



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นายเชาวฤทธิ์ จันทร์ศรีไศล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค
๒	นางสาวรุ่งทิwa จันทร์นุ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม
๓	- ไม่มีผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก -	นิติกรชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มกฎหมาย
๔	นางสาวนภกานต์ ประสาททอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๕	นายวิทักษ์ วิทักษบุตร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานประกันสุขภาพ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

๔

(นายอภิรัตน์ กตัญญูตานนท์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายเชาวฤทธิ์ จันทร์ศรีใส	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลแหลมฉบัง</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรม</u> <u>และคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๒๓๔๔๒	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลแหลมฉบัง</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรม</u> <u>และคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๒๓๔๓๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การศึกษาและปรับปรุงแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยา สำหรับคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาระบบการสั่งจ่ายตามศักยภาพผู้สั่งจ่าย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

สุภาศน์ งามสงวนพงศ์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การศึกษาและปรับปรุงแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยาสำหรับคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๕ - กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease , NCDs) คือ โรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคจึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่างๆ ซึ่งโรคไม่ติดต้อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในที่สุด โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรังจะค่อยๆมีอาการ และอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการรักษา

ในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะมีความซับซ้อนจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายรายการ ตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนหลายโรค เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาหลายรายการหรือได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงอาจมีการซื้อยาใช้ด้วยตนเอง ดังนั้นการทบทวนประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการทำให้การรักษาด้วยยามีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยจากความคลาดเคลื่อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

กระบวนการประสานรายการยา (Medication reconciliation) เป็นกระบวนการในการจัดทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อเนื่องอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ยา และวิถีทางในการใช้ยานั้น ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริงในปัจจุบันก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจพิจารณาสั่งใช้ยาให้แก่แพทย์ในทุกระดับของการให้บริการ เพื่อลดโอกาสเกิดความ คลาด เคลื่อนทางยา และทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม

องค์ประกอบของการประสานรายการยา ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน

๑. Verification คือบันทึก รวบรวม ประวัติรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับยาล่าสุด

๒. Clarification คือทวนสอบ ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม

๓. Reconciliation คือเปรียบเทียบรายการยาใหม่ของผู้ป่วยได้รับ กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

๔. Transmission คือสื่อสารข้อมูลรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับให้แก่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และส่งต่อรายการยาดังกล่าวไปยังแพทย์ ทีมสหวิชาชีพและสถานพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้องทราบ

ความแตกต่างของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกับยาที่แพทย์สั่งใช้ สามารถจำแนกได้ ดังนี้

๑ ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ คือ กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาด้านลิ่มเลือด (Anticoagulant) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด แพทย์จึงตัดสินใจหยุดยานี้ก่อนการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนโดยตั้งใจและถูกต้องตามหลักวิชาการ ดังนั้น จึงไม่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา

๒ ความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ คือ กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนโดยไม่ตั้งใจ จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งอาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ โดยสามารถจัดประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ ดังนี้

๒.๑ ไม่ได้รับยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ซึ่งเป็นรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนเข้ารับบริการ หรือยาที่ได้จนรักษาและควรได้รับยาชนิดดังกล่าวต่อเนื่อง แต่แพทย์ไม่มีการบันทึกการสั่งใช้ยาครั้งนี้

๒.๒ สั่งใช้ยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการให้ยา แตกต่างจากเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ (different dose, route or frequency) ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

๒.๓ สั่งใช้ยาซ้ำซ้อน รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับซ้ำซ้อนกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานพยาบาลอื่น หรือซ้ำซ้อนกับยาที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานด้วยตนเอง

๒.๔ สั่งใช้ยาอื่นซึ่งแตกต่างจากที่เคยได้รับ การสั่งใช้ยาชนิดอื่น ซึ่งแตกต่างจากยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนมาพบแพทย์ โดยเกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์

๒.๕ สั่งใช้ยาในเวลาที่แตกต่างกันที่เคยได้รับ การบริหารเวลาการใช้ยาแตกต่างจากเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ เช่น เวลาเช้า เป็นเวลาเที่ยง ก่อนนอน เป็นเวลาเย็น เป็นต้น

๒.๖ สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ แพทย์สั่งใช้ยาชนิดเดียวกันกับที่ผู้ป่วยแพ้ หรือสั่งใช้ยากลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้

๓ ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์แต่ไม่มีการบันทึก คือ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา แต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารที่ชัดเจน แม้จะไม่ใช้ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

จะเห็นได้ว่าการนำกระบวนการประสานรายการยามาใช้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายรายการ ตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ป้องกันผู้ป่วยจากการไม่ได้รับยาที่จำเป็นต้องได้รับ ไม่ได้รับยาซ้ำซ้อน หรือได้รับยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน ติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาของทั้งตัวผู้ป่วยเองและโรงพยาบาล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญของเรื่อง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายรายการ ตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนหลายโรค แต่ละขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความซับซ้อน บ่อยครั้งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการนำไปสู่การสั่งใช้ยาที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้โดยการใช้แนวทางการหรือการสร้างระบบประสานรายการยา ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบและการประสานรายการยาในทุกรายต่อการให้บริการ สามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและสามารถแก้ปัญหาจากยาได้

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชานั้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลแหลมฉบัง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ เป็นต้นมาได้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการใกล้บ้านตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พศ.๒๕๖๒ โดยจากการรวบรวมข้อมูลจำนวนใบสั่งยาย้อนหลัง ๓ ปีงบประมาณ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ นับจำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๒ แห่ง ได้ ๒๓,๓๔๖ ๒๗,๓๒๕ และ ๒๓,๕๒๒ (ข้อมูล ๑๐ เดือน)

ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นก็ได้พบปัญหาจากการสั่งใช้ยามากขึ้น พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีราชานั้น นอกจากเป็นผู้ป่วยเดิมที่รักษาอยู่แล้ว และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เปลี่ยนสถานพยาบาลหรือส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นนอกอำเภอ และยังมีผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง รวมถึงการซื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพใช้ด้วยตนเอง ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนหรือไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ซึ่งการประสานรายการยาสามารถลดหรือป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีราชานั้น ยังไม่มีระบบการประสานรายการยาตามแนวทางมาตรฐาน มีเพียงการทบทวนยาเดิมของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของหน่วยบริการและตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชกรก่อนมีการจ่ายยา จึงได้มีแนวคิดในการศึกษาแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยาที่ได้ปฏิบัติอยู่และปรับปรุงโดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ป้องกันผู้ป่วยจากการไม่ได้รับยาที่จำเป็นต้องได้รับ ไม่ได้รับยาซ้ำซ้อน ตลอดจนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๑. รวบรวมข้อมูลการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังและข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ช่วงก่อนการปรับปรุงแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๖

๒. ทบทวนวรรณกรรม

๓. วางแผนปรับปรุงแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยา และดำเนินการตามแนวทางที่วางแผนไว้

๔. รวบรวมข้อมูลช่วงหลังการดำเนินการตามแผน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๗

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการทบทวนรายการยาเดิมผู้ป่วย มีความรู้และรับทราบความสำคัญของแนวทางการประสานรายการยามากขึ้น และสามารถดำเนินการตามแนวทางที่ปรับปรุงเพื่อเป้าหมายในการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของแพทย์

๒. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการทบทวนประวัติการใช้ยา และการสั่งใช้ยาลดลง ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น

๓. มีแผนการพัฒนาต่อเนื่องในการจัดทำระบบการประสานรายการยาตามแนวทางมาตรฐาน เพื่อให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกันสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชา

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

๒. ลดปัญหาหาซื้อยากลับมาใช้และลดค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการประหยัดงบประมาณด้านยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยาจากการตรวจสอบจำนวนยาเดิมที่เหลือ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำมาคำนวณปริมาณยาที่ต้องจ่ายให้ผู้ป่วยในครั้งปัจจุบัน

๓. เกิดแนวคิดในการพัฒนาต่อเนื่องในการจัดทำระบบการประสานรายการยาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชา

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. บุคลากรใน รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ยังขาดความรู้ และความเข้าใจในการ ทบทวนหรือประสานรายการยาเพื่อหาประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถูกต้อง นอกจากนี้ กระบวนการให้บริการรักษาด้านยาแก่ผู้ป่วยก็มีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละ รพ.สต. รวมถึงความ สะดวกในการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ผู้ให้การรักษา

๒. ผู้ป่วยรายใหม่บางรายไม่นำยาเดิมติดตัวมาด้วย หรือเอายามาไม่ครบ ไม่มีประวัติยาเดิมจาก สถานพยาบาลที่เคยรักษา หรือไม่มีใบส่งตัว บางรายนำยาเดิมมาเป็นเม็ด/แผงโดยไม่ได้ใส่ซองที่สถานพยาบาล จัดทำให้ทำให้การซักประวัติการใช้ยาอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ปัญหาด้านเวลาในการร่วมพัฒนาเป็นทีม ด้วยการจัดบริการทางเภสัชกรรมใน รพ.สต. นั้นเภสัชกรที่ ได้รับมอบหมายดำเนินการมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยกำหนดให้เภสัชกร ๒ คน สำหรับบริการกระจายยาใน คลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต. ๑๒ แห่ง และงานมอบหมายอื่นตามผู้บังคับบัญชากำหนด แพทย์ผู้รับผิดชอบการ ตรวจรักษาใน รพ.สต. มีแผนปฏิบัติงานประจำเดือนในจำนวนจำกัด และมีหน้าที่ในการตรวจรักษาใน โรงพยาบาลแม่ข่ายด้วย รวมถึงการมีคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต. เกือบครบทุกวันในแต่ละเดือน ทำให้การ กำหนดความร่วมมือในการพัฒนาเป็นทีมสหวิชาชีพมีข้อจำกัดด้านเวลา

๒. ปัญหาด้านบุคลากร สำหรับการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังจะมีจำนวนจำกัดในแต่ละ รพ.สต. แพทย์ และเภสัชกรออกให้บริการตามแผนปฏิบัติงานที่กำหนด นอกเหนือจากเวลาตามแผนดังกล่าวบุคลากรใน รพ. สต. จะเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจรักษา สั่งจ่าย และจ่ายยาตามแผนกำหนดของแต่ละ รพ.สต. ทำให้การ บันทึกข้อมูลที่จำเป็นอาจทำได้ไม่สมบูรณ์ และบุคลากรใน รพ.สต. มีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายบ่อยครั้ง การให้ ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่ต่อเนื่อง

จากปัญหาข้างต้นการจัดทำหรือพัฒนาระบบการประสานรายการยาใน รพ.สต. จึงยังทำได้ไม่เต็ม รูปแบบ จึงมีการปรับเปลี่ยนเป็นการดำเนินการศึกษาและปรับปรุงแนวทางการทบทวนหรือประสานรายการยา สำหรับคลินิกโรคเรื้อรัง โดยได้ดำเนินการโดยเภสัชกรเป็นผู้เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และวางแผนวิธีการ ปรับปรุงแนวทาง และมีการปรึกษาแพทย์ที่ออกให้บริการในบางครั้งเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางดังกล่าว

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดทำระบบประสานรายการยาสำหรับคลินิกโรคเรื้อรัง ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เพื่อให้ เกิดการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทั้งในและนอกคลินิกโรคเรื้อรัง

๒. ควรมีการทบทวนแนวทางระบบประสานรายการยาทุกปี เพื่อปรับปรุงระบบประสานรายการยา ให้ สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของสหวิชาชีพและบริบทของแต่ละ รพ.สต.

๓. ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการนำยา เดิม หรือประวัติการใช้ยาเดิมมาด้วยทุกครั้งในการมารับบริการ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑)นายเชาวฤทธิ์ จันทราศรีไศล.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

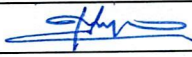
(นายเชาวฤทธิ์ จันทราศรีไศล)

เภสัชกรชำนาญการ

(วันที่) ๓๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเชาวฤทธิ์ จันทราศรีไศล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายพิทยา แวสุวรรณ)

เภสัชกรชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(วันที่) ๓ / กันยายน / ๒๕๖๓

(ลงชื่อ) 

(นายรามะศรี อำไพพิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

(วันที่) ๓ / กันยายน / ๒๕๖๓

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรัตน์ กัตัญญุตานนท์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๒๕ / ก.ย. ๒๕๖๓

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการส่งใช้ยาตามศักยภาพผู้ส่งใช้ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลประชากรทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๐ และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

สำหรับการจัดบริการทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้น เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ได้กำหนดครอบคลุมทั้ง การบริหารจัดการระบบยา การคัดเลือกและการส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ คลังยาและเวชภัณฑ์ และการใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดบริการทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีราชานั้น เภสัชกรจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.แหลมฉบัง) ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดทำแผนปฏิบัติการออกให้บริการจ่ายยาในคลินิกโรคเรื้อรังและออก ให้บริการจริงตามแผนปฏิบัติการ จัดทำคู่มือเอกสารการใช้ยาใน รพ.สต. และจัดทำบัญชีรายการยา รพ.สต. นอกจากนี้ได้จัดทำหลักเกณฑ์หรือขอบเขตการส่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ยา โดยอ้างอิงจาก บัญชีรายการยา รพ.สต. เอง

เนื่องจากการให้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น แม่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้มีการจัด แผนปฏิบัติการให้แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรออกให้บริการเป็นประจำ แต่ด้วยจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้การออกให้บริการตรวจรักษาโดยแพทย์จึงเป็นไปได้อย่างจำกัด ช่วงเวลาส่วนใหญ่การให้บริการตรวจรักษา จึงอยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ซึ่งจะมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการให้รักษาแตกต่างกัน โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

จากการออกตรวจประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้มีการกำหนดถึงการมี หลักเกณฑ์หรือขอบเขตการส่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ส่งใช้ยา และการออกให้บริการทางจ่ายยาใน คลินิกโรคเรื้อรังของเภสัชกร ได้มีการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และตรวจสอบข้อมูลการส่งใช้ยาจาก ระบบ JHCIS พบความคลาดเคลื่อนจากการส่งใช้ยาโดยบุคลากรประจำ รพ.สต. ทั้งในกรณีการส่งใช้ยาที่เกิน ศักยภาพโดยไม่มีการปรึกษากับบุคลากรที่มีศักยภาพเหมาะสม หรือแพทย์ บางความคลาดเคลื่อนอาจทำให้เกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

ดังนั้นควรได้มีการพัฒนาระบบการส่งใช้ยาตามศักยภาพผู้ส่งใช้ยา อ้างอิงจากบัญชีรายการยา รพ.สต. โดย ทีมสหวิชาชีพร่วมพัฒนา และจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรที่ได้รับมอบหมายในการให้บริการตรวจ รักษาได้มีเอกสารอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติงานตรวจรักษาและส่งใช้ยา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

บุคลากรใน รพ.สต. มีคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องระบบการสั่งใช้ยาตามศักยภาพผู้สั่งใช้ยา มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมกับภาวะโรคของผู้ป่วย ลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ประสานรายการยาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการดำเนินการประสานรายการยา และส่งผลให้ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนในการประสานรายการยาโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องทั้งชนิดยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ และวิถีทางในการใช้ยา

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการสั่งใช้ยาตามศักยภาพของผู้สั่งใช้ยา

๒. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากการสั่งใช้ยาลดลง

(ลงชื่อ)

(นายเชาวฤทธิ์ จันทราศรีไศล)

เภสัชกรชำนาญการ

(วันที่) ๓๐ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวรุ่งทิพา จันทร์นุ่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๒๑๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๑๘๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและมีภาวะติดเชื้อดื้อยาในชุมชน				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					
		ผู้สอบ นางสาวอนงค์				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลกดทับและมีภาวะติดเชื้อดื้อยาในชุมชน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๑๑๒ วัน
ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ๙ ครั้ง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน Diabetes Mellitus (DM)

โรคเบาหวานหรือ Diabetes Mellitus (DM) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน(Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน) จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ (ศศิภัส ชื่นทอง, ๒๕๖๔)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในคนอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย ๒๓ กก./ม.๒) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, ๒๕๖๐)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน(Insulin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยมีกลไกการเกิดโรคจากระดับกลูโคสเข้าสู่เลือดมากขึ้น การรับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ดูดซึมน้ำตาลมากขึ้น หรือได้ดูดกลับน้ำตาลเข้ากระแสเลือดมากขึ้น หรือร่างกายสร้างน้ำตาลเพิ่มมากขึ้นจากเซลล์ตับมีการสร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น(gluconeogenesis) หรือเซลล์ไขมันสลาย ไขมันเปลี่ยนมาเป็นน้ำตาลมากขึ้น (lipolysis) มักพบในคนที่น้ำหนักตัวเกิน หรือเซลล์ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนกลูคาгонเพิ่มขึ้น ฮอร์โมน glucagon เป็นฮอร์โมนที่ช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด หรือร่างกายสลายสารโปรตีน/ไขมันในร่างกายเพิ่ม หรือในผู้ป่วยที่ภาวะเซลล์ของร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินเท่าที่ควร ทำให้กลูโคสจากเลือดเข้าเซลล์ลดลง (insulin resistance) อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายรับสารอาหาร ออกซิเจน และขับของเสียผ่านทางหลอดเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ เมื่อน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น เป็นเวลานานจะเกิดความผิดปกติต่อเซลล์บุผนังหลอดเลือด (endothelial cells) ผ่านหลายกลไก มีอนุมูลอิสระ (Free radical oxygen species) เพิ่มขึ้นการกระตุ้นกระบวนการ Polyols, Hexosamine, protein kinase C น้ำตาลที่สูงเกินในเลือด ไปรวมกับโมเลกุลโปรตีน เกิดเป็นสารโมเลกุลใหญ่สะสมบนผนังหลอดเลือด เรียกว่าสารผิดปกติขั้นสูง Advanced glycation end products (AGEs) กระบวนการเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดผิดปกติ เกิดการสะสมของสารพิษที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว ทำให้เพิ่มการอักเสบของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น มีเกล็ดเลือดมาจับกลุ่มกันผิดปกติ (platelet aggregation) เกิดกระบวนการ สร้างพังผืด(Fibrosis) เพิ่มขึ้นที่ผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการตีบตันมากขึ้นเรื่อยๆ ร่างกายพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่มาทดแทน แต่หลอดเลือดใหม่จะเป็นหลอดเลือดที่ผิดปกติเปราะและแตกง่ายมากขึ้น เมื่อกระบวนการเหล่านี้ไปเกิดกับหลอดเลือดที่เลี้ยงอวัยวะใด ก็จะทำให้เกิดโรคแทรกจากภาวะโรคเบาหวาน เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นตา ตรวจพบมีหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตา (retina) เพิ่มขึ้น แต่หลอดเลือดเปราะและแตกง่าย ทำให้จอประสาทตาเสื่อม หรือมีเลือดออกที่จอประสาทตาได้ถ้าเป็นมากอาจตาบอดได้ ภาวะเบาหวานลงไต โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง

หน่วยไตมีความผิดปกติ ทำให้พบมีโปรตีนในปัสสาวะ และเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ที่หลอดเลือดที่ขาและหัวใจ ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบเป็นต้น (เกรียง ตั้งสง่า, ๒๕๖๔)

สาเหตุของโรค

เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่พบเป็นโรคปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก ลักษณะเฉพาะที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คือการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และการหลั่งอินซูลินบกพร่อง (insulin secretor defect) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน

๑. พันธุกรรมผู้มีพ่อแม่หรือพี่น้องสายตรงที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
๒. เชื้อชาติ กลุ่มคนเชื้อชาติผิวดำ อเมริกาใต้ ชาวหมู่เกาะแปซิฟิก และคนเอเชียมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มคนขาว
๓. อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายน้อยลง มวลกล้ามเนื้อที่ลดลงและน้ำหนักเพิ่มเมื่ออายุมากขึ้น
๔. อ้วนผู้มีดัชนีมวลกาย มากกว่า ๒๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ยังมีเนื้อเยื่อไขมันมากเท่าไรเซลล์ก็จะต้านทานอินซูลินได้มากขึ้นเท่านั้น จากสถิติพบว่าคนที่โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร้อยละ ๘๐ นั้นมีภาวะอ้วนร่วมด้วย

๕. กิจกรรมทางกายต่ำ การออกกำลังกายที่น้อยกว่า ๓๐ นาทีต่อวัน
๖. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose)
๗. ความดันโลหิตสูง การมีความดันโลหิตสูงกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท เชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒
๘. ระดับปกติของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง ระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (HDL) หรือโคเลสเตอรอลชนิดดีระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สูงขึ้น
๙. หากเคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า ๔ กิโลกรัม ความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จะเพิ่มขึ้นในภายหลัง

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยในโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

๑. ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต คือ ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้น้ำตาลถูกขับออกทางปัสสาวะและดึงเอาน้ำออกมาด้วย
๒. คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมากจึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรงแล้วต้องชดเชยโดยการดื่มน้ำบ่อยๆ
๓. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายก็จะสลายไขมัน และโปรตีนที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้เป็นพลังงานแทนกลูโคส ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อ ฝ่อ สิ้น น้ำหนักลดลง
๔. หิวบ่อย และรับประทานอาหารมาก (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายแหล่งพลังงานจากเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีภาวะขาดอาหารเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการหิวบ่อย และรับประทานอาหารมาก
๕. เป็นแผลง่ายแต่หายยากเนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลงในขณะที่อัตราการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นช้าๆ และอาจมีอาการเนื้อเน่าตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าเนื่องจากหลอดเลือด ตีบตัน และปลายประสาทเสื่อม

๖. ตามัว ขาดตามปลายมือปลายเท้า และความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากความเสื่อมของปลายประสาท

๗. ค้นตามผิวหนัง เนื่องจากผิวหนังแห้ง หรือเป็นเชื้อราบริเวณซอกอับของร่างกาย เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานติดเชื้อง่ายกว่าคนปกติ

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน ๔ วิธี ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ

๒. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๓. การตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ กรัม Oral Glucose Tolerance Test) มีระดับพลาสมากลูโคส ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๔. การตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๖.๕ % สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้ง ต่างวันกัน เพื่อยืนยันและป้องกันความผิดพลาดการรักษา

การรักษา

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวาน คือ รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ยาที่ใช้มี ๓ กลุ่ม คือ ยารับประทาน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด GLP-๑ analog สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม คือ ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายก่อน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มให้ยาโดยเลือกยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ในบางกรณีจำเป็นต้องเริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรก ซึ่งอาจเป็นยารับประทาน หรือยาฉีดขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด และสภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมด้วย ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออก เป็น ๔ กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

๑. กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogues) ได้แก่ ยา กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylureas) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิล ยูเรีย (non-sulfonylureas หรือ glinides) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-๑ (GLP-๑) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-๔ inhibitors (หรือ gliptins)

๒. กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลิน คือ biguanides และกลุ่ม thiazolidinediones หรือ glitazone

๓. กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitors) ที่เยื่อบุลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

๔. กลุ่มที่ยับยั้ง sodium-glucose co-transporter (SGLT-๒) receptor ที่ไต ทำให้ขับกลูโคสทิ้งทางปัสสาวะ ยาฉีดอินซูลินแบ่งเป็น ๔ ชนิดตามระยะเวลาการออกฤทธิ์คือ

๑. อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI)

๒. อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting human insulin, NPH)

๓. อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลิน

๔. อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของอินซูลิน และเพิ่มเติมกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยการดัดไขมัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่ถูกทำลาย โดยมีแรงกดทับบริเวณนั้นเป็นระยะเวลาโดยเฉพาะ บริเวณเหนือปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ปุ่มกระดูกบริเวณก้นกบ สะโพก เป็นต้น หรือมักพบแผลกดทับบริเวณที่สัมผัส หรือ เสียดสีกับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานาน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ สายให้ออกซิเจน ลักษณะของอาการบาดเจ็บ แบ่งเป็น ๔ ระดับ

ระดับที่ ๑ ผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงเฉพาะที่ บริเวณนั้นไม่มีผิวหนังฉีกขาด เมื่อกดผิวหนังบริเวณที่มี รอยแดงๆ ยังคงอยู่

ระดับที่ ๒ แผลมีลักษณะมองเห็นชั้นหนังแท้เป็น สีชมพูหรือสีแดงในบริเวณที่มีชั้นผิวหนังส่วนนอกฉีกขาดอาจพบ ลักษณะของตุ่มน้ำใส หรือ ตุ่มน้ำใสที่แตกแล้ว ยกเว้นผิวหนังที่ฉีกขาดจากอุบัติเหตุ เช่น ฉีกขาดจากแผลถลอก หรือแผลไฟไหม้ หรือแผลที่ผิวหนังฉีกขาดจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ เช่น พลาสเตอร์ปิดแผล

ระดับที่ ๓ แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด จนมองเห็นชั้นไขมันในแผล อาจพบเนื้อตายอยู่หรือเนื้อตายแห้งแข็ง อาจพบโพรงลึกใต้แผล แต่ไม่เห็นกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูก

ระดับที่ ๔ สูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ทั้งหมด มองเห็นพังพืด เอ็นและกระดูก

นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับ ของแผลได้ แผลมีลักษณะสูญเสียชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนังทั้งหมด มีเนื้อตายสีดำปกคลุม ทำให้ไม่สามารถ ระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้และแผลที่ เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกถูกกดทับ (Deep Tissue Pressure Injury [DTI]) แผลมีลักษณะผิวหนังยังไม่ฉีกขาดหรือมีการฉีกขาดแล้ว แต่มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่และ รอยแดงยังคงอยู่เมื่อ ใช้นิ้วกดบริเวณรอยแดงคล้ำนั้น หรือผิวหนังเปลี่ยนสีเป็น สีแดงซ้ำหรือสีม่วง บางรายผิวหนังชั้น หนึ่งกำพร้าฉีกขาด เห็นพื้นแผลเป็นสีดำหรือพบน้ำที่มีสารคัดหลั่งคล้ายเลือดอยู่ข้างในหากคล้ำผิวหนังบริเวณนั้นพบผิวหนัง บริเวณนั้นจะอุ่น หรืออาจมีอาการปวดร่วมด้วย (วารสารพยาบาล, รุจาภา เจียมธโนปจัย และสวิมล แสนเวียงจันทร์ ,๒๕๖๑) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย เนื่องจากระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายทำงานได้ลดลงและมีความพร่องของอีกหลายระบบ

มีข้อสรุป ดังนี้ (วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล,ศรัญญา จุฬารี, พร.ด.และคณะ)

๑. ปัจจัยภายใน มีดังนี้

๑.๑ อายุ (Age) เมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดแผลกดทับ เพราะมีการสูญเสียมวล กล้ามเนื้อ ระดับแอลบูมิน (Albumin) ในเลือดลดลง การตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบลดลงจึงทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ผิวหนังจะเริ่มบางลงทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับรวมทั้งการไหลเวียนเลือดบกพร่อง การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงจากความเสื่อมของปลายประสาท

๑.๒ การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility) ทำให้มีโอกาสเกิดในผู้ป่วยเพราะการเคลื่อนไหวน้อยลงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกเป็นเวลานานซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหรือมีพยาธิสภาพที่สมอง

๑.๓ การกำซาบเลือดบกพร่อง (Perfusion impairment) หรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเริ่มจากอวัยวะสำคัญและอวัยวะ ส่วนปลาย ผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure [MAP]) น้อยกว่า ๖๐-๗๐ มิลลิเมตรปรอท

๑.๔ โรคร่วม (Comorbidity) ที่มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งผิวหนังน้อยลง เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีเบาหวาน เป็นโรคร่วมมีโอกาสเกิด ๑.๐๕-๒.๗ เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงเพิ่มถึง ๑.๗๘-๕.๒๙ เท่า โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ๑.๕๒-๓.๖๗ เท่า และโรคปอดอุดกั้น ๐.๙๖-๑.๒๔ เท่า เป็นต้น (สุชาติดา นิลบรรพต และคณะ, ๒๕๖๒)

๑.๕ น้ำหนักตัวน้อย (Under bodyweight) หรือมากเกินไป (Overweight) ทั้งสองภาวะนี้ต่างมีผลต่อการ

เกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากถึง ๑.๕๘ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่น้ำหนักปกติ เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ช่วยกระจายแรงกดมีน้อย แรงกดจึงกระทำโดยตรงผิวหนัง ส่วนผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากจะมีพื้นที่ผิวที่สัมผัสมากกว่าผู้ น้ำหนักตัวน้อย ทำให้เกิดการกระจายของแรงกดไปได้กว้าง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดได้ ๐.๙๘ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่น้ำหนัก ปกติ

๑.๖ ภาวะพร่องโภชนาการ (Malnutrition) การติดตามปัญหาโภชนาการด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา ระดับโปรตีนในเลือด และความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit [Hct]) จากการศึกษาพบว่า ระดับ Albumin ในเลือดต่ำกว่า ๓.๓ กรัม/เดซิลิตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพิ่มขึ้นถึง ๓.๓-๑๑.๖ เท่า (สุชาติดา นิลบรรพต และคณะ, ๒๕๖๒) เพราะ น้ำ ในหลอดเลือดซึมผ่านออกมาอยู่ระหว่างเซลล์นอกหลอดเลือด กดเบียดหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปฏี มกระดูกลดลง และหากมี Hct ต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ถึง ๒.๘๑ เท่า การขาดสารอาหารทำให้เซลล์เสื่อมสภาพใน การทำงาน จึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น และเม็ดเลือดแดงมีความสำคัญต่อการนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย การ ลดลงของ Hct จึงเพิ่มโอกาสเป็นแผลกดทับ

๒. ปัจจัยภายนอก มีดังนี้

๒.๑ การนอนในหอผู้ป่วยนาน (Prolonged intensive care unit [ICU] admission) ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยนาน ๗-๙ วัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงถึง ๗.๕ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วย ๐-๓ วัน เนื่องจากผู้ป่วยที่นอน นานมักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและระบบทางเดินหายใจ และอาจสัมพันธ์กับโรค ร่วม

๒.๒ การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation [MV]) ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ที่มีภาวะการ หายใจล้มเหลวไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถขนส่งออกซิเจนไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ เมื่ออาการรุนแรงขึ้นจะมีการแสดงของภาวะขาดเลือดของอวัยวะ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง เลือด เป็นกรด และหายใจเร็วเพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนให้ร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะเกิด แผลกดทับถึง ๑.๒๖-๒๓.๖๐ เท่า (สุชาติดา นิลบรรพต และคณะ, ๒๕๖๒)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก เช่น อุปกรณ์ในการดูแลบาดแผล ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งอัตราค่าจ้างของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้เป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วย ประกอบด้วย

๑.การประเมินความเสี่ยง โดยประเมินเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับ (มณีนุช สุทนต์ และกาญจนา ปัญญาธร, ๒๕๖๒) อาจประเมินโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (Braden scale) ที่มีความไวต่อการทำนายความเสี่ยงของการ เกิดแผลกดทับ ร้อยละ ๘๕.๗๑ ซึ่งสูงกว่าแบบประเมินของนอร์ตัน (Norton scale) ที่มีความไวเพียงร้อยละ ๕๓.๔๘ (ผกา มาศ พิธรากร, ๒๕๖๔) จึงสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้เร็วกว่า

๒.การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเฉือนและแรงเสียดสี ให้การพยาบาล ดังนี้

๒.๑ การจัดท่านอนและท่านั่งที่เหมาะสมปฏิบัติดังนี้

๒.๑.๑ การจัดท่านอนหงายราบ ควรให้แผ่นหลังเอียงขึ้นทำมุม ๑๐-๒๙ องศา กรณีจัดท่านอนศีรษะสูง เล็กน้อย (Semi-fowler) ควรจัดให้แผ่นหลังทำมุม ๓๐-๔๕ องศา โดยใช้หมอนข้างรอง บริเวณหลัง

๒.๑.๒ ให้นอนหงายหรือนอนตะแคง ควรให้ไหล่ของผู้ป่วยกางขาออกไม่เกิน ๙๐ องศา และกางขาไม่เกิน ๓๐ องศา เพราะการกางขามากเกินไปจะทำให้เส้นประสาท Ischial เสียหน้าที่ และจัดให้เข่าอ ๕-๑๐ องศา เพื่อป้องกันการอุดตัน ของหลอดเลือด Popliteal vein และลดแรงกดบริเวณเอ็น ร้อยหวาย สอดหมอนรองได้นื่องเพื่อให้อันเท้าลอย ลดแรงกดทับ

๒.๑.๓ กรณีผู้ป่วยมีปัญหากลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome [ARDS]) อย่างรุนแรง ควรจัดท่านอนคว่ำ ศีรษะสูงเล็กน้อย (Reverse trendelenburg) และให้ลำตัวทำมุม ๕-๑๐ องศา ทั้งนี้ให้พิจารณา

ถึงข้อจำกัดอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ และต้องใช้ทีมในการช่วยพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุควรจัดให้อยู่บนที่นอนลมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดแรงกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

๒.๒ การลดแรงเฉือน ปฏิบัติดังนี้

๒.๒.๑ ใช้เทคนิคการยกตัวในการช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการลากดึง และควรใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผ้ายก เป็นต้น (มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, ๒๕๖๒)

๒.๒.๒ ความถี่ในการพลิกตะแคงตัว พิจารณาจากความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวทุก ๑-๒ ชั่วโมง ถ้า Braden scale ต่ำกว่า ๑๐ คะแนน ให้พลิกบ่อยกว่าทุก ๑-๒ ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวให้จัดท่านอนหงายกึ่งตะแคง สอดหมอนข้างรองแผ่นหลังโดยให้หลังเอียงไม่เกิน ๓๐ องศาเป็นหลัก (นพรัตน์ เรืองศรี, ๒๕๖๒)

๒.๓ การกระตุ้นให้เริ่มมีการเคลื่อนไหว (Early mobilization) เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยลดและกระจายแรงกดจากการนอนบนเตียง และยังเป็นการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการไหลเวียนเลือดด้วย โดยควรเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยที่มีและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในรายที่ไม่มีข้อห้าม

๓.การดูแลภาวะโภชนาการ (มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, ๒๕๖๒) ปฏิบัติดังนี้

๓.๑ ประเมินภาวะโภชนาการจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนร่วมกับแพทย์และนักโภชนาการ ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ผู้ป่วยมักได้รับประทานได้น้อยลง มีความไม่สมดุลของสารน้ำเข้าออก มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่มีความบางและความชุ่มชื้นลดลง มีอาการบวมเนื่องจากโปรตีน Albumin ต่ำ ทำให้สารน้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบ Serum albumin น้อยกว่า ๓.๕ gm/dL

๓.๒ ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้ ควรจัดอาหารโปรตีนคุณภาพสูงที่ได้จาก เนื้อสัตว์ ๑.๐-๑.๒ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวัน และได้พลังงานรวม มากกว่า ๒๕ แคลอรีหรือน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวัน หากได้รับประทานได้น้อยหรือรับประทานเองไม่ได้ พิจารณาให้อาหารทางสายยางทดแทน

๓.๓ จัดอาหารเสริมชนิดพลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ได้รับวิตามินซี วันละ ๕๐๐-๑,๐๐๐ mg วิตามินเอ วันละ ๒,๔๐๐ ไมโครกรัม และสังกะสี วันละ ๑๕ มิลลิกรัม เพิ่มจากอาหารปกติ เพราะวิตามินซีและวิตามินเอ ช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและสร้างหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อที่สร้างใหม่ ส่วนสังกะสีช่วยให้เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ทำหน้าที่ในระบบภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ดี (มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, ๒๕๖๒)

๓.๔ ให้สารน้ำ อย่างน้อยวันละ ๒,๕๐๐ มิลลิลิตร ทั้งนี้ให้พิจารณาข้อจำกัดของโรคร่วมด้วย

๔.การดูแลสภาพผิวหนัง (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, ๒๕๖๔; มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, ๒๕๖๒) ปฏิบัติดังนี้

๔.๑ การดูแลทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วย ด้วยน้ำธรรมดาวันละ ๑ ครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ใช้สบู่ที่มีความเป็นกรดต่าง ๔.๕-๕.๕ หรือใช้สเปรย์ทำความสะอาดแบบไม่ต้องล้างออก และทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์หลังอาบน้ำ และเช็ดตัวทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการถูวนวดเนื่องจากจะเป็นการเพิ่มแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกทำให้ผิวหนังแตกและถูกทำลายได้ง่าย และหลีกเลี่ยงการประคบร้อนบริเวณที่มีรอยแดงหรือ ปุ่มกระดูกเนื่องจากทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง

๔.๒ ควบคุมความเปียกชื้นจากการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วย โดยเช็ดทำความสะอาดด้วยวิธีซับแห้ง ฝีเย็บและทวารหนัก ซับให้แห้ง ทาผิวหนังด้วยปิโตรเลียมเจลบางๆ เพื่อป้องกันกันไม่ให้ผิวหนังบริเวณนั้นระคายเคืองจากปัสสาวะหรืออุจจาระที่มีฤทธิ์เป็นด่างสูง เพราะจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบชนิด Incontinence associated dermatitis (IAD) ได้ ส่งผลให้เกิดแผลกดทับและติดเชื้อได้ง่าย

๔.๓ การให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลและญาติ โดยให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และทบทวนและจัดการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมกลุ่มแพทย์

ผู้รักษา พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความซับซ้อน ของผู้ป่วยแต่ละกรณี

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, ๒๕๕๗; บัวจันทร์ ธงเชื้อ และคณะ, ๒๕๖๐; มุขพล ปุณภพ และคณะ, ๒๕๖๑; นาทยา ปริกัมศีล และคณะ, ๒๕๖๑; มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง และคณะ, ๒๕๖๒; ญัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ และคณะ) มีดังนี้

การดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรีย หมายถึง การดื้อยาต้านจุลชีพที่เกิดภายหลังซึ่งโรคติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่เกิดภายหลังนี้ เป็น ๑ ใน ๕ โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) การดื้อยาต้านจุลชีพที่เกิดภายหลังจำแนกเป็น ๓ ชนิด ได้แก่

๑. การดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug-Resistance: MDR) หมายถึง การดื้อยาต้านจุลชีพอย่างน้อย ๑ ขนานในยาอย่างน้อย ๓ กลุ่มที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดนั้น

๒. การดื้อยาต้านจุลชีพแทบทุกขนาน (Extensively Drug-Resistance, XDR) หมายถึง การดื้อยาต้านจุลชีพอย่างน้อย ๑ ขนานในยาทุกกลุ่ม ยกเว้นยาต้านจุลชีพ ๑-๒ กลุ่มที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย ชนิดนั้น

๓. การดื้อยาต้านจุลชีพทุกขนาน (Pandrug-Resistance: PDR) หมายถึง การดื้อยาต้านจุลชีพ ทุกขนานในยาทุกกลุ่มที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดนั้น

การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

๑. การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย (Patient placement) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ถ้าไม่มีห้องแยกจัดไว้ใน Zone ที่เหมาะสม โดยแยกให้เป็นบริเวณเฉพาะที่มีฉากกันชัดเจน (ควรเป็นฉากพลาสติก) จัดอุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องใช้ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ Stethoscope เครื่องวัดความดัน BP cuff ปromptอดอุณหภูมิต่าง pan ขวดปัสสาวะ/Urinal ให้ใช้อุปกรณ์เฉพาะกับผู้ป่วยรายนั้นๆ

๒. สวมอุปกรณ์ป้องกันในกรณีที่คาดว่าจะสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยตามความเหมาะสมหลังเสร็จกิจกรรมให้ถอดทันทีแล้วทำความสะอาดมือทุกครั้ง

๓. ทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ในการล้างมือ (๕Moment) โดยทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการและหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อหรือกรณีที่มีมือไม่เปื้อนใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือประมาณ ๓ -๕ มล.ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่วและรองนํ้ายาแห้งโดยจัดให้มีแอลกอฮอล์ถูมือไว้ที่เตียงผู้ป่วยและ/หรือหน้าห้อง

๔. การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนร่างกายผู้ป่วยบริเวณตั้งแต่คอลงไปด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ ๕% chlorhexidine วันละ ๑ ครั้ง (หากสงสัยว่ามีอาการแพ้สบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ เช่น ผื่นบวมแดงร้อน ให้หยุดใช้ทันที)

๕. การทำลายเชื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมโดยอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น ผ้าเช็ดทำความสะอาด/ถังน้ำให้ใช้เฉพาะราย

๖. เช็ดตัวผู้ป่วย พร้อมๆ กับการทำความสะอาดเตียง เปลี่ยนผ้าปูเตียงโดยแยกอุปกรณ์ทุกวัน

๗. การจัดกาผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย รมั้ดระวังการหยิบจับผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว ระวังไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อมอากาศพื้นผิว โดยรวบผ้าอย่างระมัดระวังแล้วบรรจุผ้าที่ใช้แล้วในภาชนะสำหรับใส่ผ้าเปื้อนไม่โยนผ้า ผ้าเปื้อนเลือดสารคัดหลั่ง ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทิ้งลงในภาชนะสำหรับใส่ผ้าเปื้อนที่จัดเก็บไว้ในพื้นที่เก็บของสกปรกโดยเฉพาะ เก็บผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยโดยใช้วิธีม้วนเก็บบริเวณที่สกปรก/เปื้อนเลือด/สารคัดหลั่งไว้ด้านในสุดของผ้าก่อนทิ้งลงในถังผ้าเปื้อนติดเชื้อ (ถุงสีแดง) ห้ามทิ้งผ้าเปื้อนลงพื้น

๘. มูลฝอยทุกชนิดที่เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาให้จัดเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

๔. สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๖ ปี มีโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มากกว่า ๑๐ ปี เดิมรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล พานทอง บางครั้งรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน ๒ เดือน ก่อนผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น หายใจหอบ แพทย์วินิจฉัย Cardiac Arrest On ET-tube ส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรี ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ รับกลับจากโรงพยาบาลชลบุรี แพทย์วินิจฉัย Pneumonia due to Pseudomonas aeruginosa ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E&Mvt On tracheostomy c Collar mask ๑๐ L/min On NG tube Retained foley, S catheter มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด ๒๐x๒๐ เซนติเมตรจำหน่ายกลับบ้าน Discharge วันที่ ๒๙ ก.พ. ๒๕๖๗ หลังจากกลับมาบ้านญาติดูแลทำแผลให้เอง วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการ ๑ วัน ก่อน มา ไข้ แผลกดทับมีกลิ่นเหม็น แพทย์วินิจฉัย Infected bedsore grade ๔ due to Acinetobacter baumannii และแพทย์ให้ กลับบ้านเมื่อวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้รับการส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมบ้านมียาที่ได้รับ Ciprofloxacin ๕๐๐ mg NG feed ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น, Enalapril ๕ mg NG feed ครั้งละ ๖ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น (Carvedilol ๑๒.๕ mg) NG feed ครั้งละ ¼ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น, ASA ๘๑ mg NG feed ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า, Omeprazole ๒๐ mg NG feed ครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนอาหาร เข้า Metformin ๕๐๐ mg NG feed ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น, Vit Bco NG feed ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลัง อาหาร เข้า- เย็น Atorvastatin ๔๐ mg NG feed ครั้งละ ครั้งเม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน, Lasix ๔๐ mg NG feed ครั้งละ ครั้ง เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า ผู้ศึกษากรณีผู้ป่วยรายนี้ได้ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมจาก เวชระเบียนคอมพิวเตอร์โปรแกรม HosX-P ของโรงพยาบาลพานทอง ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษาความสัทธิ และเตรียมความรู้ให้ความรู้ให้ พร้อมเกี่ยวกับโรค ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพ วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ พบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยเป็นพื้นลาดซีเมนต์ บ้านชั้นเดียวจัดเป็นระเบียบ ผู้ป่วยพักอยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนแยก จากบุคคลอื่นมีผู้ดูแลคอยดูแลตลอดเวลา อาการแรกรับผู้ป่วยนอนบนเตียงรู้ตัวลืมตาได้เอง มองสบตาได้เอง ยังพูดออกเสียงไม่ชัด ทำตามคำสั่งได้ สัญญาณชีพ ๑๓๕/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด(ปลายนิ้ว) ๑๔๒ mg/dl น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๘ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๐.๐๙ พลิกตะแคงตัวได้มีผู้ดูแลช่วย ผลการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้ Bathel ADL Index เท่ากับ ๓ คะแนน แสดงว่าอยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรงรุนแรง On Ng tube Feed Blenderized Low salt DM diet ๓๕๐ ซีซี ๔ มื้อต่อวัน แขนขา ๒ ข้าง Motor power เกรด ๓-๔ Retained Foley's cath ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอนอุจจาระได้เองใส่ผ้าอ้อม สำเร็จรูป มีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบขนาด ๒๐x๒๐ เซนติเมตร ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ๑. มี ภาวะติดเชื้อดื้อยาที่แผลกดทับบริเวณก้นกบ ๒. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล Tracheostomy เนื่องจากมีช่องเปิดท่อทางเดินหายใจ ๓. ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเรื่องการดำเนินชีวิตกับสภาพการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะติดเตียง ๔. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการ ปวดแผล เนื่องจากมีแผลกดทับระดับ ๔ ที่บริเวณก้นกบ ๕. ญาติมีความวิตกเนื่องจากขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับโรคและ แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ๖. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะบกพร่องด้านการกลืน ๗. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ๘. ผู้ป่วยมีภาวะชืด อ่อนเพลีย เนื่องจากมีความพร่องในการดูแล ตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รับประทานอาหารได้ ไม่เพียงพอ ๙. เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุหกล้มเนื่องจาก ผู้ป่วยช่วยเหลือ ตนเองได้น้อยยังมีความพร่องในการเคลื่อนที่ ๑๐. ผู้ป่วยเกิดความเครียดเนื่องจากยังรับรู้ แต่ไม่สามารถสื่อสารและช่วยเหลือ ตนเองได้น้อย ๑๑. ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเนื่องจากพบเชื้อดื้อยาที่บริเวณแผลกดทับ หลังจาก ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ๙ ครั้ง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า ญาติและผู้ดูแลยังมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคและการดูแล ผู้ป่วยติดเตียงยังไม่เพียงพอ หลังจากประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกับญาติ และผู้ดูแล เป็นเวลา ๓ เดือน ๒๒ วัน เพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เริ่มพูดได้เป็นคำๆแต่ยังไม่ชัดจากเดิมที่มีเสียงครางในลำคอ สบต้ายิ้มแย้ม กระตือรือร้นในการทำตามคำสั่ง แผลกดทับที่บริเวณก้นกบขนาด ๔x๕ เซนติเมตร แผลตื้นขึ้นไม่มี Discharge ซึม ไม่มีไข้ไอเหนื่อยหอบ อุจจาระได้ตามปกติ เวลาผู้ดูแลต้องการอุปกรณ์ทำแผลหรือมีนัดพบแพทย์จะมีพยาบาลผู้ดูแลได้ไปตรวจสัญญาณชีพและเจาะเลือดที่บ้านพร้อมแจ้งผลการตรวจสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ดูแล และให้ญาติรับยาแทนที่โรงพยาบาลพานทองตามนัดหมาย โดยที่ไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่บ้านไปโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงได้จึงต้องมีการประเมินติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งได้วางแผนการส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลชุมชนที่ดูแลประชากรในเขตพื้นที่บ้านของผู้ป่วยพักอาศัยในการเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อมีในชุมชน จำนวน ๑ ราย

๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลประวัติเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน ประวัติครอบครัว พร้อมประเมินสภาพผู้ป่วย

๔.๒.๓ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการทำหัตถการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔.๒.๔ ศึกษาเอกสารและทบทวนความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อมีด้านจุลชีพ

๔.๒.๕ นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

๔.๒.๖ จัดกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผลตามแผน

๔.๒.๗ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ วิจัย และสรุปข้อเสนอแนะ

๔.๒.๘ เรียบเรียงผลงาน จัดทำเอกสาร และนำเสนอผลงานในเวทีการประชุมวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อมีในชุมชน

๔.๓.๒ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพานทองและเครือข่าย ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อมีในชุมชน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อมีในชุมชน จำนวน ๑ ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ๑๑๒ วัน เยี่ยมบ้าน ๙ ครั้ง

เชิงคุณภาพ

จากการเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับไม่มีติดเชื้อมีในระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับขนาดเล็กลงไม่มีติดเชื้อมีและไม่มีแผลกดทับ เพิ่ม ไม่มีภาวะข้อติด สามารถยืนเดินได้สั้นๆโดยมีญาติช่วยพยุง ญาติและผู้ดูแล มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีรักใคร่เข้าใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ญาติเครือข่ายในชุมชนได้ติดตามดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ญาติและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาพยาบาลของพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อดื้อยาในชุมชน ในหน่วยงานการพยาบาลชุมชนและเครือข่าย

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ญาติและผู้ดูแล ยังขาดความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลกดทับและติดเชื้อดื้อยาในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง คือ แผลกดทับ มีภาวะช้ำและยังมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ,ที่แผลกดทับ,และทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และผู้ดูแลหลัก คือ บุตรสาว ซึ่งต้องดูแลตลอดและใช้เวลานาน บางครั้งเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ จึงต้องมีการเสริมสร้างพลังและให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ดูแลหลักอีกทั้งแนะนำญาติคนอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฝึกทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย ซึ่งญาติและผู้ดูแลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี สภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งพยาบาลชุมชนต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอ,มีแผลกดทับและติดเชื้อดื้อยา มีความวิตกกังวลกลัวว่าสามารถดูแลได้ดีและใช้เวลาในการดูแลระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงสูง ญาติและผู้ดูแลหลักต้องดูแลเกือบตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง

๙. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยในชุมชน พยาบาลผู้ดูแล ต้องมีองค์ความรู้หลายด้านทั้งทางวิชาการและทักษะทางสังคม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครบทุกมิติ และ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีเครือข่ายที่จะขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน. ตลอดจนมีการเชื่อมโยงการวางแผนการจำหน่าย ขณะผู้ป่วยรักษารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ให้มีการเตรียมความพร้อม การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งด้านประเมินผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน รวมทั้งการนำกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของพยาบาลชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานแนวทางบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) ให้แก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

งานประชุมวิชาการสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ประจำปี ๒๕๖๗ “ก้าวใหม่สู่สุขภาพดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพดี Healt D” วันที่ ๒๙- ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ศูนย์ประชุมณนุชเทรดดิชั่นฮอลล์ สวอนนงนุชพัทยา ชลบุรี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรุ่งทิพา จันทน์นุ่ม สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

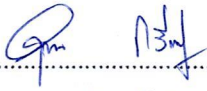
ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวรุ่งทิพา จันทน์นุ่ม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางยุพิน กิรติพงศ์พันธุ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ  **วิศิษฐ์**

(นายวิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

วันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ลงชื่อ 

(...นายอภิรต์...ผดัญญุตา...)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....

วันที่ ๒๙ เดือน ก.ย. ๒๕๖๗ พ.ศ.

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug – Resistant Organism) (MDROS) เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) [WHO] ได้รายงานสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ พบอุบัติการณ์ของเชื้อจุลชีพที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem เพิ่มสูงขึ้นโดยเชื้อที่พบมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* และ *Escherichia coli* ร้อยละ ๑๗.๘, ๘.๑ และ ๐.๑ ตามลำดับ (นุชนาถ สีสุกใส ๒๕๖๒) สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่าการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ ๘๘๐๐๐ ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ ๓๘,๐๐๐ – ๔๕,๐๐๐ ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง ๔.๒ หมื่นล้านบาท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม (แผนยุทธศาสตร์ชาติ หน้า ๒๐)

โรงพยาบาลพาทองตรวจส่งตรวจจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบเชื้อดื้อยาในสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยโรงพยาบาลพาทองจำนวน ๑๓๕, ๘๐ และ ๑๐๘ ตามลำดับ จากรายงานข้างต้นพบว่าปัญหาในการดื้อยาด้านจุลชีพนั้น สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียในปริมาณสูง ซึ่งผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจะต้องได้รับการดูแลระยะเวลา ๖ เดือนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน จึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเชื้อดื้อยาในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ถึงความรู้เห็นถึงความสำคัญและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และช่วยลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชนเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและต้องการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน (MDR) ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีความยากลำบาก การจัดการดูแลผู้ป่วยต้องมีการวางแผนที่เหมาะสม เช่น การจัดสถานที่ อุปกรณ์ของใช้ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมถึงหลักการล้างมืออย่างถูกวิธี จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน โดยใช้แนวคิด ๔Es Model ของโพรวินวอสต์และคณะ มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชน

ระยะเวลาดำเนินการ

มีนาคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วย และญาติ

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมทบทวนปัญหา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือเท้าในชุมชน
๒. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชน
๓. นำเสนอการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชนอธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการพัฒนาให้กับหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม
๔. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชนโดยใช้หลักแนวคิด ๔ES
 - ๔.๑. Engage เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ๔.๒. Educate เน้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าที่บ้าน ทั้งในเรื่องการจัดสถานที่ อุปกรณ์ของใช้ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมถึงหลักการล้างมืออย่างถูกวิธี
 - ๔.๓. Execute เน้นการให้ความช่วยเหลือ ช่องทางการประสานขอคำแนะนำการดูแลผู้ป่วย หรือขอความช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเกิดอาการฉุกเฉิน
 - ๔.๔. Evaluate เน้นการติดตามประเมินผล โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
๕. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชน ให้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพาทอง ประเมินคุณภาพ
๖. สรุปผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือเท้าในชุมชน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและพัฒนา

แผนผังกำกับงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ				
		มี.ค.๖๗	เม.ย.๖๗	พ.ค.๖๗	มิ.ย.๖๗	ก.ค.๖๗
๑	ประชุมทบทวนปัญหาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชน	↔				
๒	รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหาที่พบในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน		↔			
๓	นำเสนอการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการพัฒนาระบบกับหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน		↔			
๔	เตรียมเอกสารการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน			↔		
๕	จัดทำแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน			↔		
	๕.๑ Engage เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาล ๒ ระดับคือ ระดับหัวหน้างานและระดับปฏิบัติการ โดยนำเสนออุบัติการณ์เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและนำเสนอปัญหาของเชื้อดื้อยา เมื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน				↔	
	๕.๒ Educate เน้นการให้ความรู้ วิธีการ คือให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาเกณฑ์การวินิจฉัยและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา				↔	
	๕.๓ Execute เน้นการให้ความช่วยเหลือ โดยให้คำแนะนำสังเกตการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา				↔	
	๕.๔ Evaluate เน้นการติดตามประเมินผลใช้ระยะเวลา ๑ เดือน				↔	
๖	นำแนวทางการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน ที่จัดทำขึ้นมาจัดโปรแกรมให้ความรู้และใช้ในแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพานทอง จัดทำรายชื่อกลุ่มเป้าหมายและติดตามจัดตั้งทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่				↔	
๗	สรุปผลการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในชุมชน นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่างๆที่ได้พบมาปรับปรุง					↔

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาในชุมชน

๔.๒. สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาในชุมชน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐

ลงชื่อ 

(นางสาวรุ่งทิwa จันทร์นุ้ม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward).
 กุลดา พฤติวรธน, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ฌอนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย. (๒๕๖๐). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อ
 ลดการติดเชื้อดื้อยาแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารกองการพยาบาล, ๔๔(๔), ๑๐-๓๓.
- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข.
 (๒๕๖๐). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. สืบค้นจาก
<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๖๘๔๙>
- คณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เขตสุขภาพที่ ๙. (๒๕๕๙). คู่มือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 และการจัดบริการ Home ward เขตสุขภาพที่ ๙ กรุงเทพฯ: สำนักหลักประกันสังคมสุขภาพแห่งชาติ.
- คู่ขวัญ มาลีวงษ์. (๒๕๖๔). การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกด
 ทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรสารการพยาบาล, ๒๓(๑), ๑๕-๓๐.
- ชลธิศ บุญร่วม, อะเคื้ออุณหเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. (๒๕๖๓). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจาย
 เชื้อดื้อยาของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. พยาบาลสาร, ๔๗(๒), ๑๓๓-๑๔๒.
- ฐิติมา มานะพัฒนเสถียร, จิตราภรณ์ จิตรีเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (๒๕๖๑). การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการ
 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร, ๔๕(๑), ๑๔๖-๑๕๘.
- ทัศนีย์ สีหาบุญนา. (๒๕๖๐). การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, ๑(๒), ๑๗-๒๑.
- นาคยา ปริกัมศิลป์, ศุภา เฟื่องเลา, และสมใจ สายสม. (๒๕๖๑). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่เรีย
 ยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่เรีย ยาควบคุมพิเศษของบุคลากร
 สุขภาพผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล, ๓(๒), ๔๙-๕๗.
- นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, และชินโชติ ศรีใส. (๒๕๕๕). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลาย
 ขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย
 สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๕(๑), ๘๗-๙๖.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (๒๕๖๐). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐. กรุงเทพมหานคร : รมย์น มีเดีย.
- รุจภา เจริญธโนปัย และสมมูล แสนเวียงจันทร์. (๒๕๖๑). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. วารสารพยาบาล,
 ๖๔(๔), ๕๓-๖๑
- วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล. (๒๕๕๘). คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียที่เรีย ดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. สืบค้นจาก
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/๑๑๒๒๘/๔๒๗๖?show=full>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๐). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐.
 (พิมพ์ครั้งที่ ๓). บริษัท รมย์น มีเดีย จำกัด.
- สำนักงานพยาบาล. (๒๕๕๖). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ ๑ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
 อะเคื้ออุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตราภรณ์ จิตรีเชื้อ. (๒๕๕๗). กลยุทธ์การสอนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
 ทางการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ๓๕(๔)

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๓	นางสาวนภกานต์ ประสาททอง	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ</u> <u>และรูปแบบบริการ</u>	๒๓๗/๔๓	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</u>	๒๒๘/๒๑	เลื่อนระดับ	
		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)			
		ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑		ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี		๑๐๐%	
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน		การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver)			
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		สุดา ภิรมย์ภักดี			

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

๓.๒ ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

๓.๓ การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๔ สถิติ วิจัยและการประเมินผล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlation Research Designs) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ กับทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี รวมทั้งศึกษาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 189 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) สุ่มมาจากทั้ง 6 หน่วยปฏิบัติการ ได้แก่ มูลนิธิสว่างบริบูรณ์ธรรมสถาน มูลนิธิสว่างเหตุธรรมสถาน พุ่งเหียง มูลนิธิสว่างประทีป ศรีราชา มูลนิธิธรรมรัตน์ มณีรัตน์ มูลนิธิไตรคุณธรรม(ชำเติกไ้) ชลบุรี และพุทธสมาคมเพียวเยี่ยงไ้ ศรีราชา จากนั้นนำมาคำนวณตามสัดส่วนที่เท่ากันของประชากร คือสัดส่วน 1: 1.9 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ และส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2-4

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานงานกับผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์แต่ละหน่วยปฏิบัติการ และดำเนินการส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ถึงผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์แต่ละหน่วยปฏิบัติการ และมีการแจ้งกำหนดการมารับแบบสอบถามคืน ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยส่งกลับมาทางไปรษณีย์ หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก และสุ่มเลือกแบบสอบถามจากฉบับที่สมบูรณ์ให้ครบตามจำนวนที่ต้องการ แล้วจึงนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติและทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ด้วยวิธี ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) และวิเคราะห์หาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ด้วยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย เดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม ๒๕๖๗

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จังหวัดชลบุรี มีสัมพันธ์กับทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี หรือไม่ อย่างไร ในระดับใด

๕.๒ ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จังหวัดชลบุรี สามารถพยากรณ์ ทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ได้หรือไม่ อย่างไร ในระดับใด ร้อยละเท่าไร

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นข้อมูลให้สำนักกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรี ใช้เป็นแนวพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพ
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี ให้มีความรอบรู้มากขึ้น

๖.๒ เป็นข้อมูลให้สำนักกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรี พัฒนาคุณภาพบริการของการ
ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี

๖.๓ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนักวิจัยอื่นๆ ที่สนใจ เพื่อทำการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษา
ค้นคว้าเพิ่มเติม อันจะนำมาซึ่งความรู้หลากหลายมากขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การเข้าถึงอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในพื้นที่อาจเป็นเรื่องท้าทาย ต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการ
ติดต่อและจัดเตรียมการสำรวจ รวมถึงการสร้างเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการรวบรวมข้อมูล เช่น
แบบสอบถาม

๗.๒ ความแตกต่างด้านทรัพยากรและการสนับสนุนของแต่ละมูลนิธิ อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

๗.๓ การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจเป็นเรื่องซับซ้อน ต้องใช้เทคนิคทางสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล
ที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์

๗.๔ การทำวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มคนต้องพิจารณาถึงข้อกำหนดด้านจริยธรรม เช่น การได้รับความยินยอม
จากผู้เข้าร่วม การรักษาความลับ และการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การติดต่อและเข้าถึงอาสาสมัครอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากพวกเขาอาจมีเวลาจำกัดและกระจาย
อยู่ในหลายพื้นที่

๘.๒ อาสาสมัครอาจไม่ตอบแบบสอบถามได้เนื่องจากภารกิจที่มีอยู่หรือความสับสนในการเข้าร่วม

๘.๓ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มที่มีการทำงานภายใต้สภาวะกดดันอาจต้องได้ข้อมูลที่ไม่แม่นยำ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มเป้าหมาย ติดต่อและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับ
ความร่วมมือจากอาสาสมัคร และอธิบายความสำคัญของการวิจัย

๙.๒ การนำผลลัพธ์ไปใช้ โดยใช้ผลลัพธ์ของการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายและการฝึกอบรมอาสาสมัคร
ฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อเพิ่มทักษะและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิจัย รูปแบบ Oral Presentation ในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปี
งบประมาณ ๒๕๖๗ “ก้าวใหม่สู่สุขภาพดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพดี : Health D” ในวันที่ ๒๙ สิงหาคม
๒๕๖๗ ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติหาดคันทันฮอลล์ สวนนงนุชพัทยา อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)-..... สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวนภกานต์ ประสาททอง)

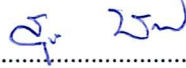
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)/๐๒-กย-๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนภกานต์ ประสาททอง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสุภัทรา ชลพานารักษ์)

(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๑๒ กย. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางสุนนรัตน์ นีรพัฒน์กุล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(วันที่) ๑๒ กย. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 
(นายอภิรต์ กตัญญุตานนท์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
(วันที่) ๑๒ กย. ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลการแพทย์ให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver)

๒. หลักการและเหตุผล

จังหวัดชลบุรีและหลายพื้นที่ทั่วประเทศมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องการการดูแลที่มีคุณภาพ เพื่อรับมือกับความท้าทายทางสุขภาพและชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมักมีความต้องการเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน เช่น ความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว, การจัดการโรคประจำตัว และการให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ โดยมีความต้องการการดูแลที่มีคุณภาพและเอาใจใส่มากขึ้น การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเป็นปัญหาใหญ่ การมีผู้ดูแลที่มีทักษะและความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยในการจัดการสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

อาสาสมัครดูแลการแพทย์ มีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและการปฐมพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการพิเศษได้ การพัฒนาอาสาสมัครดูแลการแพทย์ ให้มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างนี้ได้

การพัฒนาศักยภาพการอาสาสมัครดูแลการแพทย์ ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เป็นการพัฒนาและขยายบทบาทของอาสาสมัครดูแลการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลการแพทย์ ให้มีมีทักษะที่หลากหลายสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมความร่วมมือและการพัฒนาในชุมชน ทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นยกระดับการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม และทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืนมากขึ้นในระยะยาว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ อาสาสมัครดูแลการแพทย์มีประสบการณ์ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน แต่การเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการทักษะใหม่ที่เน้นการดูแลระยะยาวและการจัดการกับความต้องการที่หลากหลาย

๓.๒ การฝึกอบรมเพิ่มเติมจะทำให้อาสาสมัครสามารถให้บริการดูแลที่ครอบคลุม รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

๓.๓ ทักษะการปฐมพยาบาลและการจัดการฉุกเฉินของอาสาสมัครสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้

๓.๔ การฝึกอบรมเฉพาะด้าน: การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมที่เน้นทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดการโรคเรื้อรัง การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ

๓.๕ การอบรมภาคปฏิบัติ: การฝึกอบรมที่รวมการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริงเพื่อให้เกิดประสบการณ์และความมั่นใจ

๓.๖ การสร้างเครือข่ายการสนับสนุน: การสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้การสนับสนุนและทรัพยากรที่จำเป็น

๓.๗ การสร้างความตระหนักในชุมชน: การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักและสนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๓.๘ การปรับตัว: อาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการแพทย์ฉุกเฉินอาจพบว่าการปรับตัวไปสู่การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากต้องเปลี่ยนแนวทางการให้บริการ

๓.๙ ความแตกต่างในทักษะ: ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอาจแตกต่างจากการจัดการฉุกเฉิน ซึ่งอาจต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติม

๓.๑๐ การฝึกอบรมแบบผสมผสาน: ออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมที่สามารถเรียนรู้ผ่านทั้งการอบรมออนไลน์และการฝึกอบรมภาคปฏิบัติ เพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เพิ่มทักษะและความเชี่ยวชาญอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้พวกเขามีทักษะที่ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป การจัดการกับโรคเรื้อรัง และการดูแลที่ละเอียดอ่อนตามความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ

๔.๒ ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีทักษะและความรู้ที่ดีขึ้นจะสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม

๔.๓ เสริมสร้างความมั่นใจในงาน การฝึกอบรมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

๔.๔ ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน อาสาสมัครที่มีพื้นฐานในด้านการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถทำงานร่วมกับทีมงานด้านการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยในการประสานงานและสร้างแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกัน

๔.๕ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแล การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครช่วยสร้างเครือข่ายที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแบ่งปันความรู้และประสบการณ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชน

๔.๖ เพิ่มความเข้าใจและการจัดการด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรมยังอาจรวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความท้าทายทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ คะแนนการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและทักษะเฉพาะด้าน

๕.๒ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดในการดูแลผู้สูงอายุ

๕.๓ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติในการปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

๕.๒ ความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้สูงอายุและประสิทธิภาพในการประสานงาน

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนภกานต์ ประสาททอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ กย. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นายวิทักษ์ วิทักษบุตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๒๗๙๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานประกันสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๒๘๓๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	ข้อเสนอทางเลือกในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
ในจังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

๓.๒ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓.๓ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี โดยศึกษาในตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 410 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่า Chi-Square test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับพอใช้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุ อาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑) ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สามารถพบการระบาดได้ตลอดทั้งปี และยังเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชลบุรี ซึ่งพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกทุกปี และในปี 2566 พบผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึง ๑๒ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๑ จากการสอบสวนโรคพบทุกรายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เช่น สัมผัสกับลูกน้ำยุงลายในที่พักอาศัย ไม่ได้รับการสื่อสารความรู้เรื่องไข้เลือดออก หรือการรับประทานยากลุ่ม NSAIDs ขณะป่วย การศึกษาความรอบรู้จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ สถานะสุขภาพโดยรวม รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

๒) วัตถุประสงค์

๒.๑) วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

๒.๒) วัตถุประสงค์เฉพาะ

๒.๒.๑) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค
ใช้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

๒.๒.๒) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกัน
ควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

๒.๒.๓) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน
ควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

๓) วิธีดำเนินงาน

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของ
ประชาชนในจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้การสำรวจ (Survey)
ภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) และพรรณนา (Descriptive) ผลการวิจัย
เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในจังหวัด
ชลบุรี จากตัวอย่างประชาชนในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน ๒๖๖๗

๓.๑) ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ ๑๕ ปี
ขึ้นไป ที่พักอาศัย หรือมาศึกษา หรือทำงาน อยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ณ วันที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) มีขั้นตอน
ดังนี้

(๑) กำหนดขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณตามสมการการสุ่มตัวอย่าง กรณีไม่ทราบ
จำนวนประชากร โดยใช้สูตรของ W.G. Cochran ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล ๓๔๙ คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่ม
ขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ ๒๐ เพื่อลดความผิดพลาดคาดเคลื่อนของข้อมูลที่อาจจะขาดหายหรือไม่สมบูรณ์
จึงใช้ $n = ๔๑๙$

(๒) คัดเลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยให้โควตาทุกอำเภอตามสัดส่วน
ประชากรตามทะเบียนราษฎร

(๓) ทำการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ด้วยแบบสอบถามที่
ทำขึ้นจากโปรแกรมสำเร็จรูป ในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้ผู้ให้บริการเว็บไซต์ที่มีการปกปิดข้อมูลและต้องใส่รหัส
ในการเข้าถึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการอ่านรหัสคิวอาร์ (QR
code) หรือใช้โปรแกรมค้นดูเว็บ (Web browser) ในการตอบแบบสอบถาม

๓.๒) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน ๓ ส่วน
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง โดยมีลักษณะเลือกตอบ (Checklist)
และให้เติมคำตอบ (Opened) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกัน
ควบคุมโรคใช้เลือดออก ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก การสื่อสารในการป้องกัน
ควบคุมโรคใช้เลือดออก การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคใช้เลือดออก การตัดสินใจในการป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีลักษณะคำถามที่สร้างขึ้น ตามแบบการวัดของ Likert's scale แบบ Rating scale มี ๔ ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่าง ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีลักษณะคำถามที่สร้างขึ้น ตามแบบการวัดของ Likert's scale แบบ Rating scale มี ๔ ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย๓.๓) วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

๓.๓) วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยภาคสนามในแต่ละพื้นที่อำเภอ อำเภอละ ๑ คน ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยมีหนังสืออนุญาตให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ซึ่งมีการชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินการ

(๒) ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(๓) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม นำแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัยตอบด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาประมาณ ๒๐ นาที ผู้ร่วมวิจัยที่ไม่สะดวกในการอ่าน-เขียน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้ร่วมวิจัยตอบทีละข้อ และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยภาคสนามเป็นผู้บันทึก

(๔) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม ตรวจสอบแบบสอบถามแต่ละฉบับให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับส่วนที่ไม่สมบูรณ์ขอความร่วมมือให้ตัวอย่างตอบจนครบสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๔) การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

(๑) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธี แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะตัวอย่าง

(๒) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้การทดสอบค่า Chi-Square test

(๓) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยวิธีการของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดชลบุรี อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

(๑) ตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๕.๔ อายุ ๔๕-๕๔ ปี ร้อยละ ๓๓.๙ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ ๓๔.๙ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๒๓.๔ และมีรายได้ ๑๕,๐๐๐-๒๙,๙๙๙ บาท ต่อเดือน ร้อยละ ๗๖.๘ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๕.๑ มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ร้อยละ ๔๑.๐ มีการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๐.๒ มีการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๙.๐ มีการตัดสินใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับต่ำ ร้อยละ ๓๙.๓ มีการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๒.๕ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๗.๘ มีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับพอใช้ ร้อยละ ๔๐.๒

(๒) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

(๓) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผลงานวิจัย ๑ เรื่อง ที่มีผลการวิจัยเชิงประจักษ์และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหรือตัดสินใจในการออกแบบโปรแกรม การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ให้ถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การกำหนดรูปแบบการวิจัยไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่การสร้างแบบสอบถามที่เหมาะสมกับตัวอย่างที่มีความหลากหลายในคุณลักษณะทางประชากร ให้ตรงกับรูปแบบการวิจัย ต้องใช้การทบทวนทฤษฎีจากหลายแหล่งข้อมูล

๗.๒ การดำเนินการสร้างเครื่องมือต้องประสานผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของและใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ผู้วิจัยต้องมีการศึกษาและเรียนรู้ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามออนไลน์

๗.๓ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไม่สามารถลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากตัวอย่างทั้งหมด ได้ด้วยตนเอง ต้องสอนหรืออธิบายผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่สามารถจะทวนสอบข้อมูลการตอบได้ทันที ว่าผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนหรือไม่ หรือมีข้อผิดพลาดในการตอบแบบสอบถามอย่างไร

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่มี

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้ความสำคัญ และให้การสนับสนุนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อาจจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพระดับจังหวัด

๙.๒) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอควรร่วมกันพัฒนากลไกในการบริหารจัดการที่จะบูรณาการประเด็นโรคไข้เลือดออก ร่วมกับโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคที่เหมาะสม

๙.๓) หน่วยบริการด้านสุขภาพ ควรพัฒนาระบบบริการที่จะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรมีการส่งเสริมความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งเชิงวิชาการ และเชิงปฏิบัติโดยคำนึงถึงความเหมาะสมของบริบทด้านบุคคล วิธีการดำเนินชีวิต และพื้นที่

๙.๔) แกนนำสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในการเผยแพร่และรณรงค์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคไข้เลือดออก

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอด้วยวาจา (Oral presentation) ในการประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ “ก้าวใหม่สู่สุขภาพดิจิทัล เพื่อประชาชนสุขภาพดี : Health D” ระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติหาดติ่งฮอลล์ สวนนงนุชพัทยา อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายวิทักษ์ วิทักษบุตร สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
๒) สัตส่วนของผลงาน
๓) สัตส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายวิทักษ์ วิทักษบุตร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) / ๒ ก.ค. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวิทักษ์ วิทักษบุตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิศิษฐ์

(นายวิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(วันที่) ๗ ๒ ก.ย. ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ๙

(นายอภิรัตน์ กตัญญูตานนท์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๒๔ ก.ย. ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

.....

๑. เรื่อง ข้อเสนอทางเลือกในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการปฐมภูมิ
ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

จากแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และ
แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ด้านการ
ถ่ายโอนภารกิจ กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการให้บริการปฐมภูมิ
ที่อยู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ที่ตั้งอยู่ ทั้งนี้
ในระยะแรก ให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และระยะสุดท้าย หากองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างไรก็ตาม
การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จตามแผน โดยตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๖๓ มีสถานพยาบาล
ที่ถ่ายโอนสำเร็จรวมทั้งสิ้นเพียง ๖๕ แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ทั้งหมด ๙,๗๘๗ แห่ง ทั่วประเทศ^(๑) การถ่ายโอนการกระจาย
อำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นถือเป็นจุดเปลี่ยนของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ต้องมีกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
ของประชาชน กระบวนการจัดสรรงบประมาณเป็นกลไกสำคัญ ที่เกี่ยวเนื่องกับความสำเร็จในการถ่ายโอน
ภารกิจ โดยจากกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า รูปแบบของการจัดสรรงบประมาณ
รายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอนในปัจจุบันตามพระราชบัญญัติ
วิธีการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ มาตรา ๔ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยรับงบประมาณ
ทำให้มีสิทธิ หน้าที่และอำนาจ รวมทั้งความรับผิดชอบทางการงบประมาณซึ่งรวมถึงการขอตั้ง และได้รับ
จัดสรรงบประมาณรายจ่าย การจัดทำข้อเสนอทางเลือกนี้ จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบ กลไกการ
บริหารจัดการงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันและอนาคต เพื่อสนับสนุน
การถ่ายโอนภารกิจให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียมและเกิดความเป็นธรรมในการบริหารงบประมาณ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

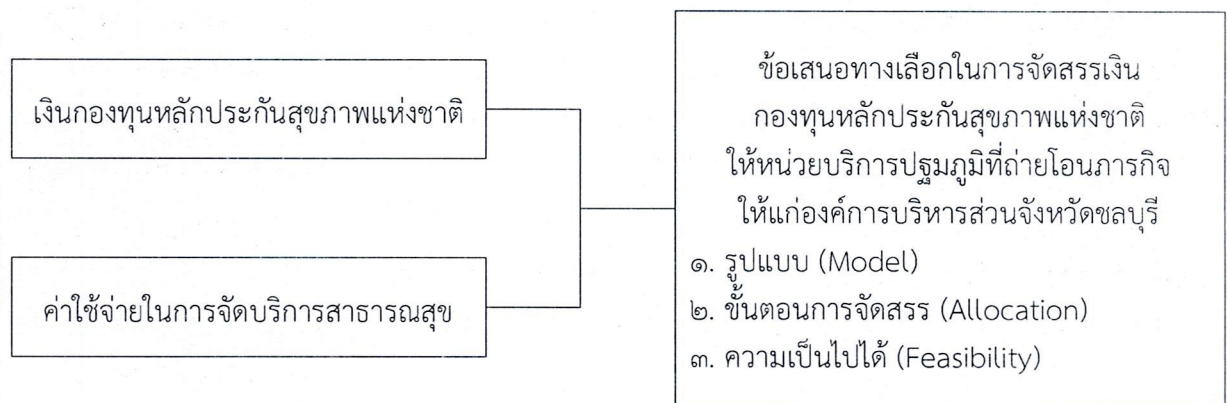
๓.๑ บทวิเคราะห์

จังหวัดชลบุรี มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
ประกอบด้วย (๑) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอวชิราลงสิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี
บ้านมาบลำปัด (๒) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี เขาคันทรง และ (๓) โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๑๖ แห่ง จำนวนรวมทั้งสิ้น ๑๑๘ แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ ๑๐ อำเภอ ยกเว้น
อำเภอเกาะสีชังซึ่งไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบดังกล่าวตั้งอยู่ในพื้นที่^(๒) จากการดำเนินงาน
ด้านงบประมาณที่ผ่านมา งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยบริการ ประกอบด้วย ค่าบริการ
ด้านสาธารณสุข เงินงบประมาณ และอื่นๆ โดยแหล่งเงินหลักมาจากการจัดบริการด้านสาธารณสุขได้มาจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณมีหลักเกณฑ์ กลไก และขั้นตอน ร่วมกับ
มีข้อกำหนดในการจัดสรรเงินให้หน่วยรับเงินเป็นหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุข
ระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) หรือ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ที่ผ่านมา

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้รับการจัดสรรจาก CUP เดิม ที่มี ความหลากหลายและความแตกต่างในการจัดสรรกันขึ้นอยู่กับบริบทและข้อตกลงของ CUP โดยมีการสนับสนุน ในรูปแบบจ่ายเงินและไม่จ่ายเงิน เงินที่ได้รับการจัดสรรเหมาะจ่ายรายหัวไปขับเคลื่อนบริการ ยา เวชภัณฑ์ ที่มีใช้ยา ครุภัณฑ์ และจ้างบุคลากร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกองทุนด้วย รูปแบบและกลไกของการจ่ายเงิน ให้กับหน่วยบริการมีความหลากหลายก็จริง แต่ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ เช่น ค่าใช้จ่าย การการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีการจัดบริการในหน่วยบริการ ที่มีแพทย์เท่านั้น ส่วนในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) สามารถให้บริการได้ซึ่งเป็นหน้าที่หลัก ของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขส่วนมากจะบริหารจัดการที่ CUP เช่น ผู้ป่วย นอกทั่วไป (OP) P&P แบบจ่ายตามผลงาน (P&P Fee schedule) P&P แบบเหมาบริการ (P&P capitation) P&P แบบรายบริการ (P&P Workload) ผลงานและคุณภาพบริการ ทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการบริหาร จัดการงบประมาณทั้งในส่วนของที่อยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานตามภารกิจการถ่ายโอนนั้นควรจะต้องเตรียม ความพร้อมและหารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณให้มีความเหมาะสม เพราะที่ผ่านมาขาดการกำกับ และติดตามอย่างเป็นระบบ อีกทั้งการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่ได้เป็นไปตามระเบียบและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในฝั่งของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงยังมีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการ งบประมาณในประเด็น งบประมาณ งบอุดหนุน และระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการ

๓.๒ แนวความคิด

จากการทบทวนเอกสาร สามารถสรุปประเด็นสำคัญเป็นกรอบแนวคิดการจัดทำข้อเสนอ ทางเลือกในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ดังนี้



๓.๓ ข้อเสนอ

รูปแบบที่ ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ ประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเดิม และดำเนินการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์กรบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

รูปแบบที่ ๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ ประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเดิม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรเงิน ตามกิจกรรมที่เกิดขึ้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์กรบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เน้นกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (P&P) โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

รูปแบบที่ ๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการการเงินเพื่อจัดบริการ สาธารณสุขที่คาดว่าจะได้รับเพื่อจัดบริการ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรตรงไปให้กับ

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ในกิจกรรมผู้ป่วยนอก (OP) บางรายการ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

รูปแบบที่ ๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และจัดสรรเงินตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

เมื่อพิจารณารูปแบบดังกล่าวข้างต้น โดยในระยะเปลี่ยนผ่านเสนอรูปแบบที่ ๑ ที่ถือได้ว่าเป็นความเป็นไปได้มากที่สุด มีการประหยัดและไม่เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการ การเข้าถึงบริการของประชาชน

๓.๔ ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอทางเลือกในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ที่เสนอการบริหารจัดการในรูปแบบที่ ๑ นี้ ยังมีข้อจำกัดที่ต้องมีการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งการจัดสรรเงิน ยาและเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ตลอดจนการจ้างบุคลากร จากหน่วยบริการประจำของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถให้การสนับสนุนได้ เนื่องจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจำกัดขอบเขตการใช้จ่ายเงินบำรุงเฉพาะของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติไม่เกิดปัญหาในการดำเนินการ จึงเสนอให้แก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ การแก้ไขระเบียบกระทรวงสาธารณสุขจากฝั่งกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว จะต้องพิจารณาความสอดคล้องและการเชื่อมต่อกับระเบียบกระทรวงมหาดไทยจากฝั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและสามารถตรวจสอบได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียมและเกิดความเป็นธรรม และไม่ประสบปัญหาจากการบริหารงบประมาณ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีข้อเสนอทางเลือกในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ครอบคลุม ๓ มิติ ได้แก่ รูปแบบ (Model) ขั้นตอนการจัดสรร (Allocation) และความเป็นไปได้ (Feasibility) อย่างน้อย ๑ ข้อเสนอ

(ลงชื่อ) 

(นายวิทักษ์ วิกัษบุตร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๒ ก.ย. ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน