

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางพิทยา อุทัยวรรณพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและ ยาเสพติด		
	นางพิทยา อุทัยวรรณพร	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการ	๘๘๓๑๕	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๘๔๘๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ การประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“ การพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารลึ้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี ”				
	รายละเอียดค่าใช้จ่าย	“ แนวทำยประกาศ ”				
						๙๐ %

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ – ๒ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้เสนอผลงานได้ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

๓.๑ แนวคิดการประเมิน และการประเมินผลตามตัวแบบ CIPP Model ของ Daniel L.Stufflebeam ได้แก่ ความหมายของการประเมินผล ความสำคัญของการประเมินผล ประเภทของการประเมินผล กระบวนการประเมินผล การนำผลการประเมินไปใช้

๓.๒ แนวคิดการถอดบทเรียน ได้แก่ ความหมายและความสำคัญ กระบวนการถอดบทเรียน ขั้นตอนการถอดบทเรียน ผลลัพธ์จากการถอดบทเรียน

๓.๓ แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ๖ องค์ประกอบ คือ ๑) องค์การสุขภาพ (Health system organization) กำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนบุคลากร และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง มีระบบการทำงานเป็นเครือข่ายที่หลากหลาย ๒) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-care) เข้าใจ อุปสรรค ข้อจำกัด และสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้ จัดการตนเองได้ ๓) การออกแบบระบบ บริการ (Delivery system design) ที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกมิติ ๔) ระบบสนับสนุนการรักษา (Decision support) โดยใช้แนวทางปฏิบัติ evidence-based guideline มีระบบปรึกษาจากแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ๕) มีระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่ดี Clinical information system) มีระบบการวางแผน การรักษาที่เหมาะสมใช้ร่วมกันทั้งสหวิชาชีพ ๖) ความร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Community resource and Policies)

๓.๔ แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว และนโยบายคลินิกหมอครอบครัว นโยบาย ๓ หมอ ประกอบด้วย แนวคิดการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก ๕ ด้าน คือ ๑) การเสริมพลังประชาชนให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง ๒) การสร้างความเข้มแข็งของการอภิบาลระบบ การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นคุณค่าและความรับผิดชอบของภาคีเครือข่าย ๓) การปรับรูปแบบการให้บริการให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ๔) ส่งเสริมการให้บริการแบบบูรณาการ ๕) มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการจัดการบริการที่บูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแล สุขภาพบุคคลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง ผสมผสาน และบูรณาการเชื่อมโยงส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ จนเกิดกระบวนการปฏิบัติที่ดีที่มีคุณค่า เพื่อประชาชนมีสุขภาวะ

๓.๕ การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ๓๐ แห่ง ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ จากการประเมินตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๓S (Structure/ Staff/ System) มี NPCU ผ่านเกณฑ์ Structure ระดับ A จำนวน ๗ แห่ง (ร้อยละ ๒๓.๓๓) NPCU ผ่านเกณฑ์ Staff จำนวน ๒๒ แห่ง (ร้อยละ ๗๓.๓๓)

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓.๖.๑ งานวิจัยในประเทศ ดังนี้ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพบูล และคณะ (๒๕๕๘) ศึกษาโครงการวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายที่มทมอครอบครัว, สมยศ ศรีจารนัย และคณะ (๒๕๕๘) ศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มทมอครอบครัว, อีระ วรธนารัตน์ และคณะ (๒๕๕๙) ศึกษาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร, เสาวลักษณ์ แสนโรจน์ (๒๕๕๙) ศึกษาเรื่องการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี, ชัยวุฒิ จันดีกระยอม และกาญจนา จันทะนุญ (๒๕๖๐) ศึกษาการพัฒนากระบวนการผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอทูลกระหม่อม อำเภอวังสราญ จังหวัดมหาสารคาม, นันทินรี คงยืน (๒๕๖๐) ศึกษากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา, สุพัตรา ศรีวิชัย และคณะ (๒๕๖๐) ศึกษาการดูแลตนเองเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริษัทไทย (Self Management Support for NCDs: Thai Style), โอภาส การย์กวินพงศ์ (๒๕๖๐) ศึกษาคลินิกหมอครอบครัวกับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย, กุลวดี พลเจียง (๒๕๖๑) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์, อุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ และดุจเดือน ตั้งเสถียร (๒๕๖๑) ศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ (๒๕๖๑) ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว, เฉลิมพร โรจน์รัตน์ศิริกุล และคณะ (๒๕๖๑) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมกับพื้นที่กรุงเทพมหานคร, วัสนา ศรีวิชัย (๒๕๖๑) ศึกษาการสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดตาก: ความคาดหวัง การได้รับบริการสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล, ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรณภีระ และสิริพรรณ อีระกาญจน์ (๒๕๖๑) ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดพิษณุโลก, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ (๒๕๖๒) ศึกษาเรื่องการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง, เกษมธิดา หะชะนี และอิสรา สพสมัย (๒๕๖๒) ศึกษาการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่นจังหวัดสมุทรปราการ, แก้วดา สัชชาติ, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และชญาณิช เพ็ชรรัตน์ (๒๕๖๒) ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง, ขนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (๒๕๖๒) ศึกษาการสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร, ทินุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์ (๒๕๕๙) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี, นงนุช โอบะ (๒๕๖๒) ศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, นงนุช โอบะ (๒๕๖๒, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และผกาภาศ อรุณสวัสดิ์ (๒๕๖๒) ศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของโครงการคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดเรื่องการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง, สันติ ทวยมีฤทธิ์ (๒๕๖๒) ศึกษาการพัฒนา การดำเนินงานที่มทมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา, สุจิต สุขเวสพงษ์ (๒๕๖๒) ศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเมืองปากช่อง, อุไรรัชต์ บุญแท้ (๒๕๖๒) ศึกษาประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มทมอครอบครัวในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี, ดวงดาว ศรียากุล และสันติ ลาภบุญกุล (๒๕๖๓) รายงานการวิจัยพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ, วุฒิชัย โอภาสจิรวโรจน์ (๒๕๖๓) ศึกษาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์มอดล, ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล (๒๕๖๓) ศึกษาเรื่องยุคใหม่ของการดูแลสุขภาพด้วยระบบนิเวศทางธุรกิจและเทลเฮลธ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (๒๕๖๓) ศึกษาการประเมินผลเบื้องต้น;

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประสบการณ์การได้รับการดูแลแบบบูรณาการโดยยึดประชาชน เป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง, จันทนา ทองเพชร, อรุณ แสงแดง, รัตติยา แสงดี, นันทิกานต์ กลิ่นเขต และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร (๒๕๖๔) ศึกษาสมรรถนะบุคลากรในคลินิกหออกรับควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ธานีสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์, สงครามชัยย์ สีทองดีศกุล และกฤษณ์ ขุนลิก (๒๕๖๔) ศึกษารูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหออกรับโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหออกรับต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย, นิลุบล ลือชาเกียรติศักดิ์ (๒๕๖๕) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี, พิทยา ศรีเมือง และคณะ (๒๕๖๔) ศึกษาเรื่องการประเมินรูปแบบการจัดการบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น, ไพร์ศรี แก้วศรีงาม (๒๕๖๔) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ต่อระบบบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร, พัฒนา พรหมณี, อภิชัย คุณิพงษ์ และมาโนชญ์ ชายครอง (๒๕๖๔) ศึกษาการพัฒนาแบบคลินิกหออกรับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามบัณฑิต อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, สฤณีเดช เจริญไชย (๒๕๖๕) ศึกษาการบริหารจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Big Rock NCDs) ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมู่ที่ ๔ บ้านหนองแกงเขน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี, สุวัฒนา คำสุข และคณะ (๒๕๖๕) ศึกษาการถอดบทเรียนการจัดการทีมหออกรับและบทบาทพยาบาลวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง, เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยพร สุชาติสุนทร และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (๒๕๖๕) ศึกษาการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ, อรสา เหล่าเจริญสุข (๒๕๖๖) ศึกษาการประเมินตนเองด้านศักยภาพและคุณภาพการจัด บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพัทลุง : กรณีศึกษาการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, Sawitree Visanuyothin et al. (2018) ศึกษาโครงการบูรณาการการตรวจความดันโลหิตที่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดีในระดับการดูแลเบื้องต้นในชุมชนเมืองของประเทศไทย, Songkramchai Leethongdissakul et al. (2020) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจความสามารถหลักของบุคลากรสาธารณสุขระดับบริการปฐมภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

๓.๖.๒ งานวิจัยต่างประเทศ ดังนี้ Diana B ulgaru –Ilescu, Doru Botezat and Liviu Oprea (2012) ศึกษารูปแบบการดูแลเรื้อรัง (CCM) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพส่วนบุคคล, Michael, S. et all (2013) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลเรื้อรังและการจัดการโรคเบาหวานในสถานบริการปฐมภูมิของสหรัฐอเมริกา: การทบทวนอย่างเป็นระบบ, Kadu MK., Stolee P. (2015) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบเกี่ยวกับการสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคของการศึกษาที่นำ CCM มาใช้ในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ, World Health Organization (2016 อ้างถึงในกรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ, ๒๕๖๒) ศึกษาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการสุขภาพที่บูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก, Kane J et all (2017) ที่ศึกษารูปแบบการบริการปฐมภูมิสำหรับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ซาฮารา (Sub-Saharan Africa) ที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low and middle-income country) โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review), Reynolds, R., et al. (2018) ทบทวนการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การประเมินและถอดบทเรียนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี วัตถุประสงค์ ๑) เพื่อประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ๒) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ๓) เพื่อถอดบทเรียนกระบวนการปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก วิจัยดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

การวิจัยในระยะที่ ๑ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้ปฏิบัติหน้าที่คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี สาขาวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ตัวแทน ๖ สาขาวิชาชีพ อย่างน้อยวิชาชีพละ ๑ คน จำนวน ๑๖ คน ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการจัดบริการ และระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มผู้รับบริการ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๑,๘๑๔ คน (Data exchange Health Data Center : HDC)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการรักษาเป็นประจำที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ไม่ต่ำกว่า ๖ เดือน จำนวน ๓๕๐ คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร การประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน วิทยา จันทร์ทา, ๒๕๕๙) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕๐ คน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตอบแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน ๓๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๑๔

ระยะที่ ๒ ถอดบทเรียนกระบวนการปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี เพื่อค้นหาปัจจัยเงื่อนไขกระบวนการปฏิบัติที่ดีที่มีคุณค่า

การวิจัยในระยะที่ ๒ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อค้นหาปัจจัยเงื่อนไขกระบวนการปฏิบัติที่ดีที่มีคุณค่า การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดอุทัยธานี

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามประกอบการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant Persons) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเข้าถึงในเรื่องเวลา งบประมาณ และการอ้อมตัวของข้อมูล ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant Persons) จากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี จำนวน ๑๔ คน ประกอบด้วย - ระดับอำเภอ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี - ระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลเวชปฏิบัติ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ - ระดับชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม แกนนำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งและปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวน้ำซึ่ม ได้แก่ กำนันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริหารชุมชน ตอบแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และให้ข้อมูลพื้นฐาน นำข้อมูลที่ได้สะท้อนข้อมูล (Reflection) แก่ตัวแทนวิชาชีพจากเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องให้ข้อคิดเห็น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี มีดังนี้

ปัจจัยด้านบริบท พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=๔.๕๐$, $S.D.=๐.๕๑$) โดยด้านกลไกการขับเคลื่อน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=๔.๕๙$, $S.D.=๐.๖๑$) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับรู้นโยบายและนำสู่การปฏิบัติ ($\bar{X}=๔.๔๖$, $S.D.=๐.๓๘$) ส่วนด้านการสนับสนุนทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=๓.๘๔$, $S.D.=๐.๖๗$)

ปัจจัยนำเข้า พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=๔.๔๓$, $S.D.=๐.๕๑$) โดยด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Staff) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=๔.๕๐$, $S.D.=๐.๕๗$) รองลงมาด้านระบบบริการ (System) ($\bar{X}=๔.๔๐$, $S.D.=๐.๕๕$) และด้านโครงสร้าง (Structure) ($\bar{X}=๔.๒๘$, $S.D.=๐.๕๑$)

ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามแนวคิดการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม พบว่า มีคะแนนระดับคุณภาพเฉลี่ยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับ B ($\bar{X}=๗.๐๙$, $S.D.=๑.๒๑$) (จากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) โดยกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว มีคะแนนระดับคุณภาพเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=๗.๓๑$, $S.D.=๑.๐๑$) และด้านระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (Self-Management Support) มีคะแนนระดับคุณภาพเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=๖.๑๕$, $S.D.=๑.๕๖$)

กระบวนการสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม ภาพรวมมีคะแนนระดับคุณภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับ B ($\bar{X}=๗.๑๒$, $S.D.= ๑.๗๔$) (จากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) โดยด้านการทำความเข้าใจต่อหลักการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางครบห้าองค์ประกอบ มีคะแนนระดับคุณภาพเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=๗.๔๔$, $S.D.=๑.๐๖$)

ผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึ่ม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๑๒๕ mg/dl คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๑๘ เฉพาะกลุ่มที่มีผลบันทึกการระดับน้ำตาลในเลือดในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) และมีผลการตรวจระดับน้ำตาล

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สะสม (HbA1C) ครั้งล่าสุด น้อยกว่าร้อยละ ๗ ซึ่งนับเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๙๐ เฉพาะกลุ่มที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีผลค่าความดันโลหิตวัดครั้งล่าสุดที่ระดับความดันโลหิต ไม่เกิน $140/90$ mmHg ร้อยละ ๘๘.๔๐

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง) กับผู้ให้บริการคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม พบว่า ส่วนใหญ่ทราบเรื่องคลินิกหมอครอบครัว และนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำครอบครัว ๓ คน ส่วนใหญ่ทราบชื่อหมอครอบครัวทั้ง ๓ หมอ โดยทราบชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน คนที่ ๑ มากที่สุด

การได้รับการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) คลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี พบว่า การได้รับการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง) มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.52$, S.D.=0.60) โดยด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$, S.D.=0.44) รองลงมา ได้แก่ ด้านปัจจัยสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.49$, S.D.=0.62) ส่วนด้านผลของการรักษามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=4.14$, S.D.=0.50)

การประเมินด้านความพึงพอใจในบริการของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) มีความพึงพอใจภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.41$, S.D.=0.67)

บทเรียนกระบวนการปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึม อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

ข้อค้นพบที่สำคัญ รูปแบบการปฏิบัติที่ “ดี ๖ องค์ประกอบ” ทำให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ ดังนี้

ดี ๑ การสร้างตัวแบบ (Role Model) ตัวแบบที่เกิดขึ้นจากการให้บริการคลินิกหมอครอบครัว มีตัวแบบในระดับผู้บริหารและปฏิบัติ การเป็นตัวแบบของผู้บริหาร ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ) มีแนวคิดและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมาก เป็นผู้นำที่มาจากความเป็นนักปฏิบัติ ทำงานด้วยความเสียสละเพื่อส่วนรวม เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตบริการจนทำให้เห็นผลงานทั้งรูปธรรม ทั้งในด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่าทำงาน และเป็นผลงานเชิงนามธรรม คือ การสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นกับผู้ที่บังคับบัญชา

ตัวแบบในระดับปฏิบัติ ระดับปฏิบัติ เช่น อสม. และอาสาสมัครดูแลสุขภาพ ได้ซึมซับถึงความรู้สึกที่ทุ่มเท เสียสละการทำงานของผู้บริหาร ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความทุ่มเท จนเกิดการยอมรับจากรุ่นน้องและประชาชน รุ่นพี่ๆ สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับรุ่นน้องที่เข้ามาทดแทนรุ่นพี่ที่หมดภาระหน้าที่ และเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ ทั้งระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการ

ดี ๒ การสอนงาน (Coaching) การสอนงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับทีมสุขภาพภาคประชาชน (อสม./นักบริบาล) ในรูปแบบพาทำพาเรียน คือ ทำไปพร้อม ๆ กันระหว่างผู้สอนงานกับสมาชิกในทีม ผู้สอนงานมีความเข้าใจศักยภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เรียนแต่ละคนมีการเลือกใช้วิธีการถ่ายทอดความรู้ที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน การใช้ระบบ “รุ่นพี่สอนงานรุ่นน้อง” สำหรับรุ่นพี่ อสม./นักบริบาลที่มีประสบการณ์สอนงานให้น้องที่เข้ามาทำงานใหม่ รวมทั้ง “รุ่นน้องสอนงานรุ่นพี่” เรียนรู้ก้าวหน้าเทคโนโลยีมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ดี ๓ การสะท้อนคิด (Reflection) การสะท้อนข้อมูลจากการทำงานของทีมสุขภาพโดยการนำข้อมูลจากการปฏิบัติงานทั้งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทั้งในรูปแบบการประชุม การตั้งโต๊ะพูดคุยกันเฉพาะประเด็นปัญหาที่พบ และการสะท้อนข้อมูล ความคิด ความรู้สึกในรูปแบบ

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ไม่เป็นทางการ เช่น การนั่งคุยกันระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพเกี่ยวกับงานที่ทำทั้งในที่ทำงาน ที่บ้านและพูดคุยผ่านโทรศัพท์ การสะท้อนคิดทั้งสองรูปแบบช่วยทำให้การพัฒนาเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดี ๔ การบริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง(Integrated people-centered healthcare)

มีการจัดบริการโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการบริการตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) จัดระบบการดูแลรายครอบครัวโดย ๓ หมอ ปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องสู่ชุมชน ให้บริการที่แตกต่างกันตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดบริการสุขภาพเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน ให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ดี ๕ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเข้มแข็ง (Strengthen partnership)

การรับผลประโยชน์ร่วมกันของภาคีเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง โดยมีแนวคิด “บวร๒๐” บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรท้องถิ่น และเอกชน มีผู้นำชุมชนที่เข้าใจการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพชุมชน วิเคราะห์สาเหตุ แก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนและประเมินผล มีการเชื่อมเครือข่ายทีมปฐมภูมิระดับพื้นที่กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประสานทุนทางสังคมในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเลือกนักบริหาร อาสาสมัครดูแลด้านสุขภาพเข้ามาทำงาน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการมีส่วนร่วมบูรณาการกองทุนที่มีอยู่ในชุมชน(Integrated community welfare fund) จากกองทุนหลักอย่างกองทุนตำบล สปสช. และประชาชน/ภาคเอกชน และวัดในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ สนับสนุน คน เงิน ทรัพยากรทางการแพทย์ และสถานที่จัดบริการในการร่วมส่งเสริมดูแลคุณภาพชีวิตคนในชุมชนแบบองค์รวม

ดี ๖ การนำเทคโนโลยีและสารสนเทศ (Information & Technology) มาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและระบบบริการปฐมภูมิ ใช้ระบบวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในการทำแผนสุขภาพตำบล การนำสื่อออนไลน์ เช่น Facebook Line ในการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ/ภาคีเครือข่ายในชุมชนใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาระหว่างแพทย์กับพยาบาลและนักบริหาร มีบริการให้คำปรึกษา ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine / Telehealth)และการให้เบอร์โทรศัพท์บุคลากรในทีมสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวกติดต่อได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ด้านองค์ความรู้ใหม่ ได้ปัจจัยเงื่อนไขข้อค้นพบที่สำคัญ รูปแบบการปฏิบัติที่ดีที่ทำให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวน้ำซึมพบความสำเร็จ เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดอุทัยธานี ในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาเชิงปฏิบัติการหรือการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการบริการปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖.๒ ด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ให้บริการได้รับการสำรวจ ได้ทบทวน ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค และการประเมินความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้รับบริการ การประยุกต์ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควบคู่กับการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยกระบวนการกลุ่มบำบัดในวันคลินิกและวันชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ตอนที่ ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖.๓ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ นำผลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนา การดำเนินงานคลินิกหออกรับหรือให้มีความรู้และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ภายใต้ทรัพยากรที่มี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา การประเมินตนเอง และการสนับสนุนส่วนขาดในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบริหารจัดการ และกระบวนการปฏิบัติที่ดีที่มีคุณค่า เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการคลินิกหออกรับในพื้นที่อื่นได้ เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางศึกษาวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียน นำกระบวนการบริหารจัดการไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ ที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการและงานวิจัย ตลอดจนหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ในเนื้อหาที่จะทำการศึกษาวิจัยต้องใช้เวลามากในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการค้นคว้าหาความรู้ควรเป็นความรู้ที่ใหม่ ทันสมัย การค้นหาคำศัพท์ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ผู้วิจัยจะต้องมีทักษะในการแปล ภาษา ประกอบกับเป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีความรู้และทักษะในการวิจัยเชิงคุณภาพ การคิดวิเคราะห์และประมวลผล เพื่อให้งานวิจัยมีความครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ และมีคุณภาพเพื่อประโยชน์ให้การพัฒนางานต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant Persons) โดยใช้หลักการเข้าถึงในเรื่องราว งบประมาณ และการอิมตัวของข้อมูล ต้องใช้ทักษะและเวลาในการวิเคราะห์และประมวลผลรวมทั้งการดำเนินการในสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ต้องดำเนินการภายใต้มาตรการ DMHTT

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

๑. การสนับสนุนการจัดระบบบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมและทำให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

๒. การพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยเชิงคุณภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

๑. การศึกษาเปรียบเทียบผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดบริการปฐมภูมิ โดยคลินิกหออกรับของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ หรือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ด้วยแนวคิดการบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยคลินิกหออกรับ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

.....กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำเพื่อขอเผยแพร่ผลงานวิชาการ.....

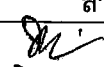

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) ...นางพิทยา อุทัยวรรณพร.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๙๐.....
 ๒) ...นายวิสุทธิ์ โนจิตต์.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๕.....
 ๓) ...นางสาวบุญเดือน เหลืองเลิศขจร.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๕.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (.....นางพิทยา อุทัยวรรณพร.....)
 (ตำแหน่ง)นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ....
 (วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗.....
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพิทยา อุทัยวรรณพร	
นายวิสุทธิ์ โนจิตต์	
นางสาวบุญเดือน เหลืองเลิศขจร	บุญเดือน เหลืองเลิศขจร

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวบุญเดือน เหลืองเลิศขจร)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ที่ร้อยตรี
 (.....(ตนันท์..พิทักษ์ธรรมพ.).....)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 (วันที่) ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
 หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารพื้นที่สุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าการบาดเจ็บทางถนน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับต้นๆ จากการสูญเสียทั้งหมด และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายที่มีอุบัติการณ์สูงชันอย่างมากในปัจจุบัน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๖๖) นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่มีอัตราการป่วย การพิการ และการเสียชีวิตสูง รวมทั้งมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ความต้องการการฟื้นฟูดูแลหลังพ้นภาวะวิกฤติสูงขึ้นตามมา หรือเรียกว่า ผู้ป่วยระยะกลาง “Intermediate Care : IMC” คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel ADL Index (BI) ได้ค่า < ๑๕ คะแนน หรือ ≥ ๑๕ คะแนนร่วมกับ multiple impairments และใช้ระยะเวลา ๖ เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติในการฟื้นฟูสภาพ (จิตติมา แสงสุวรรณ, ๒๕๖๐) การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง “Intermediate Care” เป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการบริหารพื้นที่สุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดูแลผู้ป่วย ๔ กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord Injury: SCI) และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เพิ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Fragility hip fracture) ซึ่งหลังการรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute) จำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องในช่วง ๖ เดือน (Golden period) เพื่อให้สมรรถภาพร่างกายกลับมาสมบูรณ์มากที่สุด

จังหวัดอุทัยธานี มีอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยทั้งสี่กลุ่มโรค โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก ๖.๓๙ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็น ๔๗.๓๗ ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ (HDC, ๒๕๖๖) และมีการดำเนินการ Intermediate care ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ โรงพยาบาลอุทัยธานี มี Intermediate bed จำนวน ๘ เตียง ให้บริการผู้ป่วยกลุ่ม post-acute stroke ภาพรวมทั้งจังหวัด และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ขับเคลื่อนงาน มีแผนการดูแลระยะกลาง แผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชนและวางแผนการพัฒนาบุคลากร และวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑ โรงพยาบาลหนองขาหย่าง เปิดบริการ Stroke Rehabilitation Ward โดยให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลอุทัยธานี ไปบริการตรวจรักษา และนัดติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง ณ กันยายน ๒๕๖๑ แต่ไม่มีผู้รับบริการ

ต่อมาได้มีการปรับนโยบายขยาย Intermediate ward ในโรงพยาบาลชุมชน ๒ แห่ง ๆ ละ ๖ เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองฉาง และโรงพยาบาลลานสัก และ Intermediate bed แห่งละ ๒ เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลทัพทัน โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ โรงพยาบาลหนองขาหย่าง โรงพยาบาลบ้านไร่ และโรงพยาบาลห้วยคต โดยมีคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ครอบคลุมบริการ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้านในชุมชน ผลการจัดระบบการบริหารพื้นที่สุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดอุทัยธานี มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเข้าระบบการดูแลระยะกลาง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ จำนวน ๖๐, ๑๗๐, ๒๑๓ และ ๑๐๘ ราย ตามลำดับ มีการติดตามประเมิน BI จนครบ ๖ เดือน ครบร้อยละ ๑๐๐ และ Outcome จากการติดตามผู้ป่วย

BI < ๑๕ เมื่อครบ ๖ เดือน BI สูงขึ้น ร้อยละ ๕๙.๐๑, ๖๖.๔๗, ๗๖.๐๖ และ ๗๘.๗๐ ตามลำดับ (โรงพยาบาล อุทัยธานี, ๒๕๖๖) และได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัด อุทัยธานี พบว่าระบบการคัดกรอง ระบบส่งต่อ และระบบติดตามขาดความเชื่อมโยง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพหลังพ้นภาวะวิกฤติไม่ต่อเนื่อง ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่ต้นทาง การส่งต่อ มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบที่เป็นทางการมีใบส่งต่อ ไปโรงพยาบาลชุมชน แบบที่ผู้ป่วยและญาติถือใบส่งต่อไปเอง รวมทั้งบางโรงพยาบาลชุมชน ปลายทางจำหน่ายผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาฟื้นฟูตามระบบ เนื่องจากบุคลากร ขาดความเข้าใจใน IPD care protocol และ care plan IMC ยังไม่ชัดเจน และจากการติดตามพบว่าบางรายผู้ป่วย ไม่ได้มีที่อยู่ตามที่แจ้งไว้ก่อนส่งต่อทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามและสูญหายจากระบบ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่า BI ๑๐-๑๔ ซึ่งคิดเป็น ๖๐% ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ IMC พบมีความพิการตามมาทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางคนไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น (น้อมจิตต์ จันทรน้อย, ๒๕๖๓) ซึ่งได้มีการพัฒนาเพิ่มช่องทางประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแล ต่อเนื่องด้วยโปรแกรม Three refer, Thai COC, Line ในเวลาต่อมา แต่ก็ยังไม่ได้มีการศึกษาติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลหนองขาหย่าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๐ เตียง มีข้อจำกัดในการให้บริการ ในโรคที่มีปัญหาซับซ้อน และไม่รับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไว้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอัตราการครองเตียง ค่อนข้างน้อยและประสบปัญหาวิกฤติสถานะการเงินมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการครองเตียง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ เท่ากับ ๕๐.๔๗, ๕๐.๑๙ และ ๕๐.๑๙ ตามลำดับ ส่วนในปี ๒๕๖๕ จากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้อัตราครองเตียงเพิ่มขึ้นเป็น ๘๐.๑๓ และลดลงในปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ๕๒.๑๙ มีค่า Case Mix Index (CMI) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ เท่ากับ ๐.๔๘, ๐.๕๖, ๐.๕๕ และ ๐.๕๖ ตามลำดับ (Case Mix Index หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว AdjRW ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายใน ช่วงเวลาที่กำหนด แสดงถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน เกณฑ์ ๐.๖) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จำนวน ๑ ราย, ๑ ราย และ ๓ ราย ตามลำดับ และปรับเป็น Intermediate ward จำนวน ๖ เตียง มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลฟื้นฟูบูรณะระยะสั้น ๕ วัน จำนวน ๑ คน นักกายภาพบำบัด ๒ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน แต่ยังไม่มียกขา และการไม่มีแพทย์แผนจีน (โรงพยาบาล หนองขาหย่าง, ๒๕๖๖) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้บริหารเร่งรัดการดำเนินนโยบาย One Province One Hospital พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดอุทัยธานี ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน สอดรับกับแผนการปรับระบบ บริการสุขภาพ ตามนโยบาย SAP (Standard- Academy- Premium/ Professional) และแผนพัฒนา Service Delivery Blueprint (Service Re-design) กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข, ๒๕๖๖) ผู้บริหารมีนโยบายเข้มมุ่ง ข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลหนองขาหย่าง โรงพยาบาลอุทัยธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ยกกระดับความเชี่ยวชาญโรงพยาบาลหนองขาหย่าง เป็น “ศูนย์ดูแลฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี” บูรณาการทรัพยากรคน เงิน ของ ร่วมกัน เริ่มเปิดดำเนินการมาได้ระยะเวลาหนึ่ง มีผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จำนวน ๑๗ ราย และส่งกลับ จำนวน ๓ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จำนวน ๑๐ ราย ซึ่งยังไม่ได้มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) หลังการได้รับการรักษาจนพ้น เกณฑ์กำหนด ที่ ๗ วัน หรือ ๑๔ วัน เนื่องจาก จำนวนเตียงโรงพยาบาลไม่มากพอรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ อย่างเพียงพอ การฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทุกภาคส่วน เป็นการให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีส่วนร่วมดูแลคนในชุมชนร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้พลังเจ้าหน้าที่ในการทำงานและแก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ (Value on Staff) มีแรงจูงใจในการทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข และเป็นการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพตามแผนพัฒนา Service Delivery Blueprint และ SAP ยกระดับความเชี่ยวชาญโรงพยาบาลหนองขาหย่าง เป็นศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้ประเมินจึงมีแนวคิดศึกษาวิจัย การพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี วัตถุประสงค์เพื่อ ๑) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ๒) พัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) และ ๓) ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี โดยอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎี และหลักการ ๓ แนวคิด คือ

- ๑) หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC)
- ๒) แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)
- ๓) แนวคิดเสริมพลัง (Empowerment)

เพื่อเป็นข้อมูลนำผลไปพัฒนาต่อยอด ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ การพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จังหวัดอุทัยธานี ส่งผลต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยระยะกลางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยระยะกลาง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๒ มีการขยายผลการบูรณาการข้อมูล และการบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผู้ป่วยรายโรคในระยะกลางร่วมกันทั้งจังหวัด ด้วยพลังวิชาการ กับการส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ เสริมพลังทีม มีแรงจูงใจในการทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน ๖ เดือนแรก (เกณฑ์ร้อยละ ๗๐)

๕.๒ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสุขภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (potential group) (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐)

๕.๓ ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (BI ๐-๕) ที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (low potential group) เกิดภาวะแทรกซ้อน (ใหม่) (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) (ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ pressure sore, pneumonia, UTI)

๕.๔ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(.....นางพิทยา อุทัยวรรณพร.....)

(ตำแหน่ง) ...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่)๘/.....มกราคม...../.....๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน