๓ ที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวนมาก จังหวัดอุทัยธานีจัดทำโครงการรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 กลับมารักษาตามภูมิลำเนา โรงพยาบาลทัพทัน ทำการปรับเตียง cohort ward จาก ๖ เตียง ปรับเพิ่มเป็น ๑๒ เตียง ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เปิดบริการ cohort ward จำนวน ๕๐ เตียง รับผู้ป่วยสีแดง ๕ เตียง ผู้ป่วยสีเหลือง ๔๕ เตียง ทั้งนี้ร่วมกับภาคีเครือข่ายจังหวัดอุทัยธานี จัดตั้งโรงพยาบาลสนามกาญจนา ให้การดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลในเครือข่าย ประกอบด้วยโรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 คั่นถิ่นตามภูมิลำเนา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทัพทัน จำนวน ๒๘๘ ราย พบผู้ป่วย severe pneumonia ๑๖ ราย ส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด จำนวน ๑๒ ราย และมีความรุนแรง ต้องให้การรักษาด้วย HFNC ในโรงพยาบาลทัพทัน จำนวน ๔ ราย

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการจัดการปัญหา และวางระบบในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมผสมผสานระหว่าง ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการ การดูแลในภาวะวิกฤต โดยการรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าเกี่ยวกับสิ่งที่รู้สึกทุกข์ หรือมีความวิตกกังวล ตลอดจนตอบข้อสงสัยและข้อข้องใจของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียด ความหวาดกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการใช้สูง ให้ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและมีคุณภาพ
๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
๓. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

เป้าหมาย

ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา
๒. ค้นคว้าตำราเอกสารวิชาการเพื่อนำมาศึกษาและประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
๓. รวบรวมค้นคว้าหาข้อมูลจากรายงานประวัติของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและญาติ นำมาศึกษาและ

วิเคราะห์

๔. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
๕. จัดทำกรณีศึกษา/รวบรวมผลงานวิชาการ ประกอบเป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหา จัดทำรูปเล่ม
๖. นำเสนอคณะกรรมการตรวจสอบผลงาน ดำเนินการจัดพิมพ์ รูปเล่มและนำเผยแพร่

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

จัดทำกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดอักเสบ จำนวน

๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน
๒. ญาติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเลือกแนวทางการรักษา และได้รับทราบ อาการ ความคืบหน้าของโรค แผนการรักษาของแพทย์ และแผนการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง
๓. ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิต อยู่ที่บ้านได้อย่างมีความสุข

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบ สำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วย Co-ward หรือโรคติดต่อที่จำเป็น ต้องได้รับการดูแลรักษาในลักษณะคล้ายกัน ไปใช้ปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลสนามกาญจนาด้วยอาการ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ PCR for SARS-Cov- 2 : detected ผลภาพถ่ายรังสี วันแรก patchy infiltration right > left lung ประวัติ old TB ร่วมด้วย ทำให้ปอดหย่อนความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๘๙ % room air ได้รับการรักษา Oxygen cannula ๓ LPM ร่วมกับการจัดท่านอนคว่ำ (prone position) หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ๑ วัน ยังมี ไข้สูง ร่วมกับไอ เหนื่อยมากขึ้นเวลามีกิจกรรม ผลถ่ายภาพรังสีพบ infiltration and ground glass opacity both lung ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายร้อยละ ๙๒ ขณะให้ nasal cannula ๕ LPM ผู้ป่วยมีภาวะ severe hypoxia ปรับการดูแลจาก nasal cannula ๕ LPM เป็น High-Flow Nasal Cannula การรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง แก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดแดง ดูแลการใช้ High-Flow Nasal Cannula จัดท่า prone position การพยาบาลขณะ prone position คือ ประเมินการหายใจ โดยสังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ประเมินค่า oxygen saturation

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในภารกิจการศึกษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ จะต้องไม่ติดเชื้อจากการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการทบทวนกรณีศึกษา โรคติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ พบข้อจำกัดดังนี้

๑. ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ (Structure) ไม่เอื้อต่อการให้บริการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะพร่องออกซิเจน ต้องทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย (aerosol) โดยการใช้เครื่องปล่อยออกซิเจนอัตราไหลสูง (high flow nasal oxygen) ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในห้องแยกโรค ความดันลบ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน มี Modified negative Pressure room จำนวน ๑ ห้อง

๒. ด้านบุคลากร (Staffs) เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ เชื่อสามารถติดต่อจากคนสู่คน ผ่านทางเดินหายใจจากละอองฝอยของเสมหะ จากการไอ จาม และยังไม่มียารักษาที่เฉพาะ การดูแลจำเป็นต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment : PPE) ส่งผลให้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีภาวะเครียด ขาดทักษะการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ เช่น เครื่องปล่อยออกซิเจนอัตราไหลสูง (high flow nasal oxygen)

๓. ด้านระบบการดูแล (System) เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน การรักษาเป็นแบบประคับประคอง ตามอาการและอาการแสดง บุคลากรต้องสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ และติดตามอาการผู้ป่วยผ่านจอมอนิเตอร์ กล้องวงจรปิด ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะพร่องออกซิเจน จำเป็นต้องใช้เครื่องปล่อยออกซิเจนอัตราไหลสูง (high flow nasal oxygen) การเข้าดูแลผู้ป่วย ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) และนโยบายการงดเยี่ยมผู้ป่วย การแยกกักตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนกรณีศึกษา มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของโรงพยาบาล ดังนี้

๑. เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID -19 ต้องพักในห้องแยกโรค การเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล แต่ละครั้งต้องใช้เวลาสวมชุดป้องกัน (PPE) ดังนั้นต้องมีการวางแผนการรักษาและการพยาบาล

๑.๑ ควรมีการคาดการณ์วางแผนและกำหนดกิจกรรมล่วงหน้าเช่น ประเมินและคาดการณ์ให้ได้ว่า ผู้ป่วยต้องการรักษา ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือ ยาอะไรบ้าง หรืออาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีอะไรบ้าง เพื่อสามารถจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และยาต่างๆให้เพียงพอ พร้อมใช้ สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

๑.๒ ต้องวางแผนจัดลำดับและรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาล ที่จะไปให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละครั้ง เพื่อจะได้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนและรวดเร็ว

๒. ต้องมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 แบ่งเป็น ๓ ระยะ

๒.๑. ระยะวิกฤต การพยาบาลควรมุ่งเน้นการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามชีวิตเช่น อาการจากการติดเชื้อ COVID-19 อาการจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา ควรให้การพยาบาลครอบคลุมปัญหา และความ ต้องการ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๒ ระยะฟื้นวิฤต หรือระยะฟื้นฟู การพยาบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายตาม D METHOD ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนให้การพยาบาลฟื้นฟูด้านจิตใจ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการประสานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

๒.๓ ระยะการวางแผนจำหน่าย การเตรียมแนวทางการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมทั้ง ๓ เรื่อง

๒.๓.๑ จำหน่ายกลับบ้าน ควรมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีไม่กลับเป็นซ้ำ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีระบบติดตามผลต่อเนื่อง

๒.๓.๒ จำหน่ายส่งต่อ ทั้งส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลตติยภูมิที่ศักยภาพสูง และส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ควรมุ่งเน้นการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง และมีระบบติดตามผลต่อเนื่อง

๒.๓.๓ จำหน่ายถึงแก่กรรม ควรวางแผนการจัดการศพ สื่อสารความเข้าใจกับญาติและผู้เกี่ยวข้องถึงวิธีการจัดการศพ ตลอดจนการฃาปนกิจ

๓. ทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19

๓.๑ ควรมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆที่ต้องใช้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

๓.๒ ต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องปล่อยออกซิเจนอัตราไหลสูง (high flow nasal oxygen)

๓.๓ ต้องมีทักษะสามารถประเมิน วางแผนและตัดสินใจ ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID -19

๔. ควรมีการปรับปรุงโครงสร้าง Cohort ward ให้ได้มาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ)

(นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา)

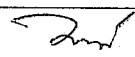
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๔ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางณัฐมา พิทักษ์อรณพ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้นในแต่ละรายการ ดังนี้

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ..... 

(นายวศิน โปธิพิทักษ์)

ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพทัน

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. ชื่อผลงาน เรื่องที่ ๒ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) :กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๔ - วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure or cardiac failure or pump failure) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจ จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ซึ่งลักษณะอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะของอาการแสดง จะมีอาการหายใจลำบาก และอ่อนล้า ตรวจร่างกายพบว่า มีอาการบวมและปอดมีเสียง rales และจากลักษณะความผิดปกติของพยาธิสภาพการทำหน้าที่ของหัวใจนี้ ยังส่งผลทำให้การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเรื้อรัง และทำให้เกิดระดับความรุนแรงของโรคมามากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีอัตราการตายสูงขึ้นในแต่ละปี ประกอบกับแนวโน้มสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยลักษณะอาการเช่นเดิม ซึ่งในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต ต้องมีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญ ในการประเมินอาการ อาการแสดงต่างๆได้อย่างรวดเร็ว รายงานแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

๑. เกิดจากความผิดปกติของหัวใจเอง แบ่งเป็น ๓ ชนิดคือ

๑.๑ ความผิดปกติทางกลไกการไหลเวียนของเลือดแบ่งเป็น

๑.๑.๑ ความดันในท้องหัวใจสูงเกินไป(Pressure overload)

๑.๑.๒ ปริมาตรของเลือดในท้องหัวใจมากเกินไป (Volume overload)

๑.๑.๓ มีการลดลงของเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ (Impair filing)

๑.๒ ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจ

๑.๓ ความผิดปกติที่จังหวะการเต้นของหัวใจ

๒. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากหัวใจ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๒.๑ ภาวะที่เกิดจากการเพิ่มของ Blood volume

๒.๒ การลดลงของ Peripheral resistance (After load)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มี ๓ ระยะ

๑. การพยาบาลในระยะแรกเริ่มหรือในภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและระบบหายใจ ทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป กิจกรรมการพยาบาลเป็นแบบการทดแทนทั้งหมด เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ประเมินอาการและอาการแสดง ฝ้าระวังสังเกตอาการเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะคุกคามของชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ญาติจึงมีความสำคัญในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเน้นการมีส่วนร่วมของญาติและการให้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นระยะๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การพยาบาลในระยะที่นอนในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลเป็นระยะทดแทนในส่วนที่พร่อง ต้องใช้เวลาในการดูแลที่รวดเร็ว เพื่อป้องกันความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องรับทราบอาการของโรคได้ก่อน ที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายถึงพิการหรือสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ กิจกรรมพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง และให้ญาติมีส่วนร่วมโดยให้ความรู้ และปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

๓. ระยะพักฟื้น กิจกรรมการพยาบาลเป็นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ โดยใช้การสอนและสาธิต การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต การสังเกตอาการผิดปกติ ให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นการพัฒนาคูณภาพการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีของโอเร็ม เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด มุ่งเน้นการแก้ปัญหา สุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน ให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดย พยาบาลต้องสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลง การให้การพยาบาลรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การส่งเสริมฟื้นฟู โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ

๔. สรุปสาระสำคัญและขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะ หายใจเหนื่อยหอบ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อันเป็นสาเหตุที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลทั้งหมด เป็นอันดับ ๑๑ ของโรคที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จำนวน ๖๙, ๖๑ และ ๗๕ รายตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มที่พบแต่ละปีไม่แตกต่างกัน เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง สำหรับการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
๓. เพื่อพัฒนาแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยใช้คู่มือ/แนวทาง การดูแลตนเอง
๔. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

เป้าหมาย

พยาบาลในหอผู้ป่วย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ถูกต้อง ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอันตรายถึงชีวิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะนำมาศึกษาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญกลุ่มเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต
๒. ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งสืบค้นงานวิจัยและข้อมูลทาง Internet
๓. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย จากญาติและผู้ร่วมงาน
๔. นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อบกพร่องและหาโอกาสพัฒนา
๕. จัดทำกรณีศึกษา
๖. รวบรวมผลงานวิชาการที่ค้นคว้ามาประกอบเป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญห จัดทำรูปเล่ม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ทำกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว(Congestive Heart Failure) จำนวน ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนที่วางไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
๒. ญาติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเลือกแนวทางการรักษา ได้รับทราบการดำเนินของโรค การปฏิบัติตัว การพยากรณ์โรค
๓. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพตามสิทธิผู้ป่วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับการทำผลงานวิชาการ
๒. ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
๓. เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลและสามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก จากที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนราบได้ ฟังเสียงปอดมี Crepitation และ Wheezing จึงทำให้เนื้อเยื่อในร่างกายขาดออกซิเจน ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว มีด้วยกันหลายสาเหตุ ดังนั้น พยาบาลต้องเข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จากที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังและมีภาวะระดับโคเลสเตอรอลสูง ประกอบกับอายุ ๗๒ ปี เป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะว่าหัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติ ต้องเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ มีผลทำให้หัวใจโตขึ้น และจะทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และต่อมาทำให้ภาวะหัวใจขยาย (Cardiac Dilatation) โดยที่ผนังกล้ามเนื้อหัวใจจะยืดขยายออก ทำให้ผนังหัวใจบางลง สาเหตุ เนื่องมาจากมีเลือดเหลือค้างอยู่ใน Ventricle มากทำให้ความดันภายในสูงขึ้น และค่อย ๆ ตันกล้ามเนื้อหัวใจให้บางลง จึงเกิดน้ำท่วมปอดและ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประกอบกับไตวาย การขับน้ำในทางเดินปัสสาวะลดลง ยิ่งส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นจนเกิดอาการล้มในการบีบตัวส่งเลือดจึงเกิดน้ำท่วมปอดตามมา

ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล เพื่อให้อาการของผู้ป่วยพ้นภาวะคุกคามของชีวิตและได้รับความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากเข้าการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการเข้ารับการรักษา จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและมีค่าใช้จ่ายในการดูแล ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีภาระเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และขาดความเข้าใจการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องเน้นในเรื่องการดำเนินชีวิต และเน้นส่งเสริมให้ญาติ คอยช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการกลับไปเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ

๙. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถในการประเมินความรุนแรงของโรค และตัดสินใจให้การช่วยเหลือ มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วย สื่อสารปัญหาและความต้องการผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ดี ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง ไม่ขัดต่อมาตรฐานสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้บริหารให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ให้ได้รับการฟังวิชาการอย่างสม่ำเสมอ และติดตามนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งประสานทีมสหสาขาในการดูแลและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

๑๐ การเผยแพร่ผลงาน -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ)

(นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา)

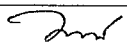
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๔ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

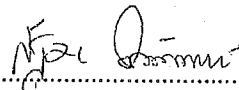
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวราภรณ์ พิมพ์สีทา สักส่วนของผลงาน ๑๐๐%	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนัฐมา พิทักษ์อรรมพ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้นในแต่ละรายการ ดังนี้

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ.....

(นายวศิน โปธิพิทักษ์)

ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็น
เรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ
อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือ โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดได้ง่ายจากคนสู่คน มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ความรุนแรงของโรค อาจแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยเฉพาะบุคคล จากสถานการณ์ปัจจุบัน พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID

เป็นอาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย

จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ได้สำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 พบว่าอาการ Long COVID ใน ๗ อันดับแรก คือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หมดแรง ปวดกล้ามเนื้อ ตามลำดับ

โรงพยาบาลทัพทัน พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด -19 COVID pandemic wave ๔- ๕ จำนวน ๕,๔๖๔ ราย รักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน ๘๕๑ ราย รักษาแบบ Home Isolation จำนวน ๓,๘๔๘ ราย และแบบ OPSI จำนวน ๓๖๕ ราย (ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลทัพทัน ณ.วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการดูแลผู้ป่วย Long COVID ที่ครอบคลุมต่อเนื่องทั่วถึง โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ผู้เสนอแนวคิด จึงมีความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Long COVID โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากประเด็นปัญหาภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID Syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID เป็นอาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ได้สำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด -19 พบว่า อาการ Long COVID ใน ๗ อันดับแรก คือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หมดแรง ปวดกล้ามเนื้อ ตามลำดับ ดังกล่าว ผู้เสนอแนวคิด ดำเนินการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎี Edward Damming มาเป็นแนวในการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (DO) ขึ้นตามติดตามประเมินผล (Check) และขั้นการปรับปรุง (Act) โดยการนำหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ ๕ ประการ ดังนี้

๑). Primary medical care หรือ Care on first contact basic การดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลในขั้นต้นในชุมชน โดยการเข้าถึงบริการได้ตามมาตรฐาน มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

๒). Holistic care หรือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลคน ไม่ใช่ดูแลโรค ที่มองผู้ป่วยเพียงมุมมองเดียว เฉพาะชีววิทยา (โรค) แต่ต้องมองผู้ป่วยทุกมิติที่มีผลกระทบต่อการใช้ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัวและชุมชน(Bio Psycho Social

Spiritual) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้นำทีมในการดูแลที่มุ่งเน้นให้ระบบบริการ มีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic Sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วน มาเป็นการมองแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

๓.) Continuing care เป็นการดูแลต่อเนื่องทุกระยะ ตั้งแต่พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นหาความเสี่ยงของภาวะความเจ็บป่วย การดูแลจนถึงระยะสุดท้ายจนถึงการเสียชีวิต เป็นดูแลตลอดชีวิตของคน รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวที่มีความเข้าใจจนก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความศรัทธาและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

๔.) Comprehensive care เป็นการดูแลครอบคลุมผสมผสาน ครอบคลุมทุกด้านตั้งแต่การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง การฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีการให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ วิธีการปฏิบัติตัว การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

๕.) Consultation and referral system มีระบบการให้การปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและญาติสามารถขอรับคำปรึกษาได้อย่างใกล้ชิดตามปัญหาการเจ็บป่วยของทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรค มีการให้คำแนะนำก่อนการตัดสินใจ เข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงทำหน้าที่เชื่อมประสานการส่งต่อไปรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีระบบรองรับที่ชัดเจน พร้อมทั้งการติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง

ขั้นที่ ๑ ขั้นการวางแผน (Planning)

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ และประเมินสภาพปัญหา โดยประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการและกำหนดแนวทาง

๒. จัดเตรียมการให้ความรู้ทางวิชาการโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) แนวทางการประเมินผู้ป่วยคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และแนวทางการส่งต่อ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก Long COVID ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กรมการแพทย์เสนอ

๓. กำหนดขอบเขตบริการ การดูแลผู้ป่วย COVID-19 ที่พ้นระยะเฉียบพลัน และยังคงมีอาการผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย ให้ครอบคลุม การให้คำปรึกษา การตรวจประเมิน การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ตรวจพิเศษ การวินิจฉัย การดูแลรักษา ติดตามอาการ และการส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (กรณีจำเป็น)

๔. กำหนดรูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก (นัดหมายการรับบริการ/ให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช) และจัดตั้งคลินิก Long COVID และ/หรือ คลินิกเสมือนจริง (Virtual clinic) ในสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่พหุ และเครือข่ายระดับปฐมภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและใช้กลไกการขับเคลื่อน ๓ หมอ อบรมให้ความรู้การประเมินผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย ของหมอคคนที่ ๑ อาสาสมัครสาธารณสุข

ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (DO)

ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติที่กำหนดไว้ขั้นที่ ๑

๑. ประชุมชี้แจงบุคลากรให้มีความรู้ การใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) ณ หน่วยบริการปฐมภูมิคลินิก

หมอครอบครัว โดยใช้กลไกครอบครัวมีหมอประจำครอบครัว ๓ คน

๒. นำแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย ลงสู่การปฏิบัติ ทั้งในโรงพยาบาลทัพทัน และ รพ.สต.เครือข่าย

๓. สนับสนุนการจัดตั้งกรุ๊ปไลน์ Facebook หรือสื่อโซเชียล อื่น ๆ ให้ประชาชนมีส่วนร่วม และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารได้.

๔. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดระบบให้คำแนะนำผู้ป่วย COVID -19 ก่อนจำหน่ายทุกรูปแบบการรักษาพยาบาล ให้สามารถเข้าถึงช่องทาง การให้ความรู้เรื่อง Long COVID กลุ่มที่มีอาการปอดอักเสบ ส่งต่อข้อมูลกับ ทีม Home Health care เพื่อให้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ ๓ ขั้นการติดตามและประเมินผล

มีการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) ทุก ๒ เดือน เพื่อทบทวนผลการดำเนินการ

ระยะที่ ๔ ขั้นการปรับปรุง

๑. การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน ต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) นำมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ในการวางแผนพัฒนาที่เหมาะสม

๒. วิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็งที่ต้องส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ได้แผนที่ปรับแล้วนำไปสู่การปฏิบัติและมีการปรับปรุงในรอบต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

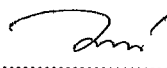
๑. เป็นการให้บริการสุขภาพที่เน้นเครือข่ายความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ มีรูปแบบของการบริการเชิงรุก และพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการของมิติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่ม Long COVID อย่างเป็นองค์รวมและมีความต่อเนื่อง

๒. ผู้ป่วยกลุ่ม Long COVID เข้าถึงบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless care) สามารถยกระดับคุณภาพชีวิต หลังการติดเชื้อโควิด-19

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มผู้ป่วย Long COVID มีความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการที่ไร้รอยต่อ

๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID จำเป็นต้องพบแพทย์ได้รับการส่งต่อ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)..... 

(นางวารภรณ์ พิมพ์สีทา)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางประยัตต์ แจ่มแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองขาหย่าง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองขาหย่าง กลุ่มงานการพยาบาล		
		พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ	๘๙๖๒๘	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๙๖๒๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				
						๑๐๐ %

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 เมษายน 2565 – 31 สิงหาคม 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน เปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและทราบถึงระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

2. เพื่อศึกษาความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

3. เพื่อศึกษาทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

4. เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 281 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษาเป็นเชิงปริมาณ ซึ่งอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. สามารถเปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานีได้

2. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและระดับของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. มีความยากลำบากในการตอบแบบสอบถามผู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มสูงอายุ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ใช้ระยะเวลาในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อความของแบบสอบถาม
2. การสอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติมีความยากลำบากในบางครั้งซึ่งจำเป็นต้องใช้ทักษะในการสื่อสาร

9. ข้อเสนอแนะ

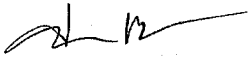
1. ให้ความรู้โดยการจัดอบรมหรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. ควรมีการทำการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในด้านการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางประหยัด แจ่มแสง สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

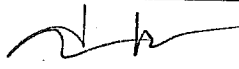
(นางประหยัด แจ่มแสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ ๓ ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางประหยัด แจ่มแสง	

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)..... สัจจิต กรโกษา

(นางสมจิต กรโกษา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่)..... ๕ ๓ ๕.ค. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองขาหย่าง

(วันที่)..... ๕ ๓ ๕.ค. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญมากทางระบาดวิทยา ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกให้ความสนใจ ทั้งนี้พบว่าประชากรไทยทุก ๆ 100 คน จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 6 คน และสำหรับประเทศไทยและประเทศทางเอเชียนั้นผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 หรือเบาหวานที่พบในผู้ใหญ่และไม่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) ในขณะที่ประเทศทางยุโรปและอเมริกามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 เพียงร้อยละ 85 เท่านั้น

แม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่รู้จักกันมานานถึง 3,500 ปีแล้วก็ตาม ดังปรากฏในการบรรยายอาการของโรคในสมุดบันทึกโบราณของชาวอียิปต์ชื่อ อีเบอร์ พาไพรัส แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่งมาค้นพบกันในระยะเวลา 100 กว่าปีมานี้เอง ความรู้ที่ว่าสาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนนั้นได้รับการค้นพบในปี 1889 โดยนักวิทยาศาสตร์ 2 คน คือ โยเซฟ ฟอน เมริง (Joseph von Mering) และออสการ์ มินคอฟสกี (Oskar Minkowski) นักวิทยาศาสตร์ทั้งสองได้ทดลองตัดเอาตับอ่อนของสุนัขออกไปและพบว่าสุนัขที่ถูกตัดตับอ่อนนั้นกลายเป็นเบาหวาน ย่อมแสดงว่าตับอ่อนเป็นอวัยวะที่สร้างสารป้องกันไม่ให้เกิดเบาหวานได้ นักวิทยาศาสตร์ในยุคนั้นจึงได้หันมาสนใจที่จะสกัดสารดังกล่าวออกมาจากตับอ่อน

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ในด้านอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรในเขตอำเภอหนองขาหย่าง พบว่ามีจำนวนมากถึง 947 คน จากประชากร 9,910 คน คิดเป็นร้อยละ 9.55 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี การดูแลสุขภาพตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญในการให้การรักษาโรคดังกล่าวนี้ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนและดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. สร้างความรู้ความเข้าใจในด้านการดูแลตนเองและเสริมสร้างพฤติกรรมการรักษาอาการของโรคในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น
2. ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ดี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเองและยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการรับฟังคำแนะนำจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำกลับไปศึกษาหาแนวทางอื่น ๆ ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกคนในครอบครัว

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนา ส่งเสริม การดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไปได้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองขาหย่าง อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี อยู่ในระดับสูง

(ลงชื่อ)..... 

(นางประหยัด แจ่มแสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... ๓ ส.ค. 2565

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ และยาเสพติด	ตำแหน่ง เลขที่	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นายสมนึก หงษ์ยิ้ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	๘๙๔๘๒	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการ	๘๙๔๘๒	๘๙๔๓๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ “ตุลุกหมูโมเดล” : รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ” “Tuluk Moo Model” : Community Participatory Waste Management Model ”						๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) The Development of Network Participation Model to Corona Virus Disease 2019 Prevention, and Control ”						
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน “ตลุกหมูโมเดล” : รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

“Taluk Moo Model”: Community Participatory Waste Management Model

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. แนวคิดการจัดการขยะมูลฝอย
๒. แนวคิดการมีส่วนร่วม
๓. แนวคิดการจัดทำแผนที่ผลลัพธ์
๔. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกต่างเผชิญสถานการณ์ขยะมูลฝอยล้นเมือง เฉพาะเขตเมืองใหญ่ ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นสร้างอัตราการเกิดขยะมูลฝอยราว ๗.๒ แสนล้านตันต่อปีร้อยละ ๕๐ ของขยะมูลฝอยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ธนาคารโลก รายงานสถานการณ์ ขยะมูลฝอยของโลกว่า เมื่อปี๑๙๙๐ ทั่วโลกมีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองราว ๒.๒ พันล้านคน สร้างปริมาณขยะมูลฝอยราว ๓ แสนตันต่อวัน แต่เมื่อถึงปี๒๐๐๐ ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้น ๒.๙ พันล้านคน ปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น ๑.๓ พันล้านตันต่อวัน และคาดว่าในปี๒๐๒๕ ประชากรใน เขตเมืองอาจเพิ่มสูงไปถึง ๔.๓ ล้านคน ปริมาณอาจเพิ่มขึ้นสูงถึง ๒.๒ พันล้านตันต่อวัน ในขณะที่ ของเสียอันตรายประเภทปนเปื้อน สารเคมีโลหะหนัก ที่มีอยู่ราว ๔๐ ล้านตัน ซึ่งคาดว่าในปี๒๐๐๗ ไป ถึงปี ๒๐๒๐ ปริมาณของเสียอันตรายอาจเพิ่มเป็น ๔ เท่าหรือประมาณ ๑๖๐ ล้านตันต่อปี ร้อยละ ๐.๓% เท่านั้นที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง ทำให้มีประชาชนทั่วโลกต้องสูญเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับ ขยะมูลฝอยถึงปีละ ๕.๐ ล้านคนต่อปีการใช้งบประมาณหรือต้นทุนการนำขยะมูลฝอยเหล่านี้ไปกำจัด จากปีละ ๒๐๕.๔ พันล้านดอลลาร์อาจเพิ่มขึ้นสูงไป ๓๗๕.๕ พันล้านดอลลาร์ต่อปี สำหรับปริมาณขยะมูลฝอย ในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติปี ๒๕๖๑ มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น ประมาณ ๒๗.๘ ล้านตัน เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๐ มีปริมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๖๔ เนื่องจากการขยายตัวของชุมชนเมือง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่ สังคมเมืองส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยในหลายพื้นที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าปริมาณขยะมูลฝอย จะเพิ่มขึ้นการจัดการขยะมูลฝอยในปี ๒๕๖๑ มีแนวโน้มดีขึ้น ขยะมูลฝอยชุมชนได้ถูกคัดแยก ณ ต้นทางและนำกลับไปใช้ประโยชน์ ๙.๕๘ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๔) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๓ ส่วนใหญ่เป็นการ ใช้ประโยชน์จากขยะรีไซเคิล และทำปุ๋ยอินทรีย์ ขยะมูลฝอยชุมชนอีกจำนวน ๑๐.๘๘ ล้านตัน (ร้อยละ ๓๙) ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง ส่วนที่เหลือเป็นขยะที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง ประมาณ ๗.๓๖ ล้านตัน (ร้อยละ ๒๗) แนวโน้มการจัดการขยะที่ดีขึ้น เป็นผลมาจากนโยบายของ รัฐบาลที่มุ่งสู่การเป็นสังคมปลอดขยะ (Zero Waste Society) บนแนวคิด ๓R-ประชารัฐ มุ่งเน้นการจัดการขยะมูลฝอย ณ ต้นทาง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ และประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในปัจจุบัน คือการทำให้ขยะมูลฝอยเกิดขึ้นน้อยที่สุด จึงจำเป็นต้องให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการ ขยะมูลฝอย สามารถลดปริมาณการเกิดขยะมูลฝอย ที่จะต้องนำไปกำจัด และสามารถนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์ใหม่ ตามกระบวนการ ๓R อันได้แก่ ใช้น้อยหรือลดการใช้ (Reduce) และใช้ซ้ำ (Reuse) จนไม่สามารถนำไปใช้ซ้ำได้อีก กลายเป็นขยะมูลฝอย จากนั้นจึงนำไปคัดแยกเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้โดยการรีไซเคิลหรือแปรรูปใช้ใหม่ (Recycle)จังหวัดอุทัยธานีมีขยะเกิดขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จำนวน ๘๕.๗๙ ต้นต่อวัน เป็นขยะมูลฝอยทั่วไป ๕๖.๘๘ ต้น ขยะอินทรีย์ ๑๖.๒๓ ต้น ขยะรีไซเคิล ๑๑.๖๘ ต้น และขยะอันตราย ๐.๘๙๗ คัน มีการจัดการขยะภายใต้โครงการจังหวัดสะอาด มุ่งเน้นมาตรการลดปริมาณขยะ และคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิด รวมถึงการนำขยะมาใช้ประโยชน์และสนับสนุนให้มีหมู่บ้านต้นแบบอำเภอละ ๑ หมู่บ้าน แต่ยังมีปัญหา คือประชาชนยังไม่คัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะในชุมชนน้อย รวมถึงยกบทบาหน้าที่การจัดการขยะให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขาดการนำขยะมาใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง (จังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๔) ดังนั้นเพื่อหารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของชุมชนอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบ ในการจัดการขยะนาร่อง ในพื้นที่ “บ้านตลุกหมู” ตำบลหนองกลางดง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งประชาชนในหมู่บ้านได้เห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องขยะของชุมชน และมีความต้องการที่จะจัดการปัญหานี้ด้วยชุมชนเอง มีทุนศักยภาพในด้านแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถขับเคลื่อนนโยบายการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมได้จากข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า บ้านตลุกหมู มีปริมาณขยะเฉลี่ยประมาณ ๑๓๕.๔๑ กิโลกรัม/ครัวเรือน/เดือน ประเภทขยะที่พบ คือ ถุงพลาสติก กล่องโฟม เศษอาหาร มูลสัตว์ เศษวัชพืชหรือผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ภาชนะบรรจุสารเคมีทางการเกษตรที่ใช้แล้ว ถ่านไฟฉาย และอุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ มีขยะมูลฝอยต่างๆตามพื้นที่สาธารณะ ริมนน ทำให้ดูไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยสวยงาม การกำจัดขยะที่ผ่านมาของหมู่บ้านนี้ ใช้วิธีกำจัดโดยการเผา ทำให้เกิดควัน มลพิษทางอากาศ รวมถึงฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมคอน (PM ๒.๕) รูปแบบการจัดการขยะยังไม่ชัดเจน และนอกจากนี้ยังไม่มียังมีองค์กรหรือภาคีเครือข่ายใดเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะ ปลดปล่อยให้ชุมชนจัดการกันเอง ปัญหาเรื่องขยะจึงมีมากขึ้น งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายในการสร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชน ร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนด้านการบริหารจัดการขยะมูลฝอย เพื่อให้เกิดกลไกการจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชนจัดการตนเอง ซึ่ง เริ่มจากคัดแยกจากแหล่งกำเนิด ใช้หลักการ การลด คัดแยก และนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่ (Reduce Reuse and Recycle: ๓Rs) มาประยุกต์ใช้ โดยการลดการใช้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์ เพื่อลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นการนำวัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่ยังสามารถ ใช้ งานได้กลับมาใช้ประโยชน์ และการจัดการขยะอย่าง เป็นระบบและถูกวิธี ภายใต้ “ตลุกหมูโมเดล” โดยศึกษาสภาพปัญหาการจัดการขยะและสร้างรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่อสร้างให้เป็นชุมชนต้นแบบและขยายผลการดำเนินงานสู่ความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับเจตคติ ระดับพฤติกรรมและสภาพปัญหาการจัดการขยะของชุมชน
๒. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน : “ตลุกหมูโมเดล”
๓. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน “ตลุกหมูโมเดล”

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เน้นกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้วิจัย อีกทั้งมีการรวบรวมข้อมูล ด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant observation) การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการขยะของชุมชน การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิจัยนี้แบ่งการวิจัยเป็น ๔ ระยะ ระยะที่ ๑ การศึกษาระดับความรู้ ระดับเจตคติและระดับพฤติกรรม และสภาพปัญหาการจัดการขยะของชุมชน ระยะที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน : “ตลกหมูโมเดล” ระยะที่ ๓ การทดลองรูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา ๑ ปี ในช่วงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๒ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๓ และระยะที่ ๔ การศึกษาผลของรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาในประชาชนที่อาศัยในพื้นที่หมู่ ๔ บ้านตลกหมู ตำบลหนองกลางดง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๑๘๐ ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด ๖๑๕ คน

พื้นที่ศึกษา

ศึกษาในหมู่ ๔ บ้านตลกหมู ตำบลหนองกลางดง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี เหตุผลที่เลือกประชาชนในหมู่บ้านได้เห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องขยะของชุมชน และมีความต้องการที่จะจัดการปัญหานี้ด้วยชุมชนเอง มีทุนศักยภาพในด้านแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถขับเคลื่อนนโยบายการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมได้ นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกลางดง วัดตลกหมู และภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการดำเนินการ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ๑) แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และสภาพปัญหาการจัดการขยะ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน และนำเครื่องมือไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา = ๐.๘๙ ๒) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ ๓) แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เช่น บันทึกข้อมูลปริมาณขยะ ข้อมูลการนำขยะไปใช้ประโยชน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดง จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

๑. ระดับความรู้ ระดับเจตคติ ระดับพฤติกรรม และสภาพปัญหาการจัดการขยะของชุมชน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

๑.๑ บ้านตลกหมู หมู่ ๔ ตำบลหนองกลางดง อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ลักษณะทั่วไปของบ้านตลกหมู เป็นที่ราบลุ่ม มีคลองไหลผ่าน มีสระน้ำซึ่งเป็นแหล่งน้ำประปาของหมู่บ้าน พื้นที่เป็นดินร่วนเหมาะแก่การทำการเกษตรกรรม พื้นที่ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง ลักษณะของภูมิอากาศ จะเป็นไปตามฤดูกาล แต่บางปีจะแห้งแล้งฝนไม่ตกตามฤดูกาล ฤดูร้อนจะร้อนมาก พื้นที่ห่างจากตัวจังหวัดอุทัยธานี ๒๕ กิโลเมตรมีครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ ๑๘๐ ครัวเรือน ประชากร ๖๑๕ คน

ประกอบไปด้วยชาย ๓๐๔ คน หญิง ๓๑๑ คน ร้อยละ ๘๙ อาชีพเป็นเกษตรกร การจัดการขยะของชุมชนชุมชนจัดการแบบพึ่งตนเอง ไม่มีถังขยะรองรับและยังไม่มีพื้นที่สำหรับทิ้งขยะ ส่วนมากประชาชนจะจัดการเองโดยการเผา ฝังกลบ หรือนำไปขายรถรับซื้อของเก่า ที่เข้ามาซื้อในชุมชน ซึ่งมีประมาณเดือนละ ๑-๒ ครั้ง ยังไม่มีหน่วยราชการอื่นๆหรือภาคีเครือข่ายต่างมาร่วมจัดการขยะของชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๒ ก่อนดำเนินการวิจัยระดับความรู้ในการคัดแยกขยะของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการจัดการขยะอยู่ในระดับปานกลาง

๑.๓ ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน คือ ครั้วเรือนไม้คัดแยกขยะ ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย ยังไม่มีการรณรงค์ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่องและครบวงจรการนำขยะมาใช้ประโยชน์น้อย ในเรื่องการจัดการขยะผลักรังให้เป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง นอกจากนี้สถานที่สาธารณะเช่น วัด ศาลากลางหมู่บ้าน ริมถนนข้างทางของหมู่บ้านมีขยะเกลื่อนกลาดดูไม่เป็นระเบียบสวยงาม ก่อนดำเนินการวิจัยมีปริมาณขยะเฉลี่ย ๑๓๕.๔๑ กิโลกรัม/ครั้วเรือน/เดือน

๒. รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน : “ตลกหมูโมเดล”

๒.๑ รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน “ตลกหมูโมเดล” มีเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ ๑) ชุมชนสะอาด ๒) ประชาชนแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง และ ๓) สามารถนำขยะไปใช้ประโยชน์

๒.๒ การดำเนินการรูปแบบมีผลลัพธ์ของแต่ละขั้นตอนที่สำคัญ ๔ ผลลัพธ์ ประกอบด้วย ๑) การเกิดกลไกคณะกรรมการที่เข้มแข็ง ๒) ชุมชนมีความตระหนัก เข้าใจ และแยกขยะจากต้นทาง ๓) เกิดกลไกการบริหารจัดการขยะครบวงจรของชุมชน และ ๔) ขยะลดลงและนำไปใช้ประโยชน์

๒.๓ กิจกรรมที่สำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ มีกิจกรรมหลัก ๗ กิจกรรม ประกอบด้วย

๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการของชุมชนที่มีความหลากหลายทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนชุมชนจำนวน ๑๐ คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๕ คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน ๑ คน ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง จำนวน ๑ คน บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑ คน ครูและพระสงฆ์ในพื้นที่ รวมเป็น ๒ คน คณะกรรมการทั้งหมดมีจำนวน ๒๐ คน คณะกรรมการมีบทบาทหน้าที่ จัดทำแผนควบคุมกำกับติดตามความก้าวหน้า เสริมพลังการทำงาน ของแกนนำ ครั้วเรือนแต่ละหลังคาเรือนในชุมชน มีการประชุมอย่างต่อเนื่องเดือนละ ๑ ครั้ง และมีการตั้งวงสะท้อนผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันเป็นรายไตรมาส และมีการเก็บข้อมูลปริมาณขยะของชุมชน ก่อน ระหว่างดำเนินการและหลังดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ชุมชนเห็นผลลัพธ์ ความก้าวหน้าของกิจกรรม

๒. การประชาคมหมู่บ้าน และสร้างกติกาชุมชน มีการจัดเวทีประชาคมของหมู่บ้านเพื่อสร้างกติกาของชุมชน ซึ่งกติกาชุมชน ประกอบไปด้วย ๖ ข้อ คือ ๑) ทุกครั้วเรือนต้องแยกประเภทขยะภายในครั้วเรือนให้ถูกต้อง โดยเฉพาะขยะประเภทที่จะนำไปจำหน่ายและทำเป็นปุ๋ยได้ ๒) ห้ามนำขยะเปียกทิ้งรวมกับขยะที่จะเก็บไปทิ้งบ่อขยะ ให้ทิ้งขยะเปียกและเศษอาหารลงหลุมของแต่ละบ้านเพื่อทำปุ๋ยหมัก ๓) ให้ช่วยกันรักษาความสะอาดบริเวณหน้าบ้านและซอยต่างๆ ในหมู่บ้าน ๔) คณะกรรมการ/อสม.จะเป็นผู้ติดตามบันทึกจำนวนขยะของแต่ละครั้วเรือนในความรับผิดชอบทุกเดือนเพื่อเป็นข้อมูล และ ๕) ให้ทุกครั้วเรือนยึดหลัก ๓ R ประกอบด้วย R : Reduce คือ การลดการใช้ R : Reuse คือ การใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าที่สุด R : Recycle คือ การนำกลับมาใช้ใหม่ ๖) จะมีการแจ้งรายชื่อผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และมีมาตรการต่อไปโดยคณะกรรมการของหมู่บ้าน

๓. การสร้างเสริมความรู้และความตระหนักในการจัดการขยะ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับประชาชนในครั้วเรือน เรื่อง การจัดการขยะ การคัดแยกขยะ ขยะถุงพลาสติกทำอย่างไรให้ขายได้ และการจัดการขยะอันตราย

๔. การจัดตั้งกองทุนขยะ มีการจัดตั้งกองทุนขยะของชุมชน โดยการจัดกิจกรรมทอดผ้าป่าสามัคคีขยะที่นำไปขายได้ แล้วนำเงินที่ได้มาเป็นงบประมาณตั้งต้นในกองทุน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. การสร้างครัวเรือนต้นแบบในการจัดการขยะ โดยการจัดประกวดครัวเรือนต้นแบบในการจัดการขยะ เพื่อเป็นต้นแบบของชุมชนและเป็นศูนย์การเรียนรู้ของหมู่บ้าน

๖. การนำขยะไปใช้ประโยชน์ จัดสาธิตการนำขยะไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ การนำขยะเปียกจากครัวเรือนไปเลี้ยงไส้เดือนดินแล้วนำมูลของไส้เดือนใช้เป็นปุ๋ยใส่แปลงผักสวนครัว การประดิษฐ์ของใช้ของประดับจากขยะ

๗. กิจกรรมถอดบทเรียน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแกนนำครัวเรือน คณะกรรมการ และองค์การบริหารส่วนตำบล สรุปบทเรียนการดำเนินงานแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาพร้อมกันเพื่อให้เกิดขับเคลื่อนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

๓. ผลของรูปแบบจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน “ตลกหมูโมเดล”

หลังการดำเนินวิจัย พบว่าแกนนำครัวเรือนมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะในระดับสูง ก่อนการดำเนินการวิจัย และหลังดำเนินการวิจัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการเปลี่ยนแปลงของชุมชน ภายหลังดำเนินการวิจัย มีดังนี้

๓.๑ การเปลี่ยนแปลงปัญหาขยะของชุมชน เมื่อเปรียบเทียบขยะทุกประเภทก่อนดำเนินการวิจัย เฉลี่ย ๑๓๕.๔๑ ก.ก./เดือน/ครัวเรือน ลดลงเหลือ ๑๖ ก.ก./เดือน/ครัวเรือนภายหลังดำเนินการวิจัย การจัดการขยะดังกล่าวส่งผลให้ในปัจจุบันชุมชนบ้านตลกหมู สะอาด เรียบร้อย ไม่มีกลิ่นเหม็น ริมทางถนน และพื้นที่สาธารณะไม่มีขยะ เป็นระเบียบสวยงาม และได้รับรางวัลหมู่บ้านที่มีการจัดการขยะดีเด่นจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดงและจังหวัดอุทัยธานี

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และแกนนำ/คณะทำงานในชุมชน มีจิตอาสาพร้อมที่จะทำงานเพื่อชุมชนด้านผู้นำต่างๆในชุมชนมีการทำงานร่วมกันมากขึ้น มีกระบวนการทำงานเป็นทีมจากในอดีตผู้นำ แกนนำจะทำงานในบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบเท่านั้น นอกจากนี้จากเดิมที่คน ในชุมชนไม่มี ความรู้พื้นฐานในการ คัดแยกขยะในครัวเรือนของตนเอง หลังจากรับการถ่ายทอด ความรู้และทักษะแล้วสามารถคัดแยกและจัดการขยะแต่ละ ประเภทได้อย่างเหมาะสม เกิดครัวเรือนต้นแบบในการจัดการขยะจำนวน ๒๕ ครัวเรือน มีครัวเรือนต้นแบบในการนำขยะชีวภาพไปเลี้ยงไส้เดือนดิน ๑๐ ครัวเรือน นอกจากนี้ บ้านตลกหมู พัฒนาไปสู่ หมู่บ้านไร้ถังขยะ ลดการจัดเก็บขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง และสามารถจัดการขยะด้วยชุมชนเอง

๓.๓ การเปลี่ยนแปลงในกลไกการจัดการตนเองของชุมชน กลไกการจัดการที่เป็นระบบจากกลุ่มคนที่มีศักยภาพ เป็นการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาชุมชน ประกอบกับการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับชุมชนและองค์กร ในระดับองค์กร ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง มีบทบาทเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งปัจจุบันทำงาน ร่วมกับชุมชนและภาคี เครือข่ายในการ จัดการขยะมูลฝอยที่ขยายผลครอบคลุมทั้งตำบล ภายใต้เทศบัญญัติการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ในส่วนระดับชุมชน หมู่ ๔ บ้านตลกหมู เกิดเครือข่ายการทำงาน ภายใต้แนวทางของ “ตลกหมูโมเดล” ที่ใช้รูปแบบการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการใน รูปแบบของคณะกรรมการ จำนวน ๒๐ คน ที่เน้นการทำงานเชิงรุก และใช้หลักคิดเชิงวิชาการในการวางแผนและออกแบบกิจกรรม ร่วมกับหน่วยงานภาคีต่าง ๆ และมีข้อตกลงร่วมกันโดยมีเป้าหมาย การดำเนินงานเพื่อจัดการขยะชุมชน ซึ่งแกนนำหลักในการขับเคลื่อนคือ ตัวแทนของชุมชนบ้านตลกหมู นอกจากนี้คณะทำงาน ตลกหมูโมเดล ยังร่วมกับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ กำหนดกติกาการจัดการขยะ ในชุมชน ๖ ข้อ และมีกลไกการขับเคลื่อน หลากหลายรูปแบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑) ธนาคารขยะชุมชน ซึ่งรายได้มาจากการจัดทำผ้าป่าขยะสามัคคีของชุมชนมียอดเงินจำนวน ๖,๕๐๐ บาท กองทุนนี้จะนำไปใช้ในการบริหารจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดตั้งธนาคารขยะของชุมชนถือเป็นการสร้างความต่อเนื่องจากการคัดแยกขยะ โดยพัฒนาจากธนาคารขยะชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ จัดการขยะที่สามารถใช้ประโยชน์ได้

๒) ครั้วเรือนต้นแบบในการจัดการขยะจำนวน ๒๕ ครั้วเรือน และครั้วเรือนต้นแบบในการนำขยะชีวภาพไปเลี้ยงไส้เดือนดิน ๑๐ ครั้วเรือน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเรียนรู้ของชุมชน

๓) มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะโดยชุมชน ประกอบด้วย ๔ ฐานกิจกรรม คัดเลือกจากครั้วเรือนต้นแบบที่มีจุดเด่น ในการจัดการขยะแต่ละประเภท เป็นเจ้าของฐานการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพจนสามารถเป็นวิทยากรชุมชนรับผิดชอบ ประจำฐานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ได้แก่ ฐานสิ่งประดิษฐ์ รีไซเคิล ฐานเศรษฐกิจพอเพียง ฐานการจัดการขยะอันตราย ฐานการจัดการขยะทั่วไป เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ผู้สนใจ ทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน มาศึกษาดูงานด้าน การจัดการขยะในครั้วเรือน

๓.๔ ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชน อยู่ในระดับมากที่สุด

๓.๕ จากการถอดบทเรียนของคณะทำงาน องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จและนำไปสู่ความยั่งยืน ได้แก่

๑) ผู้นำชุมชน แกนนำ คณะทำงาน มีศักยภาพ สามารถดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ รวมถึงการควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

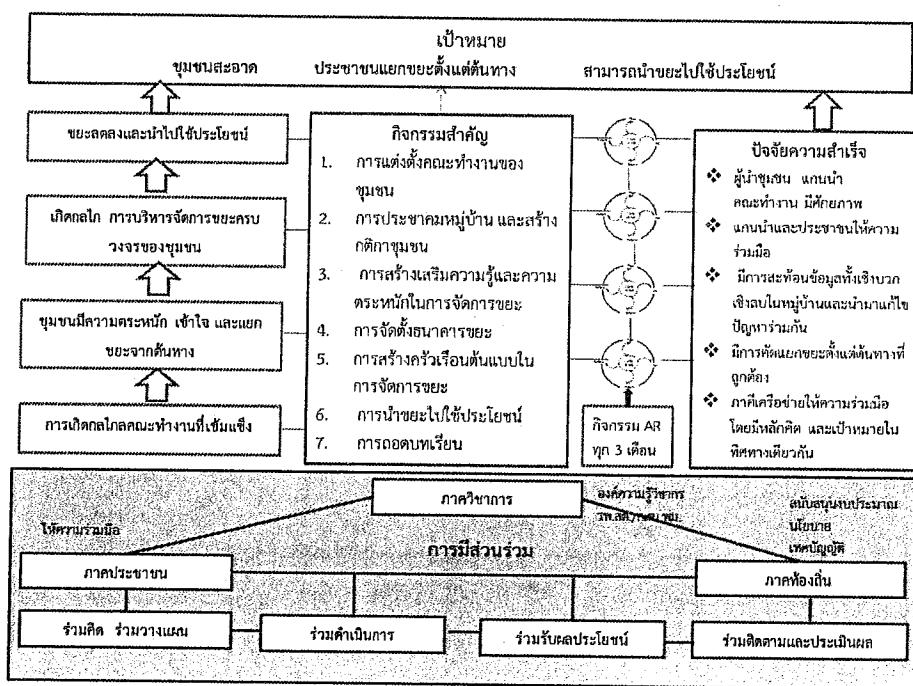
๒) แกนนำและประชาชนให้ความร่วมมือ

๓) มีการสะท้อนข้อมูลทั้งเชิงบวกเชิงลบในหมู่บ้านและนำมาแก้ไขปัญหาร่วมกัน อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง

๔) มีการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางที่ถูกต้อง

๕) ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือ โดยมีหลักคิด และเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน

สรุปรูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำรูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นต้นแบบในการดำเนินงานและขยายผลลงสู่พื้นที่อื่นครอบคลุมทั้งจังหวัด อุทัยธานี

๒. รูปแบบกระบวนการดัดศักยภาพให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมของงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานสู่ประเด็นสุขภาพเรื่องอื่นๆได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ของงานวิจัยนี้คือ เนื่องจากชุมชนจะสนใจปัญหาด้านปากท้องของตนเองเป็นหลักก่อน ดังนั้นการมีส่วนร่วมที่จะมาแก้ไขปัญหาร่วมกันของชุมชนจึงทำได้ยาก ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคือ ต้องส่งเสริมให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มรับรู้ ส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ออกแบบบันไดผลลัพธ์ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล โดยการทำกิจกรรมต้องยืดเวลาสะดวกของชุมชน เช่น ช่วงเย็น ช่วงเสาร์-อาทิตย์ ไม่ใช่วันเวลาราชการเป็นสำคัญ การยกยกเชิดชูเกียรติรวมถึงการเสริมพลังอย่างต่อเนื่องเป็นกลวิธีที่สำคัญในการแก้ไขปัญหานี้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งมีเกิดขึ้นเล็กน้อยระหว่างการทำงาน เช่น จำนวนผู้ร่วมประชุมไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี จึงสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

จัดให้มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและแผนการทำงาน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ มูลฝอยมีความชัดเจน คณะทำงานมีการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับขยะมูลฝอย ซึ่งได้แก่ ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่และองค์ประกอบของขยะทั่วไป เพื่อจัดทำแผนการคัดแยกจากต้นทางโดยการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ร้านค้า ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และ กิจกรรมนั้นสามารถอธิบายได้ว่าทำไมต้องมีการคัดแยกขยะ คัดแยกขยะอย่างไร ดำเนินการจัดเก็บ อย่างไร และจัดการกับขยะแต่ละประเภทอย่างไร เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุวัตถุประสงค์คืออะไร

ผู้นำชุมชนควรให้การสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากขยะย่อยสลายได้ เช่น เศษอาหาร ผัก ผลไม้ มาทำเป็นปุ๋ย น้ำหมัก อาหารสัตว์ อย่างจริงจังเนื่องจากพื้นที่ของบ้านตลุกหมูจัดเป็นพื้นที่การเกษตร หากลดปริมาณขยะย่อยสลายได้จะช่วยให้การจัดการขยะได้มีประสิทธิภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลางดง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทางด้านเศรษฐศาสตร์ มูลค่าของมูลฝอยการ ลงทุน และความคุ้มค่า ในการจัดการมูลฝอย และการนำไปใช้ซ้ำ

๒. ควรมีศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในขอบเขตพื้นที่ที่กว้างขึ้น เช่น ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่ในระดับตำบล อำเภอ เพื่อจะได้รูปแบบตามบริบทต่างๆประยุกต์ใช้ในการขยายผลต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑. นำเสนอในงานการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ ๑๒ วันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๔ ณ สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. เข้าร่วมประกวดผลงานวิจัยโครงการสนับสนุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ ได้รับรางวัล R๒R ดีเด่นประเทศไทย ปี ๒๕๖๔

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายสมนึก หงษ์ยิ้ม สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

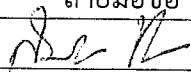
(นายสมนึก หงษ์ยิ้ม)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ


(วันที่) ๔ /สิงหาคม/๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสมนึก พงษ์ชัย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางจินตนา พูลสุขเสริม)

(ตำแหน่ง) เกษตรกรเชี่ยวชาญ (ด้านเกษตรสาธารณสุข)

(วันที่) ๔ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(..... นายปรารตนา ประสงค์ดี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

(วันที่) ๔ / สิงหาคม / ๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

The Development of Network Participation Model to Corona Virus Disease 2019 Prevention, and Control

๒. หลักการและเหตุผล

เชื้อโรคจากไวรัสโคโรนาเป็นโรคระบาดที่กำลังส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติและเป็นไวรัสวงศใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคนในคนนั้นไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) ไวรัสโคโรนาที่ค้นพบล่าสุดทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ที่เกิดการระบาดของโรคทั่วทุกภูมิภาคของโลก การติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางสารคัดหลั่งจากจมูกหรือปากซึ่งออกมาจากผู้ป่วยโรค COVID-19 ไอ จามหรือพูด ละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนัก สามารถแพร่กระจายตัวได้ในระยะอย่างน้อย ๑ เมตร และจะตกลงสู่พื้นอย่างรวดเร็ว การรับเชื้อโรคโควิด-19 ได้จากการหายใจเอาละอองเข้าไปจากผู้ป่วย เป็นภาวะที่มีการระบาดไปทั่วโลก (pandemic coronavirus)

การระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้สร้างปัญหาแก่การสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากการระบาดนี้ได้สร้างผลกระทบไปยังหลายประเทศ โดยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นที่ประเทศจีน ซึ่งมีการบันทึกไว้ว่าเริ่มมีการค้นพบการระบาดของเชื่อดังกล่าวตั้งแต่วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒ ต่อมาพบผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อจากไวรัส โคโรนา 2019 ยืนยันจากหลายประเทศทั่วโลก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) ข้อมูลของประเทศไทย เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) แถลงสถานการณ์ COVID-19 ว่าในวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ มีรายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่ม จำนวน ๑๙๔ คน เป็นการติดเชื้อในประเทศ ๑๘๑ คน พบใน State Quarantine จำนวน ๑๓ คน รวมผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๖,๘๘๔ คน ทั้งนี้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ จำนวน ๔,๘๖๙ คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จำนวน ๑,๓๙๒ ราย โดยจำนวนผู้ป่วยยืนยันจำแนกตามพื้นที่รักษา เป็น กรุงเทพฯ และนนทบุรี จำนวน ๒,๕๖๓ คน ภาคเหนือ จำนวน ๒๑๕ คน ภาคกลาง จำนวน ๓,๒๐๒ คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน ๑๓๗ คน และภาคใต้ จำนวน ๗๖๗ คน ส่วนผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ จำนวน ๒,๐๑๕ คน และสถานที่กักกันที่รัฐจัดให้จำนวน ๑,๔๘๑ คน สำหรับผู้ป่วยรักษาหายแล้ว ๔,๒๔๐ คน เพิ่มขึ้น จำนวน ๒๘ คน โดยยังมีผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ๒,๕๘๓ คน และยอดผู้เสียชีวิตสะสม ๖๑ ราย (ศูนย์ข้อมูล COVID-19, ๒๕๖๔)

จากการศึกษาสถานการณ์โรค COVID-19 ดังกล่าวข้างต้น มีการคาดการณ์ว่าอาจเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสในรอบที่ ๒ ซึ่งจะทำให้เกิดความรุนแรงที่ทวีคูณหรือรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของการระบาด

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

ไม่เพียงส่งต่อสุขภาพของประชาชน ระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และเศรษฐกิจในระบบมหภาคอีกด้วยเช่นกัน การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรกนั้น ได้ส่งผลให้เกิดบทเรียนเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค อย่างมากต่อสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะเจอปัญหาและอุปสรรคในช่วงแรก แต่อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวนั้นก็คลี่คลายไปด้วยดีโดยระบบและกลไกต่างๆ ของสังคมไทย ความสำเร็จหนึ่งของการควบคุมโรค COVID-19 ได้ในระยะแรกนั้น ในระแวงให้เห็นถึงข้อมูลสถานการณ์ความพร้อมของระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รูปแบบและกลไกการบริหารจัดการ นวัตกรรม ทั้งสิ่งประดิษฐ์เพื่อการควบคุมป้องกันโรคและการแพทย์ กลไกทางสังคมเพื่อป้องกันโรค แสดงให้เห็นความเข้มแข็งของระบบและกลไก การป้องกันควบคุมโรคในสังคมไทย

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดประเด็นดำเนินการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไว้ ๓ ประเด็น คือ ๑) การป้องกันการระบาด (outbreaks) การชะลอการแพร่กระจายเชื้อ และการหยุดการติดต่อ ๒) การจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก และ ๓) การลดผลกระทบของระบบสุขภาพจากการระบาด สังคมสงเคราะห์ และเศรษฐกิจ เน้นการคัดกรองและการคัดแยกหรือการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มประชาชนในหน่วยบริการด้านหน้า ดำเนินการจัดระบบบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของการเจ็บป่วย และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น การเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการแพทย์ การกำหนดแนวทางการดูแลรักษาโรค การจัดบริการที่จำเป็น และการจัดหา และเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ระบบการส่งต่อระหว่างสถานบริการ รวมถึงการเตรียมพร้อมของชุมชนในการดูแลประชาชน และการป้องกันการระบาดในชุมชน ทั้งนี้จะเน้นการคัดกรองในระดับชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อค้นหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสถานบริการ ที่จะเน้นการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ การ แยกกัก การจัดการผู้สัมผัสเชื้อ และการกักกันเมื่อเกิดการระบาดของโรคในประเทศไทย รัฐบาลได้กำหนดมาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ โดยประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน การออกกฎหมาย การกำหนด มาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมการป้องกันโรคในสถานที่ทำงาน การปฏิบัติตนของบุคคล มาตรการป้องกัน ควบคุมโรค การเตรียมความพร้อมระบบบริการทางการแพทย์ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวทางที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคที่ได้ผล คือ การเร่งค้นหาผู้ป่วย/ผู้สัมผัสผู้ป่วย แล้วเร่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการแยกกัก/การกักกันผู้สัมผัสเชื้อ การ ดำเนินงาน นั้นจะสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนเนื่องมาจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่ ระบาดของโรคมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องสร้าง ความร่วมมือ ประสานงานระหว่างหน่วยงานในทุกระดับ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคได้๘ จึงเห็นได้ว่า เมื่อ เกิดวิกฤติด้านสาธารณสุข มีความจำเป็นที่ต้องการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และ หน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายปกครอง หรือแกนนำชุมชน ทำให้ระบบสุขภาพมีความเข้มแข็ง จึงจะ สามารถจัดการ กับวิกฤตปัญหาเหล่านั้นได้ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง มีการกระจาย อำนาจการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาความจำเป็นด้าน สุขภาพของประชาชน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็น ฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) เป้าหมายที่ ๓ มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good health and wellbeing) รองรับการ

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ (Ensure healthy lives and promote well-being for all) และการที่เราจะสามารถเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

กระบวนการเฝ้าระวังในชุมชน เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจค้น รายงาน และจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งในระยะก่อนการระบาด ขณะระบาด และหลังการระบาด ของโรคได้เป็นอย่างดี หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถบูรณาการงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคผ่านโครงสร้างของชุมชนเพื่อการดำเนินงานโดยชุมชนในกระบวนการขับเคลื่อนของชุมชน และการใช้ทรัพยากรชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค กระบวนการเฝ้าระวังโดยชุมชนจึงเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนรู้สึกในความรับผิดชอบ มีการตอบสนอง และความเป็นเจ้าของในกระบวนการและเป้าหมายในการควบคุม ควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน ด้วยชุมชน เพื่อชุมชน ซึ่งสมาชิกของชุมชนที่จะดำเนินการเฝ้าระวังโรคในชุมชนได้ดี ดังนั้น จึงได้เสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางานในเรื่องนี้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค COVID-19 กำหนดมาตรการให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละตำบลให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้นำในการค้นหาปัญหา และสาเหตุเป็นผู้นำในการค้นหาปัญหา และสาเหตุ ทำการวิเคราะห์วิเคราะห์ปัญหาและสรุปผล เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจให้ได้รับทราบ และร่วมกันสรุปเป็นประเด็นปัญหาของพื้นที่

๓.๒ การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID ประกอบด้วยแผนหลัก ๓ แผน คือ

๑) แผนการอบรมฝึกทักษะการทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค

๒) แผนการประชุมร่วมวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค และ

๓) แผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค

๓.๓ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เน้น ๘ กิจกรรมหลัก

๑) ดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อ โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ใหญ่บ้านสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำในการดำเนินการ

๒) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าวช่วงเช้า และช่วงเย็นทุกวันทุกหมู่บ้าน

๓) กิจกรรมการณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม DMHTT ให้กับประชาชนทุกหมู่บ้านสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพ.สต.)

๔) ดำเนินการจัดตั้งศูนย์กักกันตัวผู้ป่วย Home Isolation หลังคาเรือนที่มีผู้ติดเชื้อจัดตั้ง Community Isolation ตำบลละ ๑ แห่ง

๕) จัดกิจกรรมรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ทุกตำบลพร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับวัคซีนโดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทุกแห่ง

๖) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การตรวจคัดกรองการเดินทางออกนอกพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคให้แก่ประชาชน ผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้านช่วงเช้า และเย็น ทุกวัน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๗) ติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค โดยมีการประเมินก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ ประกอบด้วย การประเมินผลระบบดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงโรค ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์กักกันตัวทุกระดับ ประเมินผลจำนวนประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนโรค

๘) ประชุมชี้แจงการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรค COVID -19 เพื่อนำเสนอข้อมูล แก่ภาคีเครือข่าย และประชาชนในพื้นที่ ให้ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน และปัญหา อุปสรรค ที่ต้องแก้ไข

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในระดับพื้นที่เพื่อขยายผลและนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆต่อไป

๔.๒ ลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) รายใหม่

๔.๓ ภาคีเครือข่ายและ ประชาชนในพื้นที่ มีความรู้ ความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) รายใหม่

๕.๒ ร้อยละภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ร้อยละ ๘๐

๕.๓ ร้อยละของที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโควิด-19 จนสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด-19 ได้ถูกต้อง

๕.๔ ร้อยละความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ร้อยละ ๙๐

๕.๕ ร้อยละของคนที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโควิด-19 ที่ได้รับการดูแล ป้องกัน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหอบหืดและระบบทางเดินหายใจ) ร้อยละ ๘๐



(ลงชื่อ)

(นายสมนึก หงษ์ยิม)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางยุวดี อ่ำพิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลน้ำซึม กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ	๘๙๖๒๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลน้ำซึม	๘๙๘๐๔	เลื่อนระดับ
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหมอคอบครัวน้ำซึม โดยทีม ๓ หมอประจำครอบครัว ”</p> <p>รายละเอียดค่าใช้จ่าย “ แนบท้ายประกาศ ”</p>						
						๙๐ %

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๒ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๓ การพัฒนาทักษะของอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๔ รูปแบบวิถีใหม่ (New Normal)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญของการวิจัย

๑) พัฒนาการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

๒) ศึกษาผลของการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

๒.๑) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่

๒.๒) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑) ระยะเวลาที่ ๑ การพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เริ่มจากการศึกษาปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และกำหนดขอบเขตการวิจัย เพื่อกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาการวิจัย ดำเนินการวิจัยเชิงเอกสาร เพื่อตรวจสอบประเด็นแนวโน้มของการวิจัยและสรุปเป็นชุดข้อมูล พร้อมกับจัดทำโครงร่างโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม สำหรับประเมินความรู้และความสามารถของอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่จากแบบประเมินตนเอง และแบบประเมินของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

๒) ระยะเวลาที่ ๒ การเปรียบเทียบผลการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติตามแผนการใช้โปรแกรมและเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว ๒ กลุ่ม แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบผลการประเมินทักษะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑) ชุมชนตำบลน้ำซึมมีโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

๓) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพและคุณภาพในการดำเนินชีวิต(ADL) ที่ดีขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑) จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนมีความรู้และทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒) จำนวนผู้สูงอายุทุกคนที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาวอย่างมีคุณภาพ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑) ได้โปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น

๒) อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)มีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

๓) สมาชิกครอบครัวหรืออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) มีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ตำบลน้ำซึม ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน อบท.และภาคีเครือข่ายสุขภาพ เข้าไปส่งเสริมให้เกิดการดูแลในครอบครัว เชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัว สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การปรับปรุงที่อยู่อาศัยส่งผลให้ครอบครัวผู้สูงอายุได้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่จังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดอุทัยธานีได้

๗. ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการดำเนินงาน

๗.๑ การประสานงานกับญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อแนะนำตนเอง และขอให้ญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลงนามตอบรับและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยต้องใช้เวลา

๗.๒ การดำเนินการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะอาจต้องใช้เวลามากกว่าปกติ เนื่องจากการรออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ให้มาครบตามจำนวน และอาจมีข้อซักถามจากอาสาสมัครประจำครอบครัวมากเกินไป

๗.๓ ในระหว่างที่อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ได้ปฏิบัติและดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมักจะแสดงพฤติกรรมแบบคั่นหินในการดูแลผู้สูงอายุตามปกติ อาจไม่เคร่งครัดกับการดูแลที่ถูกต้องตามโปรแกรมการฝึกอบรมมากนัก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๘.๑ กิจกรรมการตรวจติดตามการปฏิบัติของอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เช่น ไม่สามารถตรวจติดตามได้ตลอดเวลา การใช้การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมก็เป็นไปตามรอบเวลาที่ไม่สามารถให้รายละเอียดได้มากนัก

๘.๒ เนื่องจากการวิจัยอยู่ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส จึงทำให้ผู้วิจัยและอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องระวังตัวเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ ในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมการดูแลทั้งในสถานการณืปกติ และสถานการณืโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID - 19) เนื่องจากในปัจจุบันมีสถานการณืระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID - 19) ทำให้การดำเนินการดูแลในบางส่วนขาดการมีส่วนร่วม และต้องพัฒนาหาเทคนิควิธีการหรือนโยบายที่จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดูแลที่ดี ประกอบกับการขาดการเยี่ยมเยียนจากญาติพี่น้องที่อยู่ต่างจังหวัด การไปมาหาสู่ลำบากยิ่งขึ้นอาจก่อให้เกิดความเหงา ซึมเศร้าได้ การดูแลผู้สูงอายุจึงยังต้องอาศัยชุมชนร่วมดูแล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) ควรเป็นบุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ของครอบครัวนั้น ๆ เพราะจากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน และครอบครัว จะพบว่าครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยส่วนมากจะเป็นบุตรสาวเป็นคนดูแล เมื่อผู้ดูแลหลักมีความจำเป็นต้องทำธุระอื่น จะไหว้วานญาติที่อยู่บ้านในบริเวณใกล้เคียง เนื่องจากสังคมในตำบลน้ำซึม ยังเป็นสังคมชนบท ไม่ได้เป็นสังคมเมืองมากนัก จึงสามารถที่จะมีครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแลได้ ประกอบกับมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีการเยี่ยมบ้านโดยนักบริบาลและทีมสหวิชาชีพ

๙.๒ ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมในกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี เข้าสู่ชมรมผู้สูงอายุ หรือมีการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมเข้าสู่ผู้สูงอายุที่แข็งแรง มีคุณภาพ สร้างเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

๙.๓ การนำคู่มือการจัดการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปใช้ โดยมีจุดเริ่มต้นแต่การเกริ่นนำ เข้าสู่ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แนวคิดในการจัดการและการประเมินฯ การดำเนินงานสะท้อนให้เห็นการเริ่มที่จะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในภาพตำบล การประเมินผล และบทสรุป แสดงองค์ประกอบของการจัดการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

๙.๔ ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมนอกจากจะเป็นหน่วยงานภาคีแล้ว ควรศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เชื่อมโยงกับชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

๙.๕ การนำข้อมูลการคัดกรองโรคที่พบบ่อย โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย (Geriatric Syndrome) การคัดกรองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพในภาพตำบลร่วมกับกลุ่มวัยอื่น เพื่อเชื่อมโยงจัดแผนงานโครงการที่สอดคล้องกันกับประชาชนในตำบล และเชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

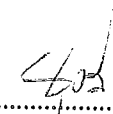
๑๐.๑ อยู่ในระหว่างดำเนินการเสนอตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑๑.๑ นางยุวดี อ่ำพิน สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐

๑๑.๒ นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

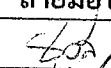
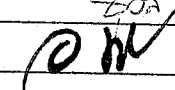
(ลงชื่อ) 

(นางยุวดี อ่ำพิน)

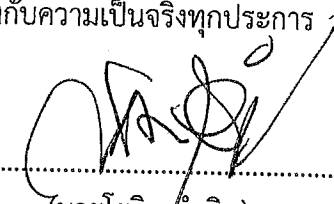
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางยุวดี อ่ำพิน	
นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายโยธิน อ่ำพิน)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

วันที่ ๔ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวมานิตา พรณวดี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

(วันที่) ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวน้ำซิม โดยทีม ๓ หมอประจำครอบครัว
๒. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องกว่า ๑๐ ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสภาพของบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมียังมีจำกัด จึงควรมีการเร่งรัดจัดระบบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้มีความสอดคล้อง ร่วมมือกันอย่างมีพลังทั้งในส่วนที่เป็นการบริหารจัดการด้วยกลไกการทำงานที่ต่อเนื่อง และมีบุคลากรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย โดยการจัดทำให้มีแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการดำเนินงานในระยะยาว ถือเป็นกลไกหนึ่งในการจัดการให้เกิดการประสานการทำงานกับส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร , ๒๕๔๑) จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ – พ.ศ.๒๕๖๔) (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย,๒๕๖๑)

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลใหญ่ แพทย์เฉพาะทาง ดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดั่งสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยมขาดความมั่นคงในระบบ ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ ๒๐ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผน ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (PP&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม(NPCU) เปิดดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นต้นมา เพื่อจัดระบบ บริการสุขภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ๓ ตำบล มีหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่าย จำนวน ๓ แห่ง อันประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึ่ม โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลท่าซุง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมกแกว ประชากรในความรับผิดชอบ ๙,๕๒๖ คน จัดบริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๔)

จากผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม(NPCU) ในช่วงระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๒ – พ.ศ. ๒๕๖๔ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถจัดบริการได้ตามโครงสร้างตามเกณฑ์ พื้นฐาน สามารถพัฒนาสู่รูปแบบที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นเลิศ ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ กล่าวคือ พัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เครือข่าย อันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดประการหนึ่งของการ จัดบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัว ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาวทุกแห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ในด้านการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ พบว่า สัดส่วนการรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวต่อการรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย เท่ากับ ๕๑.๕ : ๔๘.๕ , ๔๑.๗ : ๕๘.๓ และ ๔๓.๖ : ๕๖.๔ ตามลำดับ ในส่วนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน นั้น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในสังกัด มีจำนวนทั้งหมด ๑๕๗ คน ผ่านการพัฒนา เป็น อสม.หมอประจำบ้าน แล้ว จำนวน ๑๒๖ คน (ร้อยละ ๘๐.๓) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม ประสบปัญหาด้านข้อจำกัดด้านบุคลากร และสัดส่วนการรับบริการที่คลินิกหมอ ครอบครั้วต่อการรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี, ๒๕๖๔)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้เสนอแนวคิดจึงมีความต้องการพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ๓ หมอประจำครอบครัว ให้มีองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพ ประชาชนชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ด้วยการ จัดบริการ อย่างเท่าเทียมและเสมอภาค ภายใต้ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ/และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวิเคราะห์ปัญหาครั้งนี้ ผู้ขอประเมินขอนำเสนอบทวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะ คุกคาม การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัด อุทัยธานี แบบ SWOT Analysis (ดังตารางที่ ๑) เพื่อนำผลการวิเคราะห์มากำหนดเป็นกลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS matrix และนำเสนอเป็นข้อเสนอในการพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยทีม ๓ หมอประจำครอบครัว ต่อไปนี้

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะคุกคาม ของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว น้ำซึ่ม แบบ SWOT Analysis

<p>Strengths – จุดแข็ง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย ๓ วัน/สัปดาห์ ทีมสหวิชาชีพตามโครงสร้างให้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร อย่างชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ส่วนใหญ่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตาม หลักสูตร อสม.หมอบริการบ้าน (ร้อยละ ๘๐.๓) ผู้บริหารระดับอำเภอให้ความสำคัญ มีการกำหนดนโยบายและแผนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานชัดเจน 	<p>Weakness – จุดอ่อน</p> <ol style="list-style-type: none"> คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม ประกอบด้วย เครือข่าย ๓ ตำบล ประสบปัญหาการกระจายของบุคลากรที่เหมาะสม การทำงานข้ามเขตตำบลยังไม่ต่อเนื่อง งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในชุมชนไม่เพียงพอ ภาคีเครือข่ายสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว อาคารสถานที่ของคลินิกหมอครอบครัวขาดอัตลักษณ์ และบางส่วนยังไม่เอื้อต่อการกิจ เช่น ห้องLab เป็นต้น
<p>Opportunity – โอกาส</p> <ol style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายคลินิกหมอครอบครัวชัดเจน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ความสำคัญและให้ร่วมมือในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน มีเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็ว 	<p>Threat – ภาวะคุกคาม</p> <ol style="list-style-type: none"> การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมคือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น คือ โรค NCD ต่าง ๆ เกิดโรคอุบัติใหม่ ภัยธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค และความถดถอยทางเศรษฐกิจ นโยบายการลดข้าราชการหรือบุคลากรทางการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะคุกคาม ของการดำเนินงานหมอครอบครัว หมอครอบครัวน้ำซึ่ม แบบ SWOT Analysis ผู้ประเมินได้นำข้อมูล ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมากำหนดเป็นกลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS matrix ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์กลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS matrix

<p>S + O (จุดแข็ง+โอกาส)</p> <p>กลยุทธ์สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโดยพลังของ ๓ หมอประจำครอบครัว</p>	<p>W + O (จุดอ่อน+โอกาส)</p> <p>กลยุทธ์การสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ทีมสหวิชาชีพ ๓ หมอประจำครอบครัวในการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกครอบครัว</p>
<p>S + T (จุดแข็ง+ภัยคุกคาม)</p> <p>กลยุทธ์สร้างความรู้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสาร</p>	<p>W + T (จุดอ่อน+ภัยคุกคาม)</p> <p>กลยุทธ์สร้างความรู้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง</p>

จากตารางที่ ๒ การวิเคราะห์แบบ SWOT Analysis ทำให้ได้กลยุทธ์ทั้ง ๔ ด้าน ผู้ขอประเมินสนใจที่จะนำกลยุทธ์เชิงรุก (S+O) กล่าวคือ กลยุทธ์สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหอบครอบครัวโดยพลังของ ๓ หมอประจำครอบครัว และ กลยุทธ์เชิงพัฒนา (W+O) กล่าวคือ กลยุทธ์การสร้างเสริมพลัง (Empowerment) ทีมสหวิชาชีพขับเคลื่อนนโยบายคลินิกครอบครัว มาใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพบริการคลินิกหอบครอบครัวน้ำซิม เพื่อจัดระบบบริการได้มาตรฐานบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาค ภายใต้ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ต่อไป

แนวคิด

๑. คลินิกหอบครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)

การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งนี้ อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือจัดตั้งขึ้นใหม่เสริมให้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหอบครอบครัว ๑ ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานและมีการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน จึงกำหนดให้คลินิกหอบครอบครัว (Primary Care Cluster) ๑ Cluster ให้การดูแลประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน โดยมีทีมหอบครอบครัว ๓ ทีมเป็นผู้รับผิดชอบในลักษณะเครือข่ายสหวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสาขาอื่น ๆ มุ่งเน้นการจัดการระบบบริการปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครมากกว่าการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสามารถจำแนกลักษณะการให้บริการที่สำคัญ คือ (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข , ๒๕๕๗)

๑.๑ การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และส่งต่อในกรณีที่ซับซ้อน รวมถึงการพัฒนา ระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ

๑.๒ การให้บริการแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยพิจารณาจากปัจจัยสุขภาพที่เป็นปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

๑.๓ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สุขภาพดี เกิดความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพตลอดจนจัดทำระบบฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

๑.๔ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประชาชนในเชิงรุกที่เน้นการสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ ตลอดจนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

๑.๕ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในส่วนของบริการสุขภาพ บริการสังคม หรือสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนจากองค์กรส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ

คลินิกหอบครอบครัวเป็นระบบบริการที่จะมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ โดยเป็นการดูแลคนทั้งคนไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาโรค และพัฒนาชุมชน รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ที่ทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งประสานงานภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และพัฒนาชุมชนที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น รวมถึง

บูรณาการการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีประสิทธิภาพและประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยอาศัยแนวคิดกรอบระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ (The Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลกมาพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ รวมถึงสามารถผลักดันนโยบายคลินิกหมอครอบครัวลงสู่การปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ บนหลักการของการพัฒนา ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพคือ (สัณญาณ หังสพฤกษ์ , ๒๕๕๘)

๑) งานบริการสุขภาพ (Health service delivery) ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดต่อระบบสุขภาพเพราะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสุขภาวะของประชาชนในชาติ โดยมีการจัดรูปแบบการบริการทั้งในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพของผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันยังหมายรวมการคุ้มครองผู้บริโภคอีกด้วย เป็นการให้บริการสุขภาพที่เน้นเครือข่ายความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพเชิงพื้นที่ มีรูปแบบของการบริการเชิงรุก และพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการมิติของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

๒) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) มีการจัดสรรอัตราากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ตามเขตพื้นที่ โดยการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลนักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว อัตราส่วน ๑ ทีมต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีม ๓ ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ ๑ cluster ร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนของทีมสหวิชาชีพ

๓) สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information) ข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นภาพรวมของ ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการให้บริการตามแนวคิดคลินิกหมอครอบครัวของประเทศตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่นำนโยบายมาให้บริการกับผู้รับบริการได้เข้าใจถึงปัจจัยทางสุขภาพ รูปแบบการให้บริการ การเข้าถึงบริการ อัตรากำลังคนของบุคลากรทางการแพทย์ ความเพียงพอ เหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ สภาพคล่องทางการเงิน ความเป็นธรรมจากการรับบริการ ฯลฯ ของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของบุคลากรทุกระดับมีการสร้างระบบกำกับติดตาม ควบคุมการดำเนิน และวิจัยเพื่อพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Essential medicine) การให้บริการทางด้านของการดูแลรักษาผู้รับบริการ การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ถือเป็นสิ่งสนับสนุนให้ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวจึงมีการวางแผนทางการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ช่วยทำหน้าที่พิจารณากำหนดมาตรฐาน ราคา ความคุ้มค่า ความเหมาะสมคุณภาพการเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย

๕) การคลังด้านสุขภาพ (Health financing) การคลังเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้ง ๖ เสาหลักให้สามารถดำเนินต่อไปได้ โดยการบริหารจัดการการคลังอยู่ในรูปของกองทุนต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้นในการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อบริการด้าน

สุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุน ช่วยเหลือระบบการเงินของระบบสุขภาพให้อยู่ในสภาพคล่อง อยู่ตลอดเวลา ทำให้ประชาชนได้รับบริการและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ เสมอภาค และเท่าเทียม

๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) หน่วยงานของรัฐ เช่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เป็นผู้กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพตามภารกิจของหน่วยงาน โดยบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนครอบคลุม ทัวถึง และมีรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างชัดเจน

๒. หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ ๕ ประการ ดังต่อไปนี้ (นครินทร์ สุวรรณแสง และภราดร ยิ่งยวด , ๒๕๖๒)

๒.๑ Primary medical care หรือ Care on first contact basis การดูแลแต่แรกทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลในขั้นต้นในชุมชน โดยการเข้าถึงบริการได้ตามมาตรฐาน มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

๒.๒ Holistic care หรือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลคน ไม่ใช่ดูแลโรคที่มองผู้ป่วยเพียงมุมมองเดียวเฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) แต่ต้องมองผู้ป่วยทุกมิติที่มีผลกระทบต่ออาการป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัวและชุมชน (Bio Psycho Social Spiritual) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำทีมในการดูแลที่มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic Sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

๒.๓ Continuing care เป็นการดูแลต่อเนื่องทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นหาความเสี่ยงของภาวะความเจ็บป่วย การดูแลจนถึงระยะสุดท้ายจนถึงการเสียชีวิต เป็นดูแลตลอดชีวิตของคน รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวที่มีความเข้าใจจนก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความศรัทธาและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

๒.๔ Comprehensive care เป็นการดูแลครอบคลุมผสมผสาน ครบถ้วนทุกด้านตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง การฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีการให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ วิธีการปฏิบัติตัว การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

๒.๕ Consultation and referral system มีระบบการให้การปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติสามารถขอรับคำปรึกษาได้อย่างใกล้ชิดตามปัญหาการเจ็บป่วยของทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรค มีการให้คำแนะนำก่อนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงทำหน้าที่เชื่อมประสานการส่งต่อไปรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีระบบรองรับที่ชัดเจน พร้อมทั้งการติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง

๓. คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

แนวคิดของนโยบายนี้คือการต้องการออกแบบระบบบริการให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัว มีหมอดูแล ให้บริการในทุกระดับของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ดูแลได้ภายในครอบครัว และชุมชน การเจ็บป่วยที่เพิ่มระดับความต้องการบริการสุขภาพและการแพทย์ขึ้นมาเล็กน้อย ต้องการการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านในระดับตำบล และการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือการดูแลในระดับอำเภอ ต่อไปถึงระดับจังหวัด โดยกำหนดหน้าตาของหมอทั้ง ๓ คน ๓ ระดับไว้ ดังนี้

๓.๑ หมอคนที่ ๑ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม.ใหม่ แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบประชาชน ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้น ทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคน ๒ และหมอคนที่ ๓

๓.๒ หมอคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, คลินิกหมอครอบครัว ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษีษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ ๑ คน ไม่ว่าจะวิชาชีพใดก็ตามรับผิดชอบประชากร ๑,๒๕๐ คน หรือ ๑ - ๓ หมู่บ้าน นอกจากนี้มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสุขภาพแล้ว ยังต้องเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. และหมอคนที่ ๓

๓.๓ หมอคนที่ ๓ คือ หมอเวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านการเรียนเวชปฏิบัติครอบครัว โดยกำหนดให้หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑ - ๓ ตำบล ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

การขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นจัดตั้งและพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดี อย่างเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย อสม.หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนี้

๑. สร้างความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการยกระดับการพัฒนาบริการคลินิกหมอครอบครัว

๑.๑ ประสานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา หัวหน้าส่วนราชการ ภาคีเครือข่ายสุขภาพและสถานบริการสุขภาพเขตอำเภอเมืองอุทัยธานี ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มุ่งไปสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City)

๑.๒ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา เน้นการกำหนดปัญหาและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ระดับตำบล ขับเคลื่อนแนวทางการแก้ไขปัญหา และการขอรับการสนับสนุนทรัพยากรยังหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะองค์กรส่วนท้องถิ่น

๑.๓ วางแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต (quality of life) ตามบริบทในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการ พชอ. ผู้มีส่วนได้เสีย ผ่านที่ประชุม โดยการนำเสนอประเด็นปัญหาในพื้นที่นำเสนอข้อมูลประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

๑.๔ จัดการร่วมวางแผนการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการจัดการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายร่วมกัน เพื่อแบ่งปันทรัพยากร ลดความซ้ำซ้อนของการใช้ทรัพยากร รวมทั้งการจัดทำกรอบครุภัณฑ์คลินิกหมอครอบครัว ที่เหมาะสม ต่อการทำงานของสหวิชาชีพแต่ละสาขา

๑.๕ ปรับปรุงอาคาร สถานที่ สิ่งก่อสร้าง ภายใต้รูปปลั๊กอินเดียวกันที่สื่อความ หมายถึงอัตลักษณ์ของคลินิกหมอครอบครัวในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานี และมีความพร้อมในการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว

๒. เพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวทั้งทีมสหวิชาชีพและแกนนำเครือข่ายสุขภาพครอบครัวและชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายคลินิกครอบครัว

๒.๑ เร่งส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาบุคลากรประจำคลินิกหมอครอบครัว

๒.๑.๑ ทีมสหวิชาชีพผ่านหลักสูตรการพัฒนาของแต่ละวิชาชีพที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว

๒.๑.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ทุกคน ผ่านหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน และมีการฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องทุกปี

๒.๑.๓ สนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกครอบครัวมีหมอประจำครอบครัว ๓ คน ครบถ้วน

๒.๒ มีการดูแลพัฒนา สร้างความพึงพอใจ ความผูกพัน รวมทั้งประกาศเกียรติคุณให้แก่บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว

๒.๓ สนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาระบบที่จำเป็นในคลินิกหมอครอบครัวให้มีคุณภาพและเป็นการลดภาระงาน เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข ระบบการขนส่งเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา รวมทั้งวัคซีน การขนส่งขยะติดเชื้อ ระบบบริการคลินิก OPD Paperless ระบบระบบส่งต่อ และงานสื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

๓. สร้างความรู้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสาร

๓.๑. สร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพประจำครัวเรือน และมีการเชิดชูเกียรติในชุมชน

๓.๒. พัฒนาการใช้หอกระจายข่าวเพื่อการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๓.๓. ส่งเสริม สนับสนุนการจัดตั้งกรุ๊ปไลน์ Facebook หรือสื่อโซเชียลอื่น ๆ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม มีระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการ อย่างเสมอภาค เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด บริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีม ๓ หมอประจำครอบครัว อันประกอบด้วย อสม.หมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการแบบองค์รวม

๒. ร้อยละ ๘๐ ของทีม ๓ หมอประจำครอบครัว มีความรู้ และสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ มีผู้มารับบริการมากกว่าร้อยละ ๖๐ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่รับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

(ลงชื่อ).....

(นางยุวดี อ่ำพิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน