



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๓๐๕๔

วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสพักท้งเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทยาปทุมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการ จำนวน ๔ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นางจันทนา วังคะอ้อม)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวจรีวรรณ ทองเพ็ง	นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๒	นางสาวอนัฐมา ปิ่นแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ และคุณภาพบริการ
๓	นางสาวสุนิชา มาลา	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๔	นางสาวตันหยง ผุ่ยอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายพงศ์สิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวจวีวรรณ ทองเพ็ญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ่อทอง กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์		
		นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ	๒๓๑๖๕๔	นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๑๖๕๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ด้วยวิธี Urine analysis เปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อในปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การศึกษาความสัมพันธ์ของรับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube โดยการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ (Correlation of thyroid hormone level in Serum clot activator tube and Lithium heparin tube)				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	จ.บว				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยวิธี Urine analysis เปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อในปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection, UTI) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้หญิง ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่ใช้สายสวน เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของท่อปัสสาวะที่สั้นกว่าของผู้ชาย ทำให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้หญิงมีโอกาสเป็น UTI มากกว่าผู้ชายประมาณ ๘ เท่า และผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีโอกาสเป็น UTI ร้อยละ ๕๐-๖๐ ตลอดช่วงชีวิต

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสามารถแบ่งได้เป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบแสดงอาการ (Symptomatic UTI) และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่แสดงอาการ (Asymptomatic bacteriuria, ASB) ซึ่งการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบแสดงอาการสามารถแบ่งตามตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower UTI) หรือกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบน (Upper UTI) หรือกรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่แสดงอาการ เป็นภาวะที่พบเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะในปริมาณ $\geq 10^4$ CFU/mL แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการ จึงต้องตรวจหาด้วยการเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture) ซึ่งมีระยะเวลารอคอยผลนาน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง และมีราคาค่อนข้างสูง ในปัจจุบันจึงนิยมใช้การตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (Urine analysis) ด้วยแถบตรวจสารเคมีในปัสสาวะ (Urine dipstick test) ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Urine microscopy) ที่สามารถ ตรวจได้ง่าย สะดวก รวดเร็วและทราบผลในทันที ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ปัจจุบันการวินิจฉัย UTI อาศัยการประเมินอาการของผู้ป่วยร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัย ได้แก่ การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) และการเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture) โดยการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ที่มีการตรวจด้วยแถบตรวจสารเคมีในปัสสาวะ (Urine dipstick test) อาทิเช่น Nitrite, Leukocyte esterase, Protein เป็นต้น ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Urine microscopy) อาทิเช่น พบเซลล์เม็ดเลือดขาว (Pyuria) มากกว่า ๕-๑๐ เซลล์/HPF หรือพบแบคทีเรียในปัสสาวะ (Bacteriuria) เป็นต้น

ส่วนการเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture) มีระยะเวลารอคอยผลนาน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ในบางกรณีที่ต้องทำ Antimicrobial susceptibility testing (AST) อาจต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ๔๘-๗๒ ชั่วโมง อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่เหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ รวมถึงอาจพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียที่ไม่ก่อโรคหากเก็บปัสสาวะไม่ถูกวิธี

ทั้งนี้แพทย์มักจะส่งตรวจทั้ง Urine analysis และ Urine culture พร้อมกัน โดยไม่รอผล Urine analysis ซึ่งในบางกรณี Urine analysis มีผลปกติ และ Urine culture ไม่พบเชื้อ ทำให้อาจเกิดการส่งตรวจเกินความจำเป็นได้ ดังนั้น จึงมีการประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยวิธี Urine analysis เปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อในปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ระยะเวลาตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) และการเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture)

- รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีการส่งตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) และการเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture) ในผู้ป่วยรายเดียวกัน วันและเวลาเดียวกัน

- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทางคณิตศาสตร์ เพื่อคำนวณหาค่า Sensitivity, Specificity, Accuracy และค่า Predictive value

- สรุปผลการทดลอง

- เรียบเรียงเป็นเอกสารวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

สามารถใช้ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) เป็นการคัดกรองเบื้องต้น ก่อนการส่งตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture) ได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลการศึกษา

จากการศึกษาปัสสาวะของผู้ป่วย จำนวน ๓๖๗ ตัวอย่าง มีการรายงานผลการเพาะเชื้อเป็นไม่พบการเจริญของเชื้อ (No growth) จำนวน ๑๒๘ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๓๔.๘๘) และพบเชื้อแบคทีเรีย จำนวน ๒๓๙ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๖๕.๑๒) โดยพบว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเพศหญิง (ร้อยละ ๖๕.๒๗) สูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ ๓๔.๗๓) เชื้อจุลินทรีย์ที่พบมากที่สุดคือ Escherichia coli (ร้อยละ ๒๘.๐๓)

ผลการศึกษาเมื่อนำ Infectious marker ทั้ง ๕ ชนิด ได้แก่ Protein, Bacteria $\geq$ Moderate (BACT), Leukocyte esterase (LE), Nitrite (N) และ WBC > 5 cell/HPF (WBC) มาคำนวณหาความไว (Sensitivity), ความจำเพาะ (Specificity), ค่าการทำนายผลบวก (Positive Predictive value), ค่าการทำนายผลลบ (Negative Predictive value), และค่าความถูกต้องแม่นยำ (Accuracy) เปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อ (Culture) พบว่าได้ค่าความไว ๕๓.๘๕%, ๘๓.๔๗%, ๗๒.๘๘%, ๓๑.๘๐% และ ๗๒.๓๘% ตามลำดับ ค่าความจำเพาะ ๔๘.๑๒%, ๕๓.๔๔%, ๔๙.๖๒%, ๘๘.๒๘%, และ ๕๔.๖๙% ตามลำดับ ค่าการทำนายผลบวก ๖๔.๖๒%, ๗๖.๓๖%, ๗๒.๒๗%, ๘๓.๕๒% และ ๗๔.๘๙% ตามลำดับ ค่าการทำนายผลลบ ๓๗.๒๑%, ๖๔.๒๒%, ๕๐.๓๙%, ๔๐.๙๔% และ ๕๑.๔๗% ตามลำดับ ค่าความถูกต้องแม่นยำ ๕๑.๗๗%, ๗๒.๗๕%, ๖๔.๕๘%, ๕๑.๕๐% และ ๖๖.๒๑% ตามลำดับ โดยหากพิจารณาจาก Infectious marker เพียงชนิดเดียวพบว่า Bacteria $\geq$ Moderate (BACT) มีความไวและค่าการทำนายผลลบมากที่สุด คือ ๘๓.๔๗% และ ๖๔.๒๒% ตามลำดับ, Nitrite (N) มีความจำเพาะและค่าการทำนายผลบวกมากที่สุด คือ ๘๘.๒๘% และ ๘๓.๕๒% ตามลำดับ ส่วน WBC > 5 cell/HPF (WBC) มีค่าความถูกต้องแม่นยำมากที่สุด คือ ๖๖.๒๑%

เมื่อใช้ผลการทดสอบร่วมกันของ Bacteria $\geq$ Moderate (BACT), Nitrite (N) และ WBC > 5 cell/HPF (WBC) ทั้ง ๓ การทดสอบ จะให้ค่าความจำเพาะและค่าการทำนายผลบวกที่สูงขึ้น เป็น ๙๔.๕๓% และ ๘๙.๐๖% ตามลำดับ ดังนั้นการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ด้วยแถบตรวจสารเคมีในปัสสาวะ (Urine dipstick test) ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Urine microscopy) สามารถใช้คัดกรองการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ดีในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากผลการตรวจมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งในสามรายการนี้ควรส่งทำการเพาะเชื้อต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒ สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ด้วยแถบตรวจสารเคมีในปัสสาวะ (Urine dipstick test) ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Urine microscopy) โดยนำมาใช้คัดกรองการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในเบื้องต้นได้ เป็นวิธีที่สะดวก ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ไม่ซับซ้อน ราคาถูกและทราบผลได้ในทันที ทำให้สามารถแยกปัสสาวะที่มีพบและไม่พบเชื้อแบคทีเรียออกจากกัน โดยจะเห็นว่า หากใช้ผลการตรวจร่วมกันในการพิจารณา จะมีค่าความจำเพาะและค่าการทำนายผลบวกที่สูงขึ้นมากกว่า การใช้ผลตรวจค่าใดค่าหนึ่งเพียงค่าเดียว สามารถใช้เป็นแนวทางให้แพทย์เลือกส่งตรวจเพาะเชื้อในรายที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ แต่อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องความไว และค่าการทำนายผลลบค่อนข้างต่ำ ซึ่งในรายที่ผลการตรวจมีความผิดปกติหรือรายที่แพทย์สงสัย ควรทำการส่งตรวจเพาะเชื้อเพื่อยืนยันต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากการประเมินประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะด้วยวิธี Urine analysis เปรียบเทียบกับการเพาะเชื้อในปัสสาวะ (Urine culture) พบว่าการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) ด้วยแถบตรวจสารเคมีในปัสสาวะ (Urine dipstick test) ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Urine microscopy) สามารถใช้ตรวจคัดกรองเบื้องต้นในการแยกปัสสาวะที่พบและไม่พบเชื้อแบคทีเรียออกจากกัน โดยนำไปใช้เป็นแนวทางของแพทย์ในการส่งตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะและการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผลการเพาะเชื้อที่ไม่พบการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย (No growth) ลดลง เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินความจำเป็น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) และส่งตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะ (Urine culture) ในวันเดียวกัน โดยไม่ได้แยกวิธีในการเก็บตัวอย่าง ที่มีทั้งการเก็บปัสสาวะจากปัสสาวะช่วงกลาง (Midstream urine) โดยผู้ป่วยเป็นคนเก็บปัสสาวะนำส่งเอง รวมถึงในหอผู้ป่วยที่มีเจ้าหน้าที่นำมาส่งที่ห้องปฏิบัติการ และมีการเก็บปัสสาวะจากสายสวนปัสสาวะโดยนักเทคนิคการแพทย์หรือพยาบาล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมและระยะตั้งแต่การเก็บปัสสาวะจนถึงการตรวจวิเคราะห์ที่ทิ้งไว้นานเกิน ๔ ชั่วโมง อาจส่งผลให้ผลการตรวจมีความคลาดเคลื่อนได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ทางห้องปฏิบัติการควรให้คำแนะนำในการเก็บปัสสาวะที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกราย โดยการอธิบายรายบุคคล หรือการแจกเอกสารคู่มือ/วิธีการเก็บปัสสาวะ หรือการทำป้ายประชาสัมพันธ์การเก็บปัสสาวะไว้ในห้องน้ำ เป็นต้น

๙.๒ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เรื่องการเก็บส่งตรวจอย่างถูกวิธี และระยะเวลา รวมถึงอุณหภูมิในการเก็บและนำส่งส่งตรวจที่เหมาะสม

๙.๓ ควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการส่งตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะ ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บส่งตรวจ การนำส่งส่งตรวจ การตรวจวิเคราะห์ และการรายงานผล ร่วมกับองค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวจรีวรรณ ทองเพ็ญ สัดส่วน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จรีวรรณ ทองเพ็ญ

(นางสาวจรีวรรณ ทองเพ็ญ)

(ตำแหน่ง) นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]

(นายนิพนธ์ ลักขุธ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

(วันที่) ๑๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]

(นายจตุนิษฐ์ อัคระปัญญาพงศ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

(วันที่) ๑๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]

(นายฤกษ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๑๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube โดยการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ (Correlation of thyroid hormone level in Serum clot activator tube and Lithium heparin tube)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไทรอยด์หรือภาวะไทรอยด์ผิดปกติ เป็นหนึ่งในโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ โดยประชากรไทยประมาณ ร้อยละ ๑๐-๑๕ มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในระดับใดระดับหนึ่ง ซึ่ง ร้อยละ ๑-๒ ของประชากรทั่วไปพบว่าเป็นภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism) พบมากในช่วงอายุ ๒๐-๔๐ ปี และร้อยละ ๑ ของประชากรพบว่าเป็นภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) พบมากในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะไทรอยด์ผิดปกติอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ที่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ติดอันดับ ๕-๑๐ ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด อัตราการเกิดประมาณ ๔-๗ ราย ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี

การวินิจฉัยโรคไทรอยด์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการตรวจหาความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของ ภาวะไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism), ไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism), ไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis), ก้อนเนื้อไทรอยด์ (Thyroid nodules) หรือ มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid cancer) สามารถทำได้โดยการตรวจร่างกายและการซักประวัติ ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจ TSH (Thyroid-stimulating hormone), FT๓ (Free Triiodothyronine) และ FT๔ (Free Thyroxine) รวมถึงการตรวจทางรังสีและภาพถ่ายทางการแพทย์ และการตรวจชิ้นเนื้อ (Fine needle aspiration biopsy - FNAB)

การตรวจ TSH, FT๓ และ FT๔ ในห้องปฏิบัติการ โดยเครื่องตรวจวิเคราะห์จะใช้หลักการ Chemiluminescent immunoassay - CLIA หรือ Electrochemiluminescence immunoassay - ECLIA ซึ่งอาศัยปฏิกิริยาระหว่างแอนติบอดีกับฮอร์โมนที่ต้องการตรวจวัด ใช้สิ่งส่งตรวจเป็นซีรัมจากหลอดเก็บเลือด Serum clot activator tube ตามแนวทางของ Clinical and laboratory standards institute (CLSI) และ American thyroid association (ATA) เนื่องจาก Serum clot activator tube มีสารกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด ทำให้สามารถแยกซีรัมออกจากส่วนประกอบอื่นของเลือดได้ง่าย และลดปัจจัยรบกวนจากสารกันเลือดแข็ง (Anticoagulant) ในพลาสมา ซึ่งหากใช้หลอดเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็ง (เช่น EDTA, Heparin หรือ Citrate) อาจเกิดการจับตัวของไอออนโลหะหรือโปรตีนในเลือด ซึ่งอาจมีผลต่อระดับของฮอร์โมนที่ตรวจวัด รวมถึง FT๓ และ FT๔ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงโปรตีนในพลาสมา การใช้ซีรัมจากหลอด Clot Activator จึงช่วยลดผลกระทบจากสารกันเลือดแข็ง โดยซีรัมที่ได้จาก Serum clot activator tube มีค่าฮอร์โมนไทรอยด์ที่เสถียรมากกว่า เมื่อเทียบกับพลาสมา ที่ได้จากหลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิดอื่น

อย่างไรก็ตาม Lithium heparin tube เป็นหลอดเก็บเลือดชนิดที่นิยมนำมาใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกเพราะมีคุณสมบัติของสารกันเลือดแข็งที่เหมาะสม อีกทั้งลดระยะเวลาการคอยผลการตรวจ โดยหลังจากเจาะเก็บเลือดแล้วสามารถนำไปปั่นแยกและตรวจวิเคราะห์ได้ทันที เนื่องจากไม่ต้องรอระยะเวลาให้เลือดแข็งตัว ดังนั้น ในการตรวจวิเคราะห์ประจำวันที่มีรายการตรวจทางเคมีคลินิกมักจะจะใช้ Lithium heparin tube แต่จะมีบางกรณีที่แพทย์สั่งตรวจรายการอื่นทางเคมีคลินิกเพิ่มเติม จะสามารถตรวจวิเคราะห์ได้ทันที แต่หากมีการเพิ่มการส่งตรวจฮอร์โมนไทรอยด์ จะต้องทำการเจาะเก็บเลือดผู้ป่วยอีกครั้ง ด้วย Serum clot activator tube จึงเป็นการเพิ่มระยะเวลาการคอยผลการตรวจให้นานกว่าเดิม

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับฮอโมนไทรอยด์ในเลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube โดยการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ ทั้งนี้ในกรณีที่แพทย์สั่งตรวจฮอโมนไทรอยด์เพิ่มเติม จากรายที่มีการตรวจทางเคมีคลินิกแล้ว สามารถใช้ตัวอย่างเดิมในการตรวจวิเคราะห์ได้ทันที เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผล และลดจำนวนครั้งในการเจาะเลือดผู้ป่วยได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยทยอยสุ่มเก็บตัวอย่างเลือดจากกลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ่อทอง ที่มีรายการสั่งตรวจทางเคมีคลินิกและการตรวจฮอโมนไทรอยด์ในผู้ป่วยรายเดียวกัน ทั้งในกลุ่มคนปกติ และผู้ป่วยโรคไทรอยด์ จำนวน ๖๐ ราย จากนั้นทำการตรวจระดับฮอโมนไทรอยด์ โดยใช้เลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube โดยการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติและทำการตรวจวิเคราะห์ภายใต้บริบทของการปฏิบัติงานประจำวัน

นำผลการตรวจวัดค่าที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson correlation method (r) และ Paired t-Test. (p-value) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าความสัมพันธ์ของระดับฮอโมนไทรอยด์ในเลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube โดยการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ค่าความสัมพันธ์ของระดับฮอโมนไทรอยด์ในเลือดจากตัวอย่างใน Serum clot activator tube และ Lithium heparin tube มีความสัมพันธ์กันและแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

๔.๒ สามารถใช้ Lithium heparin tube แทน Serum clot activator tube ในกรณีแพทย์ขอส่งตรวจเพิ่มเติมได้

๔.๓ ลดระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจ ลดภาระงาน ลดการเจาะเลือดผู้ป่วยซ้ำ และสามารถช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในหน่วยงานได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

สามารถใช้ Lithium heparin tube แทน Serum clot activator tube ในกรณีแพทย์สั่งตรวจเพิ่มเติม เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยผลได้

(ลงชื่อ) จิราวรรณ ทองเพ็ญ

(นางสาวจิราวรรณ ทองเพ็ญ)

(ตำแหน่ง) นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวอนันฐา ปิ่นแก้ว	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสัตหิรา กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ และคุณภาพบริการ	๒๓๔๕๗	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสัตหิรา กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ และคุณภาพบริการ	๒๓๔๕๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ		นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)		๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงอำเภอสัตหิรา จังหวัดชลบุรี				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	โครงการ "อสม.พาตรวจ: รณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอำเภอสัตหิรา"				

๕๐๓๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานนักวิชาการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นเวลา ๘ ปี ๔ เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ได้รับประสบการณ์เชิงลึกเกี่ยวกับงานด้านโรคมะเร็ง ทั้งในเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ จัดนิทรรศการ บอร์ดความรู้ กิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ผ่านการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และออกหน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ทั้งในชุมชน บริษัทเอกชน และหน่วยงานราชการ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองได้อย่างทั่วถึง

ประสบการณ์เป็นเลขานุการ ในคณะกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA Test โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยคณะกรรมการ มีหน้าที่รับผิดชอบกำหนดนโยบาย เป้าหมาย วางแผนพัฒนางาน โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA Test ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เก็บรายงานตัวชี้วัด โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA Test ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากนี้ ยังได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้สะดวกขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือมีความกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจที่สถานพยาบาล การมีส่วนร่วมในงานวิจัยดังกล่าวช่วยเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้บริการที่ตอบโจทย์ประชาชนมากขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์สูงสุดในผู้หญิงไทยตั้งแต่ปี ๒๕๓๒ แต่ด้วยการคัดกรองระดับประเทศ ทำให้อุบัติการณ์ลดลง ปัจจุบันเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ ๕ ในผู้หญิงไทย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ ๑๕ ราย และเสียชีวิตปีละ ๒,๒๕๘ ราย

สาเหตุหลักของโรคคือการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์ ๑๖ และ ๑๘ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน HPV และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจุบันใช้ HPV DNA Test เป็นมาตรฐานสำหรับสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี โดยหากผลปกติ ควรตรวจซ้ำทุก ๕ ปี อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้หญิงจำนวนมากยังเข้ารับการตรวจคัดกรองน้อยกว่าที่กำหนด เช่น ในอำเภอศรีราชา เป้าหมายคัดกรองอยู่ที่ร้อยละ ๘๐ แต่ดำเนินการได้เพียงร้อยละ ๒๘.๑๑ ในปี ๒๕๖๖

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด อายุ ความกลัว ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการส่งเสริมที่มีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โดยใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันและส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก อายุ ๓๐-๕๙ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๘๑ คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจก

แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางประชากร และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑) ดำเนินการเขียนโครงร่างวิจัยและเสนอขอจริยธรรมการวิจัยที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๒) หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานเก็บข้อมูลกับแกนนำสุขภาพ, อสม.ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

๓) ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยต้องได้รับการแสดงความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง และจัดส่งแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ไปยังแกนนำสุขภาพ/ อสม.ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผ่านทาง Application LINE และทำหนังสือส่งไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในเขตอำเภอศรีราชา พร้อมแนบ QR-Code สำหรับสแกนแบบสอบถาม โดยทำตอบสอบถามผ่าน Google form มีเอกสารชี้แจงรายละเอียดพร้อมหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้ลงนามก่อนการเริ่มทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ ๒๐-๓๐ นาที

๔) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ โดยไม่ได้ไปนั่งควบคุมขณะตอบแบบสอบถาม แต่หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

๕) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างส่งทุกราย

๖) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของ ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนัมน้อย และชาลิณี มานะยิ่ง ประกอบด้วย ๓ ส่วน จำนวน ๕๓ ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน ๑๐ ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายปิด

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๔๐ ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรู้แรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถามเชิงบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ ๓ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๓ ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ ประกอบด้วย การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา สถานที่ที่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และเติมคำ

เป้าหมายของงาน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ๕๒.๖๒ ปี เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาประถมศึกษา หรือต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ ๔๑.๙๙ เกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสแต่งงาน/ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ ๕๔.๐๗ อาชีพหลักในปัจจุบันส่วนมากเป็นแม่บ้านไม่มีรายได้ รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๐.๗๐ และ ๒๘.๓๕ ตามลำดับ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย ๒๒.๔๙ ปี ส่วนมากเคยตั้งครรรภ์มาแล้ว ร้อยละ ๘๔.๗๘ เคยคุมกำเนิด ร้อยละ ๗๒.๗๐ ไม่เคยคุมกำเนิด ร้อยละ ๒๗.๓๐ ส่วนมากไม่เคยติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ มีเพียงส่วนน้อยที่เคยติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๔.๒๐ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เกินครึ่ง ความสำเร็จของการมีเพศสัมพันธ์ ๑-๔ ครั้งต่อเดือน ร้อยละ ๕๕.๑๒ จำนวนคู่นอน ต่ำสุด ๐ คน สูงสุด ๕ คน เฉลี่ย ๐.๙๘ หรือ ๑ คน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๖.๔ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก อยู่ระดับสูง ร้อยละ ๗๖.๔ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ระดับสูง ร้อยละ ๘๘.๒ และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ระดับสูง ร้อยละ ๕๔.๓

การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมาเกินครึ่งเคยเข้ารับการตรวจ ร้อยละ ๖๑.๖๘ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมีประโยชน์ ร้อยละ ๓๔.๐๖ รองลงมาคือ คิดว่ามะเร็งปากมดลูกอันตรายทำให้เสียชีวิตได้ และได้รับความรู้จากการเข้าร่วมอบรม ร้อยละ ๑๙.๕๒ และ ๒๐.๙๒ ตามลำดับ ความพึงพอใจในการไปรับบริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกครั้งที่ผ่านมามีความพึงพอใจ ระดับพอใจมากที่สุด รองลงมาคือระดับพอใจอย่าง ยิง ร้อยละ ๕๑.๔๙ และ ๓๔.๘๙ ตามลำดับ ในระยะเวลา ๕ ปีต่อนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากคิดว่าจะไปรับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแน่นอน ร้อยละ ๗๒.๙๗ ไม่แน่ใจร้อยละ ๒๐.๒๑ และไม่ตรวจ ร้อยละ ๖.๘๒ โดยมี เหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่มีเวลา ไม่สะดวกเดินทางไปตรวจ ไม่สะดวกเรื่องค่าใช้จ่าย ตัดมดลูกแล้ว อายุ กลัวเป็น มะเร็ง และไม่รู้ว่าจะต้องไปตรวจที่ไหน เป็นต้น

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีค่า $r = 0.036$ ($P\text{-value} = 0.481$) ซึ่งมีค่า มากกว่า ($\alpha = 0.05$) จึงยอมรับสมมุติฐานหลัก ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกจึง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่า $r = 0.020$ ($P\text{-value} = 0.704$) ซึ่งมี ค่ามากกว่า ($\alpha = 0.05$) จึงยอมรับสมมุติฐานหลัก ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่า $r = 0.107$ ($P\text{-value} = 0.037$) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า ($\alpha = 0.05$) จึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของ การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากจะมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมากด้วยสอดคล้องกับงานวิจัยของกุนรินทร์ สีกุด และคณะ (๒๕๖๔) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขนำไปใช้วางแผนให้สุขศึกษาแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีเพิ่มขึ้น

๖.๒ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงงานด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพในส่วนของการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อหาแนวทางส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนางานการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก นำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ ข้อคำถามอาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจ รวมถึงความอ่อนไหวทางสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก, ประวัติการคุมกำเนิด, ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งที่ผ่านมา

มาตรการในการลดความเสี่ยงหรือการวางแผนแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น คือ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ โดยจะไม่ระบุชื่อ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าถึงแบบสอบถามได้ง่าย แต่ก็ทำให้เลิกตอบ หรือไม่ตอบแบบสอบถามได้ง่าย และบางข้อคำถามอาจมีแนวโน้มว่ากลุ่มตัวอย่างให้คำตอบที่สังคมต้องการมากกว่าคำตอบที่ตรงไปตรงมาเป็นจริง

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ การให้ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องและทั่วถึง เนื่องด้วยผลการวิจัยพบว่าส่วนมากยังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง และเสนอแนะให้สถานพยาบาลมีสิ่งจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และทำงานเชิงรุกสร้างความเข้าใจและลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงทดลองเพื่อค้นหาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเป็นประจำ และกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเลย เพื่อนำมาออกแบบโปรแกรมทดลองการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ประเภทผลงานวิจัย นำเสนอโดย ORAL PRESENTATION เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในการประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ระหว่างวันที่ ๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวอนัฐมา ปิ่นแก้ว.....สัดส่วนของผลงาน๑๐๐.....(ระบุร้อยละ)

๒)สัดส่วนของผลงาน๑๐๐.....(ระบุร้อยละ)

๓)สัดส่วนของผลงาน๑๐๐.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวอนัฐมา ปิ่นแก้ว)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๘ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอนัฐมา ปิ่นแก้ว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางฐิติรัตน์ นิลพันธ์)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๓ มี.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายเมธี ส่งเสริม)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอศรีราชา

(วันที่) ๓ มี.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(นายแพทย์กฤษณ์ สกฤตแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๑๑ เม.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง โครงการ "อสม. พาดตรวจ: รมรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอำเภอศรีราชา"

๒. หลักการและเหตุผล

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้โดยการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีบทบาทสำคัญในการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น ซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งนี้ได้ถึงร้อยละ ๗๐ ในกรณีที่ทำการตรวจในระยะเวลาและช่วงอายุที่เหมาะสม

จากการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในอำเภอศรีราชางานวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี" พบว่าแม้ประชากรกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองในระดับสูง แต่ยังมีอุปสรรคหลายประการ เช่น ความอาย ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้อัตราการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด

จึงเกิดแนวคิดการพัฒนาโดยการนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานกับชุมชนในพื้นที่มาเป็นกลไกหลักในการรณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจาก อสม. มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชนและสามารถทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนในการสร้างความตระหนักรู้และกระตุ้นให้ผู้หญิงในกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจได้ง่ายขึ้น การใช้กิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ เช่น การจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่ การให้ความรู้ผ่านสื่อชุมชน รวมถึงการใช้แรงจูงใจ เช่น ของรางวัลและเกียรติบัตร สามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้หญิงในชุมชนมีความกระตือรือร้นในการเข้ารับการตรวจมากขึ้น

โครงการ "อสม. พาดตรวจ: รมรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอำเภอศรีราชา" จะใช้กลยุทธ์เหล่านี้ในการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว การส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายการรณรงค์ในชุมชนจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จ โครงการนี้จะช่วยให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น ผ่านการทำงานเชิงรุกของ อสม. และการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

กระทรวงสาธารณสุขให้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ บริบูรณ์ ถึงไม่เกิน ๖๐ ปี ให้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่กำหนดตัวชี้วัดสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap Smear หรือวิธี HPV DNA Testing หรือวิธี Self-collected vaginal sampling (สะสมปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖) เป้าหมายร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ อำเภอศรีราชา มีเป้าหมายการคัดกรอง จำนวน ๔๕,๑๒๐ ราย ทำผลงานคัดกรองได้จำนวน ๑๒,๖๘๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๒๘.๑๑

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้หญิงกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีหลายประการ เช่น ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส แหล่งบริการตรวจ การได้รับ

ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ความอาย ประสบการณ์การพบคนที่ป่วยหรือตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในอำเภอศรีราชงานววิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี" พบว่าแม้ ประชากรกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองในระดับสูง แต่ยังมี อุปสรรคหลายประการ เช่น ความอาย ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้อัตราการ ตรวจคัดกรองยังต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด จึงเกิดแนวความคิดการพัฒนาโดยการนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานกับชุมชนในพื้นที่มาเป็นกลไกหลักในการ รณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๓.๒ แนวความคิด

โครงการ "อสม. พาดตรวจ: รณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอำเภอศรีราชา" จะใช้ อสม. เป็น แก่นนำรณรงค์เชิงรุกในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ เช่น ตลาดนัดสุขภาพ การให้บริการตรวจเคลื่อนที่ และการให้ความรู้ผ่านสื่อในชุมชน

๓.๓ ข้อเสนอ

- อบรม อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและเทคนิคการชักชวนให้เข้ารับการตรวจ
- สร้างเครือข่าย อสม. รณรงค์ร่วมกับผู้นำชุมชน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง
- จัดกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ เช่น "ตรวจคัดกรองฟรี มะเร็งไม่มี" ในตลาดชุมชนหรือโรงเรียน
- ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสาย โซเชียลมีเดีย และแผ่นพับ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ

ของการตรวจคัดกรอง

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด	แนวทางแก้ไข
ข้อความไม่สนใจของประชาชน	ใช้กลยุทธ์ให้ให้บริการเชิงรุก เสริมสร้างความตระหนัก ลดความ กังวล และประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง
อสม. ขาดทักษะในการให้คำปรึกษา	จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ด้านการเข้าถึงบริการ

- อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อำเภอศรีราชาเพิ่มขึ้น
- สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางสามารถเข้าถึงบริการผ่านหน่วยตรวจคัดกรอง เคลื่อนที่ที่จัดในชุมชน

- ลดอุปสรรคด้านความอายและความกังวลของสตรีในชุมชนต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง

๔.๒ ด้านความรู้และทัศนคติ

- ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ และการป้องกัน
- สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ลดความเชื่อที่ผิดและความกลัวเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจคัดกรองในชุมชน

๔.๓ ด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม.

ถูกต้อง

-อสม. มีความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองได้อย่าง

-อสม. มีบทบาทที่เข้มแข็งขึ้นในงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการทำงานร่วมกับชุมชน

-เกิดเครือข่าย อสม. ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่

๔.๔ ด้านความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

-เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในการดำเนินงานด้านการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

-ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมรณรงค์ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

-สร้างกลไกการสื่อสารสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพผ่านสื่อประชาสัมพันธ์

๔.๕ ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

-เพิ่มโอกาสในการตรวจพบความผิดปกติของปากมดลูกในระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้

-ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในอำเภอศรีราชาในระยะยาว

-ลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ดำเนินการโครงการ

๔.๖ ด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

-ได้รูปแบบ (Model) การรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ อสม. เป็นกลไกหลักที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ

-เกิดแนวทางการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนที่สามารถปรับใช้กับการคัดกรองโรคอื่นๆ ได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ภายใน ๑ ปี

๕.๒ อสม. ได้รับการอบรมและสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง

(ลงชื่อ)

(นางสาวอนันฐา ปิ่นแก้ว)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๘ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
	นางสาวสุนิสา มาลา	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๔๔๓๖	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๔๔๓๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางในการประเมินและสอนการใช้อาสุตพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” อ.อภพ					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรค (สมาคมโรคเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่ป้องกันได้ และรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ คาร์บอนหริ์ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบ จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ

1.โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) มีนิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

2.โรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) คือการที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และ respiratory bronchiole โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก

ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน (สมาคมโรคเวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565; สมร พูนขวัญ, 2567; วันวิสา อุทุมมโกศ, 2567)

ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation; COPD with AE) หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจแย่งเฉียบพลัน มีหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ส่งผลให้ต้องได้รับการรักษา ร่วมกับมีอาการแสดง ดังนี้ คือ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ (accessory muscle) หรือมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น respiratory paradox หรือ respiratory alternans พุดไม่เป็นประโยค ซีฟจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมีภาวะ hemodynamic instability ซึม สับสน หหมดสติ ออกซิเจนในกระแสเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ หรือลดลงกว่าเดิมในผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนต่ำเรื้อรัง หรือ PaO₂ 60 mmHg, PaO₂ 45 mmHg และ pH < 7.35 และมีอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่

พยาธิสภาพของโรค (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD8) neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง inflammatory mediators หลายชนิด ที่สำคัญ ได้แก่ leukotriene B₄, interleukin 8 และ tumor necrosis factor α เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกระบวนการสำคัญที่มาเกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือการเพิ่มของ oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง proteinase กับ antiproteinase

พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่วไป มี goblet cell เพิ่มขึ้น และ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง mucous ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลมโดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง < 2 มิลลิเมตร ทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพองมีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่นๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอดมีผนังหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วย ดังนี้

1.การสร้าง mucous มากกว่าปกติรวมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ

2.การตีบของหลอดลมรวมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอดทำให้เกิด airflow limitation และ air trapping

3.การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอดและหลอดเลือด จะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะ hypoxemia และ hypercapnia ตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension และ cor pulmonale ในที่สุด

นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของ inflammatory mediators ในระบบไหลเวียนโลหิตจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ภายนอกปอดด้วย ทำให้เกิดโรคร่วม COPD ขึ้นในหลายระบบ เช่น muscle wasting, ischemic heart disease, heart failure, type2 diabetes, metabolic syndrome, osteoporosis, normocytic anemia และ depression

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565; สมร พูนขวัญ, 2567)

1.ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศหญิง การเจริญเติบโตของปอดตั้งแต่วัยเด็ก ปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ การขาดเอนไซม์ alpha-1 antitrysin

2.ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม มีความสำคัญมากที่สุดได้แก่

- คำนวณจากการสูบบุหรี่ ทุกรูปแบบของบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ มากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากบุหรี่

- มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน นอกบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ ที่สำคัญคือการเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรรวมถึงยานยนต์ต่างๆ ได้แก่ ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ (NO₂) และ particular matter ที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

3.การติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้หลอดลมตีบแคบ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้

4.สาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะภูมิแพ้ พันธุกรรม อายุ มีการศึกษาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น เนื้อปอดจะมีความยืดหยุ่นน้อยลง

อาการและอาการแสดง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

อาการที่พบได้แก่ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะ หรือบางรายอาจไม่มีเสมหะ พบได้ประมาณร้อยละ 30 เมื่อผู้ป่วยมีการสูญเสียสมรรถภาพปอด จะมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive) อาการอื่นๆ ที่พบได้คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการอื่นๆ เช่น ไอออกเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วม หรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญคือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมพอง (bronchiectasis)

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest A-P diameter, hyperresonance on percussion, diffuse wheeze และ/หรือ rhonchi และ accessory muscles use เป็นต้น ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันเลือดแดงปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว (cor pulmonale) ไม่ควรตรวจพบภาวะนิ้วป้อม หากพบควรนึกถึงภาวะอื่น เช่น มะเร็งปอด หลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565; สมร พูนขวัญ, 2567)

สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติปัจจัยเสี่ยง เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ การตรวจร่างกาย และประวัติอาการและอาการแสดง ซึ่งลักษณะอาการหายใจเหนื่อย มักจะมาจากการซักประวัติผู้ป่วยบอกว่าต้องใช้แรงในการหายใจ หรือต้องหายใจเข้าออกหนักๆ รู้สึกแน่นในอกและมีอาการไอเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการไอเป็นอาการนำของโรค ส่วนใหญ่อาจเป็นอาการไอแบบแห้งๆ หรือไอแบบมีเสมหะในช่วงแรกและไอเกือบตลอดทั้งวันในระยะหลังของโรค ในระยะแรกของโรคอาจตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ จะตรวจร่างกายพบความผิดปกติเมื่ออาการของโรคลุกลามมากขึ้น การตรวจสมรรถภาพปอดหรือการตรวจสไปโรเมตริย์ จะช่วยวินิจฉัยและตรวจแยกระดับความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งสามารถตรวจแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่มีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน โดยแบ่งระดับความรุนแรง 4 ระดับ คือ รุนแรงน้อย ค่า FEV₁ > 80% ของค่ามาตรฐาน รุนแรงปานกลาง ค่า FEV₁ > 50-80% ของค่ามาตรฐาน รุนแรงมาก ค่า FEV₁ > 30-50% ของค่ามาตรฐาน และระดับรุนแรงมากที่สุด ค่า FEV₁ > 30% ของค่ามาตรฐาน

การตรวจวินิจฉัยโรคอาจทำได้โดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

- 1.วิธีการตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary function) ด้วยสไปโรเมทรี (Spirometry) เป็นการตรวจวัดปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกโดยใช้เครื่องมือ spirometer จากผลการตรวจจะได้กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาตรอากาศและเวลา บ่งชี้ภาวะหลอดลมอุดกั้น FEV1/FEC % เป็นค่าร้อยละ ปริมาตรอากาศที่เป่าออกในวินาทีที่ 1/ปริมาตรอากาศที่เป่าออกได้มากที่สุดอย่างรวดเร็วแรง แสดงถึงการอุดกั้นของหลอดลม (ค่าปกติมากกว่า 70%) ในผู้ป่วย COPD จะพบค่า FEV1 ต่ำกว่าปกติ อัตราส่วน FEV1/ FEC ต่ำกว่า 70 %
- 2.การตรวจสภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีลักษณะ Hyperinflation ของทรวงอกคือ กระบังลมจะแบนราบ และหัวใจมีขนาดเล็ก ซึ่งภาพถ่ายรังสีทรวงอกดังกล่าวจะช่วยให้การวินิจฉัยได้
- 3.การตรวจก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas) เป็นวิธีที่ใช้ช่วยวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งในระยะหลังที่มีความรุนแรงของโรคมกขึ้น ค่า PaCO₂ จะสูงขึ้น และในภาวะกำเริบของผู้ป่วย จะมีภาวะพร่องออกซิเจนมากขึ้น ค่า PaCO₂ จะสูงขึ้น (ค่าปกติ PaCO₂ คือ 35-45 มิลลิเมตรปรอท)
- 4.การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) เนื่องจากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจพบหัวใจล่างขวาโต การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบว่า right axis deviation “P pulmonale”

การรักษา (สมาคมโรคเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565; สมร พูนขวัญ, 2567)

มีเป้าหมายอยู่ที่การควบคุมและบรรเทาอาการในระยะสงบของโรค และการรักษาในระยะอาการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามพบว่าวัตถุประสงค์ของการรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สมรรถภาพปอดดีขึ้น ป้องกันอาการกำเริบของโรค มีคำแนะนำในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

- 1.การรักษาที่ใช้ยา เช่น ยาขยายหลอดลม ยาลดการอักเสบ
 - สำหรับการเลือกเริ่มใช้ยาในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพิจารณาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้
 - กลุ่ม A แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น เช่น SABA หรือ SABA/SAMA
 - กลุ่ม B แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LABA หรือ LAMA หากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น คะแนนจากการประเมิน CAT > 20 หรือ mMRC ≥ 2 คะแนน พิจารณาใช้ยา LABA/LAMA ชนิดรวมในหลอดเดียวกัน หรือแยกหลอด (กรณีที่ไม่มียา)
 - กลุ่ม C แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LAMA
 - กลุ่ม D แนะนำการใช้ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น LABA หรือ หากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น คะแนนจากการประเมิน CAT > 20 คะแนน หรือ mMRC ≥ 2 คะแนน แนะนำให้ใช้ยา LABA/LAMA ชนิดรวมในหลอดเดียวกัน หรือหากระดับไอซีโอซีโนฟิลในเลือดมีค่าสูง ≥ 300 เซลล์ต่อไมโครลิตร แนะนำให้ใช้ยา ICS/LABA หรือเลือกพิจารณาใช้ยาตามระดับความรุนแรงของโรค

2.การรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา ได้แก่

- การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฝึกการหายใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสม
- การรักษาโรคร่วม โรคประจำตัว และการได้รับวัคซีนที่เหมาะสม มีคำแนะนำระดับหลักฐาน A ให้

ผู้ป่วย COPD วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส ชนิด 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV-13) และ 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PCV-23) ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และวัคซีนโควิด 19

- การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมด้วย เช่น การลด เลิกสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสัมผัสฝุ่นควัน
- การรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจนในระยะยาวในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เช่น ค่า $SpCO_2 \leq 88\%$ โดยไม่ต้องคำนึงว่ามีภาวะ hypercapnia ร่วมด้วยหรือไม่ หรือค่า $SpCO_2$ อยู่ระหว่าง 88-90% และมีภาวะต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ แรงดันในหลอดเลือดปอดสูง หัวใจวาย หรือ polycythemia ($Hct > 55\%$) โดยใช้ ออกซิเจนอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง

- การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น
- การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ventilator ในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ และมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังโดยมีค่า $PaCO_2 \geq 52$ มิลลิเมตรปรอท

- การรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของโรค

การพยาบาล (วันวิสา อุทุมโมก, 2567)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบมีความสำคัญมาก พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับ

ผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง และเป็นผู้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ค้นหาปัญหารายบุคคล ประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยควรปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้มาตรฐานการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.ระยะแรกเริ่ม

1.1การรวบรวมประวัติ และประเมินอาการที่สำคัญ เช่น ประเมินอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยด้วยเกณฑ์ทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการ

1.2ซักประวัติการใช้ยาสุดพ่นของผู้ป่วย และประวัติการเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) ทั้งความถี่และความรุนแรง ประวัติการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล และประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประวัติการเกิดโรคร่วมที่สำคัญ

1.3ดูแลระบบทางเดินหายใจ ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การให้ออกซิเจน และยาพ่น ตามแผนการรักษา

2. ระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต

2.1 การป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว โดย

2.1.1 ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ respiratory distress

2.1.2 จัดทำแผนการดูแลระดับสูง 30-45 องศา จำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น

2.1.3 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงจนปกติ

2.1.4 ฟังปอดประเมินการหายใจที่ผิดปกติ เช่น wheezing, crepitation, rhonchi สังเกตอาการไอ ลักษณะเสมหะ อาการหายใจลำบาก ประเมินเสียงหายใจที่เบาแสดงถึงการมีลมเข้า-ออกปอดได้น้อย

2.1.5 ประเมินระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา อาการ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าเขียว

2.1.6 ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลม และยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

2.1.7 ตรวจวัดและบันทึกระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO₂)
Keep SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 92 เปอร์เซ็นต์

2.1.8 ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าเพื่อป้องกันอาการกระสับกระส่าย เหนื่อย อ่อนเพลีย และหายใจลำบาก

2.1.9 ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และประเมินความพร้อมในการหย่าการใช้ ออกซิเจนจาก

2.2 การดูแลภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน

2.2.1 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน คือ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย สับสน หายใจแรงและเร็ว หรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หายใจเหนื่อยหอบในช่องแรก เหงื่อออก ผิวน้ำขึ้นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าซีดเย็นเขียว หยุดหายใจ

2.2.2 ให้ออกซิเจนทางจมูก เช่น ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula; HFNC) (FiO₂) 0.4 (Keep SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์), Cannula 2-5 ลิตรต่อนาที หรือ Mask with bag 8 ลิตรต่อนาที (Keep SpO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 92 เปอร์เซ็นต์)

2.2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Dexamethasone และยาขยายหลอดลม เช่น Berodual, Budesonide, Theophylline

2.2.4 จัดทำแผนการดูแลระดับสูง สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้า-ออกติดต่อกัน 2-3 ครั้ง แล้วกลืนหายใจ แล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น

2.2.5ติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เช่น EKG, Monitor สัญญาณชีพ

2.2.6ประเมินความพร้อมในการหย่าการใช้ออกซิเจนชนิดต่างๆ

2.3.การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต

2.3.1ประเมิน Hemodynamic ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือการหายใจเร็วอย่างใกล้ชิด

2.3.2ให้สารน้ำ Crystallloid เช่น Normal saline และ Linger Lactate solution ตามแผนการรักษา

2.3.3ประเมินภาวะน้ำเกิน และบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกจากร่างกาย

3.ระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.1การดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

3.1.1ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

3.1.2การดูแลความสะอาดในช่องปาก การปรองพ่น เพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

3.1.3ติดตามอาการติดเชื้อ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้สูง เช็ดตัวลดไข้ ดูแลให้ยาลดไข้

3.1.4ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์

3.1.5ติดตามประเมินผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

3.2ให้การพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและไม่มีการอุดกลั้นทางเดินหายใจ

3.2.1ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค ประเมินสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง

3.2.2จัดท่านอนผู้ป่วย โดยจัดศีรษะสูง 30-45 องศา ให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นการกลืน

3.2.3สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (secretion drainage) โดยการสอนให้ผู้ป่วยประคองทรงอกขณะหายใจเข้าแล้วหายใจออกโดยแรงเพื่อขับเสมหะ พยาบาลช่วยเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะให้ดีขึ้น

3.2.4สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง และกะบังลม ร่วมกับการห่อปากช่วงหายใจออก ควรฝึกบริหารการหายใจทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

3.3การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและโภชนาการ ดูแลให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียน้ำจากภาวะติดเชื้อ เหนื่อยหอบ จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้อาหารเร็วที่สุด ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พลังงานตามเป้าหมาย

3.4การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจะมีปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม

3.5ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กระตุ้นให้ทำกิจกรรมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นทีละน้อยตามลำดับ และประเมินการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ หลังทำกิจกรรม

3.6 ให้การพยาบาลก่อนจำหน่าย

3.6.1 ทบทวนความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และโรคร่วมต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจการปฏิบัติตัว การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมาซ้ำ

3.6.2 เน้นย้ำเรื่องการใช้ยาพ่น steroid และยาที่เกี่ยวข้องกับโรค โรคประจำตัว ครอบคลุมสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และปรึกษาเภสัชกรทันทีเมื่อพบปัญหาการใช้ยา

3.6.3 แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้สะอาด ไล่ ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ฝุ่น คิวน์ คิวน์บุหรี และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด

3.6.4 แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การบริหารการหายใจ ให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการกำเริบเฉียบพลัน และอาการโรคที่รุนแรงมากขึ้น

3.6.5 แนะนำการรับประทานอาหารที่ง่ายขึ้น งดอาหารเค็ม หวาน ไขมันสูง อาหารที่จำกัดเฉพาะโรค ตามการรักษาของแพทย์ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร

3.6.6 การออกกำลังกายที่ไม่ใช้พลังงานมากเกินไป เช่น เดิน วันละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3.6.7 แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา การสังเกตอาการผิดปกติ และความจำเป็นที่ต้องมาตรวจรักษาตามนัด และต่อเนื่อง เบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉิน 1669

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 256 เวลา 21.19 น. แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม berodual 1 หลอด จำนวน 3 ครั้ง ฉีดยา Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันทีจากนั้นให้ฉีด 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยใน เวลา 23.00 น. แรก

รับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสมหะ ใช้หูฟังตรวจสอบเสียงการหายใจที่ปอด เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ที่อาจเกิดจากเสมหะในหลอดลมและถุงลมปอด พบเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้าง ผลการถ่ายภาพรังสีปอดแรกพบ พบปอดข้างซ้ายด้านล่างมีรอยโรคเดิม (no new infiltration LLL) สังเกตดูอาการขาดออกซิเจนจากอาการเขียวคล้ำที่บริเวณผิวหนัง เล็บ เยื่อช่องปาก ริมฝีปาก ไม่พบภาวะการขาดออกซิเจน วัดสัญญาณชีพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกการหายใจ เพื่อประเมินภาวะการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 87 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/57 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 เปอร์เซ็นต์ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ออกซิเจน Cannula ตามแผนการรักษา อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ นอนพักอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อส่งเสริมการระบายอากาศให้การไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) พบความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าปกติได้ 34.5 เปอร์เซ็นต์ และไม่พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ เวลา 23.10 น. ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม berodual 1 หลอดทุก 1 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง และหลังจากนั้นพ่นยาขยายหลอดลมทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการซ้ำหลังพ่นยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยอาการเหนื่อยลดลง หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีใจสั่นหรือมือสั่น หลังพ่นยาอาการไอเป็นพักๆ มีเสมหะเหนียว กระตุ้นการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าลึกๆ 2-3 ครั้งแล้วไอออกมาแรงๆ ร่วมกับให้จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) มีภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรคเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากพ่นยาขยายหลอดลมไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง และ 3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วันที่ 28 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไอเล็กน้อย ไอแห้งขึ้น มีเสมหะเหนียวเล็กน้อย กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี ขับเสมหะที่ค้างในระบบทางเดินหายใจ โดยปิดปากและสูดหายใจเข้าทางจมูกซ้ำๆ อย่างเต็มที่ กั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยอ้าปากกว้างแล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้งเพื่อให้เสมหะออกมาแล้วพักโดยการหายใจเข้าออกซ้ำๆ และเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้ง ร่วมกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ไอละลายเสมหะ Acetylcystein ซงรับประทานครั้งละ 1 ช้อน หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น ให้ผู้ป่วยพักผ่อน

ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญให้เกิดพลังงานของร่างกาย ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยน้อยลง ฟังเสียงการหายใจก่อนพ่นยาขยายหลอดลม พบยังมีเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้างน้อยลง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/62 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ หายใจโดยใช้ออกซิเจน Cannula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเพื่อติดตามภาวะดื้อต่ออินซูลินในผู้ป่วยที่ได้รับยาสแตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ พบระดับน้ำตาลในเลือด 136 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรอยู่ในเกณฑ์สูงเล็กน้อย ให้รับประทานยา Azithromycin ขนาด 250 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ดก่อนอาหาร หลังรับประทานยาไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผื่นคันตามผิวหนัง วันที่ 29 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไอลดลง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย จัดทำนอน 30 องศา อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ หายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ฟังเสียงหายใจที่ปอดทั้งสองข้างไม่พบเสียงหวีด แพทย์ปรับการพ่นยาขยายหลอดลม berodual 1 หลอดจากทุก 4 ชั่วโมง เป็นทุก 6 ชั่วโมง เพิ่มการพ่นยา Seretide evuhaler พ่นทางปากครั้งละ 1 คลิก วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น พบผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกต้อง สอนการพ่นยาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยโดยถอดฝาครอบออกให้ปากกระบอกยาอยู่ด้านล่าง เขย่าหลอดยาในแนวตั้ง 3-5 ครั้ง หายใจออกทางปากจนสุด อมปากกระบอกยาโดยปิดริมฝีปากให้สนิท เริ่มหายใจเข้าทางปากเบาๆ และกดหลอดยาลง สุดหายใจต่อจนสุดลมหายใจ กั้นไว้ 10 วินาทีหรือเท่าที่ทนได้ หลังพ่นยาเสร็จกลั้วปากและคอด้วยน้ำสะอาด ผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างถูกต้อง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าได้เท่ากับ 171 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรอยู่ในเกณฑ์สูง แต่อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด ปรับการให้ยาฉีด Dexamethasone หลอดเลือดดำ เป็นยา prednisolone ขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน และเย็น ให้รับประทานหลังอาหารทันที เนื่องจากยา มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร และเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ หลังได้รับยาผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแสบท้อง ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ ให้ยา Azithromycin 250 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ดทางปาก หลังให้ยาไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร วันที่ 30 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ พ่นยา Seretide ได้อย่างถูกต้อง แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ วันที่ 15 กรกฎาคม 2567 โดยให้ยากลับบ้าน ได้แก่

- 1) Azithromycin ขนาด 250 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ให้ต่อจนครบ 5 วัน
- 2) Bromhexine รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น
- 3) Acetylcystein ชงรับประทานครั้งละ 1 ชอง หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น
- 4) Prednisolone ขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารทันที เช้า กลางวัน และเย็น
- 5) Seretide evuhaler พ่นทางปากครั้งละ 1 คลิก วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น

วางแผนจำหน่ายโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ ความสำคัญของการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เน้นย้ำให้รับประทานยา ปฏิชีวนะต่อจนหมด และมาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยใน 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2567 และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะสีชัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- 3) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ
- 4) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย
- 7) เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

- 1) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะสีชังใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 วัน

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะการหายใจล้มเหลว ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย จากการสอบถามข้อมูลกับผู้ป่วยมีอาการไอมาแล้ว 1 สัปดาห์ ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใดมาก่อน เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่เกาะ แต่สิทธิการรักษาผู้ป่วยอยู่บนฝั่ง การเดินทางต้องนั่งเรือข้ามฝาก ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเห็นว่าอาการไม่มากจึงไม่ได้บอกญาติและไม่ได้เดินทางไปรับการรักษาแต่เนิ่นๆ จะมารับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่อมีอาการเป็นมากแล้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้หากผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า อีกทั้งผู้ป่วยมีการใช้ยาพ่นที่บ้านไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการกำเริบ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและญาติในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้ทักษะในการประเมินเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว ทักษะการสอนและให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่นแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อย มีไข้ พยายามขยายหลอดลมไม่ถูกต้อง วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาล ในการให้การพยาบาลให้หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยอาจไม่ทราบการปฏิบัติตัวและอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

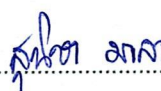
9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษาของแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การพยาบาล และทักษะในการสังเกต ประเมินสภาพผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และมีทักษะในการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และป้องกันการกลับมากำเริบซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวสุนิชา มาลา สัตส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุนิชา มาลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางสาวธนิดา วงศ์วานดุสิต)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน

วันที่ 10 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

ลงชื่อ 

(นางวิภาดา สว่างพะพะ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะสีชัง

วันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

ลงชื่อ 

(นายภูจิตต์ ตรีบำเพ็ญ)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสีชัง

วันที่ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

ลงชื่อ 

(นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางในการประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก (อดิสร วงษา, 2565) สาเหตุสำคัญหนึ่งในห้าที่ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นโรคในระบบการหายใจที่คร่าชีวิตคนไทยเป็นอันดับสี่รองจากมะเร็งปอด ปอดอักเสบ และวัณโรคปอด (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2565) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมโลกมากขึ้น ทั้งมลพิษในอากาศโดยเฉพาะ PM 2.5 และสภาวะโลกร้อน ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้การกำเริบของโรคง่ายขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนทางระบบการหายใจได้ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีความรู้ในการประเมินการใช้ยาสูดพ่นและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกวิธี เพื่อที่จะสามารถสอน ให้คำแนะนำ และประเมินการใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกาะสีชัง เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคทุกเพศ ทุกวัย จากสถิติปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเกาะสีชัง ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 344, 233 และ 243 ราย เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3, 7 และ 6 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคมักใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง และพ่นยาไม่ต่อเนื่องจำนวน 2, 4 และ 4 ตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลอดลมคอ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายบนฝั่ง การดูแลรักษาและการพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น และผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา พึ่งพาสภาพร่างกาย ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้จัดทำแนวทางในการประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่นขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินการใช้ยาสูดพ่นที่เหมาะสม สามารถใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นป้องกันการกำเริบของโรค และพยาบาลมีแนวทางในการประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่นเป็นแนวทางเดียวกัน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนปัญหา ศึกษากระบวนการการดูแลรักษาและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้และทักษะประสบการณ์ในการประเมินการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล ประเมินผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเดิมการประเมินการสูดพ่นยามอบหมายให้เป็นหน้าที่ของเภสัชกร ในบางครั้งผู้ป่วยเข้ามารับบริการในช่วงนอกเวลาราชการที่ไม่มีเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้อง และในทุก ๆ ปี งานการพยาบาลผู้ป่วยใน จะมีพยาบาลใหม่ที่เพิ่งเริ่มเข้าสู่การทำงาน ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการให้คำแนะนำในการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วย โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจุดมุ่งหมายการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการขณะเกิดการกำเริบของโรคและควบคุมอาการของโรคได้ โดยยาที่ผู้ป่วยต้องใช้เป็นประจำ คือ ยาสูดพ่นเข้าสู่ทางเดินหายใจบริเวณหลอดลมและปอดเพื่อให้ยาออกฤทธิ์เฉพาะที่และรวดเร็ว เนื่องจากการสูดพ่นยาแต่ละครั้งจะมีปริมาณยาเพียง 10-40% เท่านั้นที่ถูกส่งเข้าไปยังบริเวณหลอดลมและปอด ที่เหลืออีกประมาณ 60-90% จะตกค้างอยู่ที่เครื่องสูดพ่นยาและบางส่วนก็ตกค้างในช่องปาก ลำคอและทางเดินอาหาร ดังนั้นเพื่อให้ยาเข้าสู่ปอดได้มากขึ้น ได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดการเกิดผลข้างเคียง การใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับรูปแบบของยาสูดพ่นแต่ละประเภทจึงมีความสำคัญมาก (กมลชนก ภูมิชัยสุวรรณ และคณะ, 2565) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องและใช้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้ผู้ป่วยลดอาการกำเริบของโรค รวมถึงลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบฉุกเฉินได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้ ทักษะในการประเมินการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ก็จะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง ลดอาการกำเริบและช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางในการประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถใช้ยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง และลดอัตราการกำเริบ

เฉียบพลันของโรค

ระยะเวลาดำเนินงาน 1 มีนาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงาน และผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉียบพลันในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. จัดทำแนวทางในการประเมินและสอนการใช้ยาสูดพ่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันทางปาก กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6. เตรียมเอกสาร และให้ความรู้พยาบาลในหน่วยงานเรื่องแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟัน รวมถึงจัดทำแบบประเมินความรู้ในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

9. นำแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานและประเมินผล

10. สรุปผลการใช้แนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

4.2 พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้อยาสูดฟันอย่างถูกต้องมากขึ้น และลดอาการกำเริบของโรค

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยในปฏิบัติตามแนวทางในการประเมินและสอนการใช้อยาสูดฟันทางปากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 100

5.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถใช้อยาสูดฟันได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่าย ร้อยละ 100

ลงชื่อ สุจิตา อมา ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุนิษา มาลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *ข้อควรรู้ในการใช้ยาสูดพ่นสำหรับโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568. เข้าถึงได้จาก https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/knowledge_full.php?id=54
- โรงพยาบาลเกาะสีชัง. (2565). *สถิติผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน*.
- โรงพยาบาลเกาะสีชัง. (2566). *สถิติผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน*.
- โรงพยาบาลเกาะสีชัง. (2567). *สถิติผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน*.
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. *วิธีใช้ยาสูดพ่นทางปาก*. (2564). สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568. เข้าถึงได้จาก <https://www.bumrungrad.com/th/treatments/inhaler-device-technique>.
- วันวิสา อุทุมมก. (2567). *การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2568. เข้าถึงได้จาก https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_146.pdf
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2568. เข้าถึงได้จาก <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02/แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง%E2%80%8B.pdf>
- สมร พูนขวัญ. (2567). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2568. เข้าถึงได้จาก <https://www.skho.moph.go.th/oa/uploads/research-13.pdf>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาวต้นหยง พุยอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ		
		นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	๒๓๔๗๖๓	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๔๗๖๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	สรุปผลการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	พัฒนาแนวทางการติดตามผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs				
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง สรุปผลการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้นำ (OKRs) มาใช้ในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี ๒๐ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๗ ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ กลยุทธ์ ๒๐ Objective ๔๒ ตัวชี้วัด เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ และยังไม่ผ่านการประเมิน

๑. การประเมินผล คือ การนำผลลัพธ์มาเทียบกับเป้าหมายที่เป้าหมายหรือมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ก่อนล่วงหน้า รวมทั้งจะต้องมีการให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรให้เป็นไปตามเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ โดยกระบวนการในการประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย

๑.๑ การกำหนดสิ่งที่จะประเมิน

๑.๒ การกำหนดมาตรฐานในการดำเนินงาน

๑.๓ การประเมินผลการดำเนินงาน

๑.๔ การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับมาตรฐานที่ได้กำหนดขึ้น

๑.๕ การแก้ไขปรับปรุง ภายหลังจากสามารถหาสาเหตุของความผิดพลาดได้แล้ว

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำรายงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทั้งนี้ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว ให้ผู้ที่สนใจในกิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางาน และต่อยอดงานสาธารณสุข รวมถึงงานด้านอื่นๆ

๓. แผนยุทธศาสตร์ (Strategy Plan) หมายถึง แผนที่แสดงทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ของส่วนราชการ มีการกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ตามพันธกิจ (Mission) ขององค์กร ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ “ชลบุรีเป็นผู้นำด้านสุขภาพระดับชาติ สู่มีสุขภาพดีที่ยั่งยืน”

เป้าหมาย

๑. ประชาชนสุขภาพดี มีอายุยืนยาว (Life Expectancy ชาย ๗๗ ปี หญิง ๘๑ ปี /HALE ๖๗ ปี)

๒. หน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์องค์กรที่มีความสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ระบบสุขภาพของจังหวัดชลบุรียั่งยืน (ประชาชนเข้าถึงบริการ พึ่งตนเองด้านสุขภาพชุมชนสามารถจัดการสุขภาพภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน)

พันธกิจ

๑. ดำเนินการตามนโยบายมาตรฐาน กฎหมาย และบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผลบนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาล และองค์กรมีความสุข

๒. จัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และไร้รอยต่อ

๓. อภิบาลระบบสุขภาพ โดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วม อย่างยั่งยืน
จุดยืน

๑. สร้าง นำซ่อม (สุขภาพ) และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

๒. บูรณาการและพัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ

๓. ยกระดับระบบบริการสุขภาพตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรคเข้าสู่ Digital Health ในทุกระดับบริการ (ปฐมภูมิ , ทติยภูมิ และตติยภูมิ)

๔. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

๕. พัฒนาเป็นองค์กรธรรมาภิบาล และ องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-๔T บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
เป้าประสงค์

๑. ยกระดับความรอบรู้สุขภาพทุกกลุ่มวัย

๒. พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่อ

๓. พัฒนาระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพ

๔. พัฒนาความรอบรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ

๕. ยกระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากร

๖. พัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยตอบสนองความต้องการขององค์กร

๗. ยกระดับการเข้าถึงบริการตามสิทธิให้มีมาตรฐานตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค

๘. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน สู่ความเป็นเลิศ เข้าสู่ Digital Health ในทุกระดับบริการ

๙. พัฒนาเป็นองค์กรธรรมาภิบาล

๑๐. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-๔Tและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๕ ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-๔T และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล/ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการทบทวนผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้นำ ระบบการวัดผลการปฏิบัติงาน Objective and Key Results (OKRs) มาใช้ในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชลบุรี ๒๐ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๗ ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการประเมินผลงานตามแผนยุทธศาสตร์ จึงได้สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

และยังไม่ผ่านการประเมิน และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดตามคำ
รับรองการปฏิบัติราชการ ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาข้อมูลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ๕ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ ซึ่งประกอบไปด้วย
วิสัยทัศน์ พันธกิจ จุดยืน และเป้าประสงค์ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ประกอบด้วย ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์
๑๒ กลยุทธ์ ๑๖ Objective และ ๒๖ Key Results

๒. สรุปผลการดำเนินงานตามรายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ตาม ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๔๒ ตัวชี้วัด

๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
ตามแนวทางการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อสรุปตัวชี้วัดความสำเร็จ ปัญหา และ
อุปสรรค

๔. สรุปประเด็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามการรับรองการปฏิบัติราชการ ตามยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี

๒. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองต่อการปฏิบัติงาน และปัญหาสุขภาพใน
พื้นที่

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด ที่	รายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	คะแนน ที่ได้	ผลงาน รอบ ๑๒ เดือน	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
๑	ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ ๔ (๘๐ - ๘๙ คะแนน)	๙๖	ผ่าน	ส่งเสริม สุขภาพ
	เชิงปริมาณ	ร้อยละ ๕๐	๙๖		
	กลุ่มผู้ปกครอง หรือ อสม. มีความรอบรู้ในด้านการเฝ้า ระวังพัฒนาการเด็ก ๐ - ๕ ปี ในคลินิกและชุมชน	≥ ร้อยละ ๗๐	๑๐๐	ผ่าน	
	นักเรียนเริ่มอ่านและอ่านในโครงการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็ก วัยเรียน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	≥ ร้อยละ ๖๕	๘๕.๓๑	ผ่าน	
	วัยรุ่นและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและ ทักษะชีวิตระดับดีขึ้น	≥ ร้อยละ ๖๐	๗๕.๗๗	ผ่าน	
	วัยทำงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวัย ทำงานสร้างสุขภาพวิถีใหม่ จังหวัดชลบุรีมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	≥ ร้อยละ ๕๐	๙๒.๙๕	ผ่าน	
	ผู้สูงอายุกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในโครงการส่งเสริม สุขภาพดี ชะลอชราชิวายืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ จังหวัด ชลบุรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๖.๓๔	ผ่าน	

	เชิงคุณภาพ	ร้อยละ ๕๐	๕๐		
	การคืนข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (๕ กลุ่มวัย) แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทราบ โดยผ่านเวทีการประชุมต่าง ๆ	ครอบคลุม ๕ กลุ่มวัย	๒๐	ผ่าน	
	มีแผนงาน/โครงการ และดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (๕ กลุ่มวัย)	ครอบคลุม ๕ กลุ่มวัย	๑๐	ผ่าน	
	มีช่องทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (๕ กลุ่มวัย)	ครอบคลุม ๕ กลุ่มวัย	๒๐	ผ่าน	
๒	เด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๗.๑	ผ่าน	ทันต สาธารณสุข
๓	ร้อยละของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานร สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ระดับ ๔ (๘๐ - ๘๙ คะแนน)	๑๐๐	ผ่าน	ส่งเสริม สุขภาพ
	เชิงปริมาณ	ร้อยละ ๔๐	๔๐		
	โรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรีมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๒ รพ.)	๑๐๐	ผ่าน	
	เชิงคุณภาพ	ร้อยละ ๖๐	๖๐		
	โรงพยาบาล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีแผนงาน / โครงการ / กิจกรรมขับเคลื่อนงานด้านส่งเสริมการมีบุตร	๑๕ คะแนน	๑๕	ผ่าน	
	โรงพยาบาล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีช่องทางการ สื่อ / ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้าน “ส่งเสริมการมีบุตร”	๑๐ คะแนน	๑๐	ผ่าน	
	เจ้าหน้าที่ในคลินิกส่งเสริมการมีบุตรได้รับการอบรม พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการด้านการให้คำปรึกษา “ส่งเสริมการมีบุตร” อย่างน้อย ๑ ท่าน	๑๐ คะแนน	๑๐	ผ่าน	
	โรงพยาบาลแต่ละระดับมีการจัดบริการส่งเสริมการมี บุตร เช่น ให้คำปรึกษาแนะนำ รักษา และส่งต่อ (ดูจาก ทะเบียนผู้มารับบริการ)	๑๕ คะแนน	๑๕	ผ่าน	
	โรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรผ่านเกณฑ์ตาม มาตรฐาน	๑๐ คะแนน	๑๐	ผ่าน	
๔	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านทันตกรรมได้รับการดูแล/รักษาไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๓	ผ่าน	ทันต สาธารณสุข
๕	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ	ระดับ ๔	๘๐-๙๐ คะแนน		ส่งเสริม สุขภาพ
	ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานการประเมินรับรอง (20 คะแนน)	≥ ร้อยละ 70	85.19	ผ่าน	
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มี ADL ดีขึ้น (20 คะแนน)	≥ ร้อยละ 30	36.96	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่งผ่าน เกณฑ์คุณภาพบริการ (20 คะแนน)	ร้อยละ 100	100	ผ่าน	
	ร้อยละของผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน (20 คะแนน)	ร้อยละ 100	52.49	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีความเสี่ยง (ตามเป้า จัดสรร) ได้รับการดูแล (20 คะแนน)	ร้อยละ 100	100	ผ่าน	

๖	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานศูนย์ชีวบาลในโรงพยาบาลทุกแห่ง	ระดับ 4	4	ผ่าน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD๑)
---	---	---------	---	------	---------------------------

ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	เป้าหมายปี ๒๕๖๗	คะแนนที่ได้	ผลงานรอบ ๑๒ เดือน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์กษัตริย์	ระดับ ๔	๔	ผ่าน	พัฒนาคุณภาพ
๘	ระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	ร้อยละ ๙๐/๙๕		ไม่ผ่าน	ควบคุมโรคติดต่อ
๙	ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่			ไม่ผ่าน	
	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	≥ ร้อยละ ๙๐	๙๕.๕๙	ไม่ผ่าน	
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92	≥ ร้อยละ ๙๒	๘๓.๒๘	ไม่ผ่าน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD๑)
๑๐	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM / HT)			ไม่ผ่าน	
	เชิงปริมาณ				
	ร้อยละของประชากร อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๙๐	๒๗.๘๔	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละของประชากร อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๙๐	๒๙.๐๖	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๗๒	๔๐.๒๑	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๘๕	๕๕.๒๗	ไม่ผ่าน	
	เชิงคุณภาพ (วัดเฉพาะ รพ.)				
	โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ใน NCD Clinic และผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนมีค่า HbA๑c อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้	ระดับ ๕		ไม่ผ่าน	
๑๑	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ระดับมาตรฐาน		ผ่าน	สิ่งแวดล้อม
๑๒	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกลไก เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ระดับ ๕		ผ่าน	
๑๓	ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ระดับ ๕		ผ่าน	พัฒนายุทธศาสตร์

๑๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection) มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม, และมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง	ระดับ ๕		ไม่ผ่าน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD๑)
	สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	≥ร้อยละ ๘๐	๒๕.๖๘	ไม่ผ่าน	
	สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่ (CBE)	≥ร้อยละ ๘๐	๒๕.๖๘	ไม่ผ่าน	
	สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear หรือวิธี HPV DNA Testing หรือ Self-collected Vaginal sampling (สะสม ๒๕๖๓-๒๕๖๗)	≥ร้อยละ ๗๐	๕๐.๙๘	ไม่ผ่าน	
	สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Testing ตามการจัดสรร HPV DNA Testing รายอำเภอ (ประจำปี ๒๕๖๗)	≥ร้อยละ ๗๐	๕๐.๙๘	ไม่ผ่าน	
	ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test ตามการจัดสรรชุดตรวจ FIT Test ราย คปสอ.	≥ร้อยละ ๕๕	๒๓.๑๓	ไม่ผ่าน	
๑๕	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวปลอดภัยด้วยมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมยุควิถีใหม่ (Green Health Attraction)	ระดับ ๕ ร้อยละ ๘๐	๙๐.๙๑	ผ่าน	สิ่งแวดล้อมฯ
๑๖	ความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ	ระดับ ๕	ระดับ 5	ผ่าน	ควบคุมโรคติดต่อ
๑๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ตามเกณฑ์	ระดับ ๓	ระดับ 4	ผ่าน	คุ้มครองผู้บริโภคฯ

ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดการับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	เป้าหมายปี ๒๕๖๗	คะแนนที่ได้	ผลงานรอบ ๑๒ เดือน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
๑๘	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ผ่าน	พัฒนาคุณภาพฯ
๑๙	ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๔๕		ไม่ผ่าน	
	ร้อยละของการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ ๕๙	๔๕.๔๕	ไม่ผ่าน	
	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๘๐		ไม่ผ่าน	
๒๐	ร้อยละของ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล			ไม่ผ่าน	

	ร้อยละของ อสม. มีการใช้งานแอปพลิเคชัน Smart อสม.	ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	ผ่าน	
	ร้อยละของอสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ร้อยละ ๘๐	๒๗.๗๒	ไม่ผ่าน	พัฒนา คุณภาพฯ
๒๑	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการ ๘ วิชาชีพ			ผ่าน	
	คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐	≥ร้อยละ ๘๕	๙๔	ผ่าน	
	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างน้อย	≥ร้อยละ ๘๕	๙๔	ผ่าน	
	โรงพยาบาลมีระดับความสำเร็จของการดำเนินการลดระยะเวลารอคอยอย่างน้อยระดับ ๓	≥ระดับ ๓	ระดับ ๕	ผ่าน	
๒๒	เรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตามระบบ	ร้อยละ ๘๐	๘๐	ผ่าน	
๒๓	ระดับความสำเร็จของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	๙๖.๖๐	ผ่าน	ควบคุมโรค ไม่ติดต่อฯ
๒๔	ระดับความสำเร็จของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๖๕	๖๙.๖๔	ผ่าน	(NCD๒)
๒๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ			ไม่ผ่าน	ควบคุมโรคไม่ ติดต่อฯ
	ผู้ป่วยฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (เชิงปริมาณ ร้อยละ ๓๐/คุณภาพ ร้อยละ ๗๐)	≥ ร้อยละ ๑๐	๖.๙๑	ไม่ผ่าน	(NCD๑)
	หน่วยงานสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชลบุรีดำเนินงานมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ (คุณภาพ)	ระดับ ๕	๓	ไม่ผ่าน	
๒๖	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community - acquired เครือข่ายจังหวัดชลบุรี			ผ่าน	พัฒนา คุณภาพฯ
	เชิงปริมาณ ร้อยละ ๓๐				
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	< ร้อยละ ๒๖	๒๓.๓๑	ผ่าน	
	เชิงคุณภาพ ร้อยละ ๗๐	ระดับ ๓		ผ่าน	
๒๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในเครือข่ายจังหวัดชลบุรี	≤ร้อยละ ๙	๙.๙๐	ไม่ผ่าน	
	เชิงปริมาณ ร้อยละ ๓๐				
	อัตราการตายของโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	≤ร้อยละ ๙	๙.๙๐	ไม่ผ่าน	
	เชิงคุณภาพ ร้อยละ ๗๐				
๒๘	หน่วยบริการสุขภาพใช้งานระบบ Ever Refer ครอบคลุม	ร้อยละ ๑๐๐		ผ่าน	
	เชิงปริมาณ ร้อยละ ๓๐				
	หน่วยบริการสุขภาพใช้งานระบบระบบ Ever Refer ครอบคลุม	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	

	เชิงคุณภาพ ร้อยละ ๗๐				
๒๙	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์			ผ่าน	แพทย์แผนไทยฯ
	เชิงปริมาณ ร้อยละ ๖๐				แพทย์แผนไทยฯ
	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (สัดส่วน ๒๐)	≥ ร้อยละ ๕	๑.๘๗	ไม่ผ่าน	
	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (สัดส่วน ๔๐)	เพิ่มขึ้น ≥ ร้อยละ ๖๐	๒๕๒๓.๗๓	ผ่าน	
	เชิงคุณภาพ ร้อยละ ๔๐	ระดับ ๔			
๓๐	ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๔๐	๓๔.๒๕	ไม่ผ่าน	
๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	≥ ร้อยละ ๑๐	๗.๗๖	ไม่ผ่าน	
๓๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ผ่าน	คุ้มครองผู้บริโภค

ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	เป้าหมายปี ๒๕๖๗	คะแนนที่ได้	ผลงานรอบ ๑๒ เดือน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
๓๓	โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	ระดับ ๓		ผ่าน	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ
๓๔	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	
๓๕	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)			ผ่าน	พัฒนาคุณภาพฯ
	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) (ปริมาณ / คุณภาพ)		๙๓.๒๗	ผ่าน	
	โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่าน	
	โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	≥ ร้อยละ ๘๐	๖๒.๕	ไม่ผ่าน	
๓๖	ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ผ่าน	
๓๗	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	ร้อยละ ๙๔	๙๕.๘๓	ผ่าน	

	(Integrity and Transparency Assessment : ITA) ระดับดีขึ้นร้อยละ ๙๔				บริหารทั่วไป (ตรวจสอบ ภายใน)
๓๘	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลการควบคุม ภายในร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	๙๐.๔๘	ผ่าน	
๓๙	หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ผ่าน	ประกัน สุขภาพ

ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ องค์การสมรรถนะสูง MOPH – ๔T และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด ที่	รายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	เป้าหมายปี ๒๕๖๗	คะแนน ที่ได้	ผลงานรอบ ๑๒ เดือน	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
๔๐	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Succession plan ระดับองค์กรและบุคคล	ระดับ 3	ระดับ ๔	ผ่าน	บริหาร ทรัพยากร บุคคล
๔๑	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยด้านสุขภาพ	ระดับ 3	ระดับ ๔	ผ่าน	
๔๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Happy Workplace	ระดับ 3	ระดับ ๔	ผ่าน	

วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค

จากผลการประเมินดังกล่าว พบว่า ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๑๐ ตัวชี้วัด ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ จำนวน ๖ ตัวชี้วัด และรองลงมาเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการโรคและภัยสุขภาพ จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ซึ่งในแต่ละตัวชี้วัดได้พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

๑. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่ากลุ่มเป้าหมายย้ายที่อยู่ เนื่องจากจังหวัดชลบุรีมีประชากรแฝงเยอะ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ ขาดความตระหนักในการนัดหมาย และข้อมูลในระบบ HDC กับผลงานจริงไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากการเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ไม่ได้ลงข้อมูลผ่านระบบ

ตัวชี้วัดที่ ๙ ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่ พบว่า ชุมชนที่มีพื้นที่ห่างไกล มีปัญหาเรื่องฐานะทางการเงิน การครอบครัวย้ายที่อยู่บ่อย ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ยาก ความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่จึงต่ำกว่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM / HT) พบว่าโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลอัตราป่วยย้อนหลัง ๕ ปี และสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีความเป็นอยู่ของชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการประสานงาน นโยบาย/แนวทางการดำเนินงานไม่สอดคล้องกัน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยเลือกการรักษาตามสิทธิ (เอกชน) ไม่ยินยอมให้นำข้อมูลมาบันทึก

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection) มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม, และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พบว่าการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างยากลำบาก การคัดกรองเชิงรุกค่อนข้างน้อย เนื่องจากการคัดกรองเชิงรุกต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ส่งผลให้ผลการคัด

กรองน้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ การประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเข้าถึงน้อย

๒. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าเนื่องจากประชากรเยอะ จำนวนหน่วยบริการที่ต้องจัดตั้งตามเป้าหมาย ก็เพิ่มตามสัดส่วนประชากร แต่ยังมีขาดบุคลากร ในการจัดตั้งทีม โดยเฉพาะในพื้นที่หน่วยบริการที่มีจำนวนประชากรน้อย รพ.สต.ขนาดเล็ก ขาดแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ และพยาบาล ทำให้ไม่สามารถจัดตั้งทีมที่จะรับการประเมินหน่วยบริการได้ตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่ามีการย้ายที่อยู่ของประชากร ระบบ ๓ หมอ ในระดับตำบล ขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างระบบดิจิทัลต่างๆ ทำให้ อสม. ต้องใช้หลายแพลตฟอร์ม และ อสม. บางคนยังไม่มี (สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต) อสม.ส่วนใหญ่อายุเยอะ ไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยี บางพื้นที่ไม่มีอินเทอร์เน็ต การอบรมด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลไม่เพียงพอ

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ พบว่าการเข้าถึงบริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วย STROKE STEMI ยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด ขาดการประชาสัมพันธ์ ช่องทางการใช้บริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกับเครือข่ายในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การสื่อสารการปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในเครือข่ายจังหวัดชลบุรี พบว่าการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากมีขั้นตอนการรายงานเป็นลำดับ ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้างาน ไปจนถึงผู้บังคับบัญชาสูงสุด ส่งผลให้การให้ยาล่าช้า และความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องอาการของโรค

ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๔๐ พบว่าในจังหวัดชลบุรี ในบางอำเภอมีหน่วยบริการแพทย์แผนไทยน้อย ส่งผลให้ภาพรวมของทั้งจังหวัดยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) ร้อยละ ๑๐ พบว่าข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ไม่สามารถติดตามอาการหลังการรักษาได้ การเดินทางมารับการติดตามไม่สะดวก เนื่องจากต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และญาติไม่เห็นความสำคัญของการรักษาฟื้นฟู ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดชลบุรี

๒. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. เพื่อวิเคราะห์สรุปผลการประเมินผล และทบทวนนโยบายสุขภาพ จากผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองต่อการปฏิบัติงาน และปัญหาสุขภาพในพื้นที่

๔. เพื่อวางแผนปรับปรุง การประเมินผลการดำเนินงาน ให้ตอบโจทย์การทำงานในปัจจุบัน

๗. ความยั่งยืนและขับเคลื่อนในการดำเนินการ

๑. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี (อบจ.) ส่งผลให้การประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการปฐมภูมิ ยั่งยืนมากขึ้น แต่การดำเนินงานยังต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยบริการ ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

๒. จังหวัดชลบุรีมีประชากรแฝง อาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก มีการย้ายถิ่นฐานบ่อย มีแรงงานข้ามชาติเยอะ ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ในการบริการที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นไปได้ยาก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. เนื่องจากจังหวัดชลบุรี เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ประชากรจำนวนมาก รวมทั้งประชากรแฝง และแรงงานข้ามชาติ เป้าหมายในการดำเนินงานสูง และพบปัญหาในการย้ายถิ่นฐาน

๒. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ยุ่งยากมากขึ้น เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. มีระบบการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้า การดำเนินงานตามกิจกรรม ขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนงาน และตรวจสอบความก้าวหน้าของการเกิดผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาระหว่างดำเนินการ

๒. มีการประชุมและทบทวน ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ตอบสนองต่อการปฏิบัติงาน และปัญหาสุขภาพในพื้นที่

๓. มีการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงาน ของภาคีเครือข่ายในทุกหน่วยงาน

๔. พัฒนาระบบติดตามผลการดำเนินงาน ในรูปแบบออนไลน์ ให้สามารถรายงานผลได้เป็นปัจจุบัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....ไม่มี.....

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)๑๐๐.....

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวต้นหยง ผุยอ่อน

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ต้น*

(นางสาวต้นหยง ผุยอ่อน)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) 9 / เมษายน / 2568

ผู้ขอประเมิน

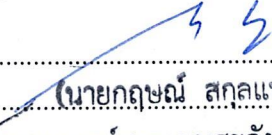
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวต้นหยง ผุยอ่อน	<i>ต้น</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (..... (นางสมใจ วิริยพงศ์รัตน์))
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 (วันที่) ๙ / เมษายน / ๒๕๖๘
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

x ฝรั่ง 
 (ลงชื่อ)
 (..... (นายรัก ณะไพบุลย์))
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
 (วันที่) ๑๑ เม.ย. ๒๕๖๘ /
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

x นพ. ๖๖๐. 
 (ลงชื่อ)
 (..... (นายภุชงค์ สกลแพทย์))
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
 (วันที่) ๑๑ เม.ย. ๒๕๖๘ /
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง พัฒนาแนวทางการติดตามผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายใต้แนวคิด "ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง" ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดูแลสุขภาพจากการพึ่งพาเคมีในการรักษา มาสู่การใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเครือข่ายสาธารณสุขภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงได้ผลักดันแนวทาง "NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม." เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. ในการเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs ของประชาชนชาวไทย ผ่านกิจกรรมสำคัญคือ "อสม. ชวนนับคาร์บ" ซึ่งมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนในการวางแผนรับประทานอาหารโภชนาการที่เหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายให้ อสม. ทั่วประเทศสามารถเข้าใจความหมายและสูตรคำนวณปริมาณการรับประทานอาหารคาร์บ รวมทั้งเป็นแกนนำสุขภาพลงเคาะประตูบ้านให้ความรู้ชาวชุมชนในการคำนวณปริมาณคาร์บที่ควรได้รับในแต่ละวัน โดยใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. พร้อมบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชาชนซึ่งเชื่อมโยงกับระบบ "๓ หมอรู้จักคุณ" เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากกิจกรรม "อสม. ชวนนับคาร์บ" แล้ว กรม สบส. ยังได้กำหนดแนวทางเสริมความเข้มแข็งให้ อสม. ได้ร่วมมีบทบาทในการลดโรค NCDs ใน ๕ ด้านสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โดยใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การนับคาร์บ การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกาย การสร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อดูแลการกินยา สุขภาพใจ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ วางแผน ติดตาม ประเมินสุขภาพ และส่งต่อ NCDs คลินิก และการร่วมกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหานCDs ในชุมชน สนับสนุนให้เกิดมาตรการชุมชน เชื่อมประเด็นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเป็นระยะ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ อสม. ทุกคนออกไปสอนประชาชนนับคาร์บและคัดกรอง NCDs ร้อยละ ๑๐๐ เดือนมีนาคม ๒๕๖๘ ประชาชนได้รับการสอนนับคาร์บโดย อสม. จำนวน ๒๐ ล้านคน และได้รับการคัดกรอง NCDs จำนวน ๑๐ ล้านคน สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประชาชน ๕๐ ล้านคนได้รับการสอนนับคาร์บ การดำเนินโครงการในวงกว้างจำเป็นต้องมีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้า ค้นหาปัญหาอุปสรรค และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะ อสม. และชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การติดตามผลการดำเนินงานมีความครอบคลุม สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการติดตามผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อันจะส่งผลให้การดำเนินงานโครงการบรรลุเป้าหมายในการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs ของประชาชนชาวไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) บทวิเคราะห์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.” (อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs) โดยมีผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บ ร้อยละ ๙๔.๒๕ อสม. นับคาร์บตนเอง ร้อยละ ๑๐๐ ในส่วนของการดำเนินงาน อสม. คัดกรอง NCDs มีเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ซึ่งผลการดำเนินงานของจังหวัดชลบุรี มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๓๖.๔๔ (โปรแกรม ๓ หมอ รู้จักคุณ ข้อมูล ณ วันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๘) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๘)

การดำเนินงานในปัจจุบันมีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) สู่ระดับพื้นที่ โดยใช้กลไก อสม. ซึ่งเป็นเครือข่ายที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ มีเครื่องมือสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เช่น แอปพลิเคชัน SMART อสม. และระบบ “๓ หมอรู้จักคุณ” และมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเป็นระยะ อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บได้ดำเนินการไปแล้วร้อยละ ๙๔.๒๕ ซึ่งใกล้บรรลุเป้าหมาย แต่การคัดกรอง NCDs ยังทำได้เพียงร้อยละ ๓๖.๔๔ จากเป้าหมายร้อยละ ๑๐๐ (โปรแกรม ๓ หมอ รู้จักคุณ ข้อมูล ณ วันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๘) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๘) ขาดการวิเคราะห์สาเหตุของความแตกต่างระหว่างความสำเร็จในการดำเนินงานทั้งสองส่วน ไม่ปรากฏข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ข้อมูลการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนนอกเหนือจาก อสม. ในการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับของการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ไม่อยู่ในกระบวนการในระดับการวางแผน การติดตามประเมินผล และการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน เขากลไกในการรับฟังความคิดเห็นจาก อสม. และประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

๒) แนวความคิด

การดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs เพื่อให้เกิดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานโครงการชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs ประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ William Erwin (๑๙๗๖) เป็นการเน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนจบ ทั้งในการคิด ตัดสินใจ และแก้ไข ปัญหาของตนเอง ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยให้การพัฒนาเกิดขึ้นได้ตามความต้องการของชุมชน แต่ยังเป็นการเสริมสร้างอำนาจและความสามารถให้กับประชาชนในการจัดการปัญหาของตนเองอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของการพัฒนาและสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกที่ยั่งยืน ดังนี้

๑. การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมไม่ใช่แค่การให้ประชาชนรับฟังหรือได้รับข้อมูลเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการที่ประชาชนได้มีบทบาทในการกำหนดทิศทางหรือแผนการพัฒนาในระดับต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้พวกเขารู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในที่นี้คือการที่ประชาชนไม่เพียงแต่รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้นำทางการเมือง แต่พวกเขามีบทบาทในการออกความคิดเห็น เสนอแนวทาง และร่วมกำหนดทิศทางในการดำเนินงาน

๒. ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมช่วยให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงออกทางความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการออกแบบแผนการพัฒนา การร่วมคิดและการตัดสินใจนี้ทำให้ประชาชนรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการและมีอำนาจในการกำหนดสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกระบวนการนี้ช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยประชาชนจะรู้สึกว่าพวกเขาไม่ใช่แค่ผู้รับผลประโยชน์ แต่เป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงด้วย

๓. การแก้ปัญหาของตนเอง

การที่ประชาชนได้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาของตนเองเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความยั่งยืนและการพัฒนาในระยะยาว เพราะเมื่อประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ พวกเขาจะเกิดความมั่นใจในตนเอง และพร้อมที่จะเผชิญกับความท้าทายในอนาคต แนวคิดนี้ยังช่วยให้กระบวนการพัฒนาไม่เพียงเป็นการแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แต่เป็นการสร้างระบบที่ประชาชนสามารถดูแลและบริหารจัดการในระยะยาวได้ด้วยตนเอง

๓) ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การติดตามผลการดำเนินงาน อสม. ชนชนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs เพื่อให้เกิดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานโครงการชนชนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs ประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) (William Erwin , ๑๙๗๖) โดยมีขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน การติดตาม และการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมในการวางแผน

การจัดเวทีประชาคมเพื่อให้ประชาชนและ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนการดำเนินงานต่าง ๆ โดยการทำงานร่วมกันนี้จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ รวมทั้งความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในแต่ละพื้นที่ การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำให้สามารถตั้งเป้าหมายได้ชัดเจนและสามารถวัดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

พัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีบทบาทเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน โดยการสร้างทีมในในระดับตำบลซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วน เช่น ตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, และภาคประชาชน การสนับสนุนให้วัดกรรมการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การทำงานสามารถเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น การร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนในพื้นที่

๓. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

การจัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ ซึ่งจะมีตัวแทนจากหลายภาคส่วน เช่น เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข อสม. และภาคประชาชน คณะทำงานนี้จะช่วยพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการติดตามผล ซึ่งจะต้องง่ายต่อการใช้งานและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจริง นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามและรายงานผลแบบ Real-time ยังช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

๔. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุง

การร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยจะพัฒนาต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ (Best Practice) และขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ การสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community of Practice) เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนให้ทุกฝ่ายมีการเรียนรู้ร่วมกันและแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์ของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การมีส่วนร่วมทั้ง ๔ ขั้นตอนนี้จะช่วยสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

๔) ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

๔.๑ ในบางพื้นที่ อาจมีทรัพยากรจำกัดทั้งในด้านงบประมาณและบุคลากรที่จะสนับสนุนโครงการ ทำให้การติดตามผลและการดำเนินงานไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่ขาดการสนับสนุน ควรมีการจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติมในพื้นที่ที่ขาดแคลน เช่น การระดมทุนจากองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงการฝึกอบรมและสร้างความสามารถให้กับ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง

๔.๒ การใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลอาจมีอุปสรรคในบางพื้นที่ที่ยังขาดการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต หรือการใช้เครื่องมือดิจิทัล รวมถึงการเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระบบอาจทำให้การติดตามผลไม่ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน มีการพัฒนาเครื่องมือหรือแอปพลิเคชันที่ง่ายต่อการใช้งานและสามารถเข้าถึงได้ง่ายในพื้นที่ต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูงมากเกินไป อีกทั้งยังสามารถทำงานร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบกระดาษหรือใช้ระบบออนไลน์ในบางพื้นที่ที่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต

๔.๓ อสม. และผู้นำชุมชน อาจไม่มีทักษะหรือความรู้เพียงพอในการดำเนินงานตามวิธีการที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ หรือไม่คุ้นเคยกับการมีส่วนร่วมในการติดตามผลอย่างจริงจัง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือการติดตามผลในรูปแบบที่ทันสมัยได้ พัฒนาอสม. และผู้นำชุมชนให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผล และการจัดการข้อมูลถือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดอบรมหรือการศึกษาด้วยตนเองผ่านแหล่งข้อมูลออนไลน์และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔.๔ การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรต่างๆ อาจพบอุปสรรคจากความแตกต่างทางนโยบาย การขาดการประสานงานที่ดี หรือการไม่เข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละฝ่าย สร้างกลไกในการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น การจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันหรือการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของแต่ละภาคส่วน การจัดเวทีประชุมหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นระยะๆ จะช่วยสร้างความเข้าใจและความร่วมมือที่ดีขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. เพื่อพัฒนาระบบติดตามผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท และสามารถติดตามติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

๔.๒ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน

๔.๓. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

๔.๔ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. มีระบบติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและคัดกรอง NCDs

๕.๒. ผลการดำเนินงาน อสม. ชวนคนไทยคัดกรอง NCDs ประชากรกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๑๐๐)

(ลงชื่อ) 

(นางสาวต้นหยง ผุ่ยอ่อน)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๙ / เมษายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน