



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม
กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับคว
ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออก
จากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล
ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้
คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะ
เข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางศศิธร ยนจอหอ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
๒.	นางวรรณศรี ชาญพนา	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลท่าใหม่ กลุ่มงานการพยาบาล
๓.	นางสาวมณฑนา มงคลสุข	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
๔.	นางรตนพร แสงประทีป	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาฉกรรจ์
๕.	นางสาวเพ็ญภัคดี สุขสิงห์	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว
ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้
ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)



(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๑	นางศศิธร ยนจอหอ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๘๙๑๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๐๔๑	เลื่อนระดับ	
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	๑๐๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้เลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางวรรณศรี ชาญพนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลท่าใหม่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๑๙๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลท่าใหม่ กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๒๗๑๗๕	เลื่อนระดับ ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการครองชีพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบริการทางการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”

๙๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้เลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๔	นางรตนพร แสงประทีป	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาคิชฌกูฏ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๘๐๔๐	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาคิชฌกูฏ สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	๓๕๙๘	เลื่อนระดับ	
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชน จังหวัดจันทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	๑๐๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวเพ็ญภักดิ์ สุขสิงห์	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ กลุ่มงานบริหารทั่วไป นักสาธารณสุขชำนาญการ	๒๗๙๓๓๐	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	๒๘๐๔๔	เลื่อนระดับ ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองขี้ม อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
						๘๐ %

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรกฎาคม- ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้เสนอขอประเมิน ได้ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการศึกษาค้นคว้า ตำรา แนวคิดทฤษฎี รวมถึงเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมแลเรียบเรียงเพื่อเป็นพื้นฐาน และกรอบแนวทางการวิจัย ดังนี้

๑) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ในฐานะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารจัดการสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดจันทบุรี ตั้งอยู่ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ได้มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ รวมทั้งควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในสังกัดและภาคีเครือข่าย รวมถึงประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืนจังหวัดจันทบุรีได้มีการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี โดยการบันทึกข้อมูลพื้นฐานขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ไปเมื่อวันที่ ๑๓ เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓ โดยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขานรับกฎหมายรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุให้มีประสิทธิภาพลดอัตราการตาย ความพิการของผู้ได้รับบาดเจ็บ ดำเนินงานในทุกอำเภอและได้ขยายระบบบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองครอบคลุมทุกตำบล และขยายไปยังตำบลในอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดจันทบุรี โดยเชื่อว่าการมีเครือข่ายจะทำให้การดูแล ผู้บาดเจ็บอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงระยะเวลาในการไปถึงเกิดเหตุได้เร็วขึ้นและนำส่งผู้บาดเจ็บไปยัง สถานพยาบาลที่มีศักยภาพและเหมาะสมซึ่งถือเป็นดัชนีที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้รอดชีวิตลดการสูญเสียและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๖) โดยมีโครงสร้างการบริหารงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

๒) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายและความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินประเทศสหรัฐอเมริกา (American college of Emergency Physician (ACEP), ๒๐๐๐ อ้างอิงใน สายสมร ภัทรจิตรานนท์, ๒๕๖๑) ให้ความหมายไว้ว่า ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปียวรรณ เพียรภยลุน (๒๕๕๔) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริการช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง อย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การส่ง การการออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึง การลำเลียง ขนย้าย การส่งต่อด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย โดยทีมบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สายสมร ภัทรจจิตรานนท์ (๒๕๖๑) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาล การดูแล ผู้บาดเจ็บทุกประเภท ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยมีระบบการแจ้งเหตุ ระบบการช่วยเหลือ ผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ตลอดจน การลำเลียงขนย้าย และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปและผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ โดยมีระบบการทำงานอย่างมีขั้นตอน โดยทีม บุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพร้อมให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และพิการภายใต้ การทำงานที่มีความรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย

การคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินกับระยะเวลาการตอบสนอง

ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับแจ้งเหตุที่จากเบอร์ ๑๖๖๙ โดยมีเจ้าหน้าที่รับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (call taker) สอบถามรายละเอียด ได้แก่ อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่อยู่ โทรเบอร์ศัพท์และรายละเอียดอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้จ่ายงานปฏิบัติการ ฉุกเฉิน (dispatcher) ตัดสินใจสั่งปฏิบัติการ ได้แก่ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first respond unit) ชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (basic life support unit) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advanced life support unit - ALS) ให้ออกไปช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยเหตุนี้ ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

ประกอบด้วย ๑) response time ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุ

๒) on sense time ระยะเวลาตั้งแต่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุถึงสถานพยาบาล

๓) emergency operation time ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงสถานพยาบาล

จากเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและผ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งรูปแบบการตอบสนองต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน ประกอบด้วย

“รหัสแดง “ ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น ให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 4 นาที หลังเกิดเหตุ แล้วตามด้วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง ทันทีให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 8 นาที หลังเกิดเหตุ โดยให้สัญญาณแสง วิทยุและเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสเหลือง” ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น ให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 8 นาที หลังเกิดเหตุ ตามด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ทันทีให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุ โดยใช้สัญญาณไฟวิทยุ และเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสเขียว” ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น เพียงระดับเดียว ให้ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ตามปกติและไม่ให้ใช้สัญญาณไฟวิทยุหรือเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสขาว” ตอบสนองต่อการส่งต่อทางโทรศัพท์ (Telephone Refer Program) สายโทรศัพท์จะ ถูกโอนจากการจัดส่งปฏิบัติการฉุกเฉินไปยังพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา โดยไม่มีการส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน เว้น แต่ตำรวจร้องขอการตอบสนองสำหรับผู้ป่วยรหัสขาว ควรปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น

“รหัสดำ” ไม่มีการตอบสนองเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่อาจใช้การประสานงานหน่วยที่ เกี่ยวข้องการดำเนินงานรับแจ้งและจ่ายงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓) รูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (๒๕๕๑) ได้กำหนดให้สถานพยาบาล หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ

ระบบศูนย์สั่งการ หมายถึง ศูนย์หรือหน่วยปฏิบัติการบริการฉุกเฉินที่มีระบบเครือข่ายการสื่อสาร ที่มีคุณภาพและเหมาะสม มีทีมแพทย์ พยาบาล และนักปฏิบัติฉุกเฉินการแพทย์ในการสั่งการและ ออกเหตุ ๒๔ ชั่วโมง โดยมีหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุจากประชาชนโดยตรงและรับแจ้งผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุ ฉุกเฉินอื่นที่เกี่ยวข้อง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสื่อสาร สั่งการ ประสานการช่วยเหลือและนำ การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยหรือผู้พบผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานหน่วยปฏิบัติการหรือชุด ปฏิบัติการออกปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ร่วมกับหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ และบันทึกข้อมูล ต่าง ๆ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบเอกสารและ ข้อมูลคอมพิวเตอร์ซึ่งระบบศูนย์สั่งการมีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินงานต่าง ๆ ตั้งแต่การรับข้อมูลข่าวสาร การประมวลผล และจัดส่งความช่วยเหลือที่ ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ยานพาหนะ และเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่สามารถจัดการเหตุฉุกเฉินตาม ข้อมูลที่ได้รับแจ้ง เพื่อเดินทางไปที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่อาจจะ นำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตหากได้รับความช่วยเหลือล่าช้า มีการกำหนด มาตรฐานองค์ประกอบ ดังนี้

๑) ด้านสถานที่ ต้องมีสถานที่ที่จำเพาะแยกเป็นสัดส่วนออกจากส่วนบริการห้องอื่น ซึ่งมีพื้นที่ ที่เพียงพอและมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม

๒) ด้านผู้ปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย ๑) แพทย์หัวหน้าศูนย์สั่งการ ๑ คนโดยปฏิบัติงานในเวลา ราชการและเวลาราชการให้มีการจัดเวรให้มีแพทย์ประจำการพร้อมที่จะรับทราบและให้คำปรึกษา รวมทั้ง รับผิดชอบทางการแพทย์ในการปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ออกปฏิบัติการตามการสั่งการ ของศูนย์ และอยู่ในกรอบการมอบหมายของแพทย์ ๒) พยาบาลประจำศูนย์สั่งการจังหวัด ปฏิบัติงานในเวร ราชการ ๑ คน โดยเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติการตลอดจนการให้บริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับ ต่าง ๆ และให้ คำปรึกษาในด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและประชาชน รวมถึงการ ประสานงาน การแก้ปัญหาในการปฏิบัติการและตรวจสอบความถูกต้องของระบบข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ๓) เจ้าหน้าที่สื่อสารและ ข้อมูล ซึ่งปฏิบัติการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ เวิร์ด ๒ คน โดยทำ หน้าที่ในการรับโทรศัพท์ ประสานงานวิทยุสื่อสารทุกระบบ บันทึกข้อมูลทั้งในระบบเอกสารและ อิเล็กทรอนิกส์

ระบบการแจ้งเหตุและสื่อสาร หมายถึง ระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจ าและการ เรียกใช้ บริการ ได้แก่หมายเลข ๑๖๖๙ ซึ่งเป็นมาตรฐานในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุก ๆ จังหวัด โดยสามารถใช้ ระบบโทรศัพท์ได้ทั้งในการแจ้งเหตุโดยให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ และเมื่อมีการแจ้งเหตุในจังหวัดใดก็จะต้องไป ในศูนย์ของจังหวัด นั้น ๆ โดยระบบศูนย์สั่งการจะมีระบบการสื่อสารที่ครอบคลุมทุกพื้นที่กับลูกข่ายในแต่ละ อำเภอกของทุกจังหวัด รวมถึงการสื่อสารระหว่างชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ออกให้ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุกับ โรงพยาบาลที่นำส่ง ผู้บาดเจ็บและเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีมาตรฐานองค์ประกอบ ได้แก่ ๑) ระบบ โทรศัพท์ ๒) ระบบสื่อสาร และ ๓) เครื่องรับวิทยุและโทรศัพท์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉินประกอบด้วยผู้ปฏิบัติการพาหนะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดออกเป็น ๔ ชุดปฏิบัติการ ดังนี้

๑) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นชุดปฏิบัติการกู้ชีพระดับเบื้องต้นที่ได้ท าการขึ้นทะเบียนพาหนะ อุปกรณ์กู้ชีพระดับเบื้องต้น พร้อมทั้งอาสาสมัครผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๒) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับพื้นฐานพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับพื้นฐานและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแล้ว และต้องเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น ซึ่งจะเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๓) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วยพาหนะกู้ชีพระดับกลางที่ขึ้นทะเบียนพาหนะพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับกลางและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แล้ว และต้องเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง ซึ่งเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๔) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง เป็นชุดปฏิบัติการที่ประกอบด้วย พาหนะกู้ชีพระดับสูงที่ขึ้นทะเบียนพาหนะพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพระดับสูงและผู้ปฏิบัติการต่าง ๆ กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว โดยต้องเป็นแพทย์พยาบาลกู้ชีพหรือเวชกรฉุกเฉินระดับสูงเป็นหัวหน้าชุดที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การจัดพื้นที่ หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินรับผิดชอบเพื่อให้สามารถ กระจายเข้าถึงผู้รับบริการโดยระยะเวลาเดินทางที่เหมาะสมและทันท่วงทีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการ กำหนดเกณฑ์พื้นที่และขนาดประชากร ดังนี้

๑) สัดส่วนประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน/ ๑ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น

๒) สัดส่วนประชากร ๒๐๐,๐๐๐ คน/ ๑ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง

๓) มาตรฐานด้านระยะเวลาในการเดินทางไปถึงจุดเกิดเหตุ (Response time) ภายใน ๘-๑๐ นาที

บุคลากรและการอบรม หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนด คือ บุคคลใดที่ปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ผู้ช่วยเหลือ ตลอดจนผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บ โดยมีการกำหนดมาตรฐาน ดังนี้

๑) ผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติการฉุกเฉินโดยตรงและอยู่ในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนอก สถานพยาบาล ตั้งแต่การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงการล ำเลียงขนส่งผู้บาดเจ็บ โดยท ำหน้าที่ประเมิน วินิจฉัย และบ ำบัดรักษาพยาบาลกับผู้บาดเจ็บโดยตรง โดยผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจะต้องมีหลักเกณฑ์และ มาตรฐานในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน

๒) ผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติการในศูนย์สั่งการ ซึ่งในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลนั้น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในศูนย์สั่งการระดับจังหวัดจะท ำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุและรับรู้ถึงสภาวะการณ์ของการบาดเจ็บ โดยจะทำการประเมิน จัดการ และประสานงานเพื่อดำเนินการส่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินลงพื้นที่ ไปให้ความดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการล ำเลียงส่งผู้บาดเจ็บไปถึงสถานพยาบาลอย่าง เหมาะสมและประสิทธิภาพซึ่งต้องมีหลักเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำการปฏิบัติงานฉุกเฉิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔) กรอบแนวทางการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

๑. ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี แบ่งเป็น

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ อาการนำ และ ประเภทเจ็บป่วย

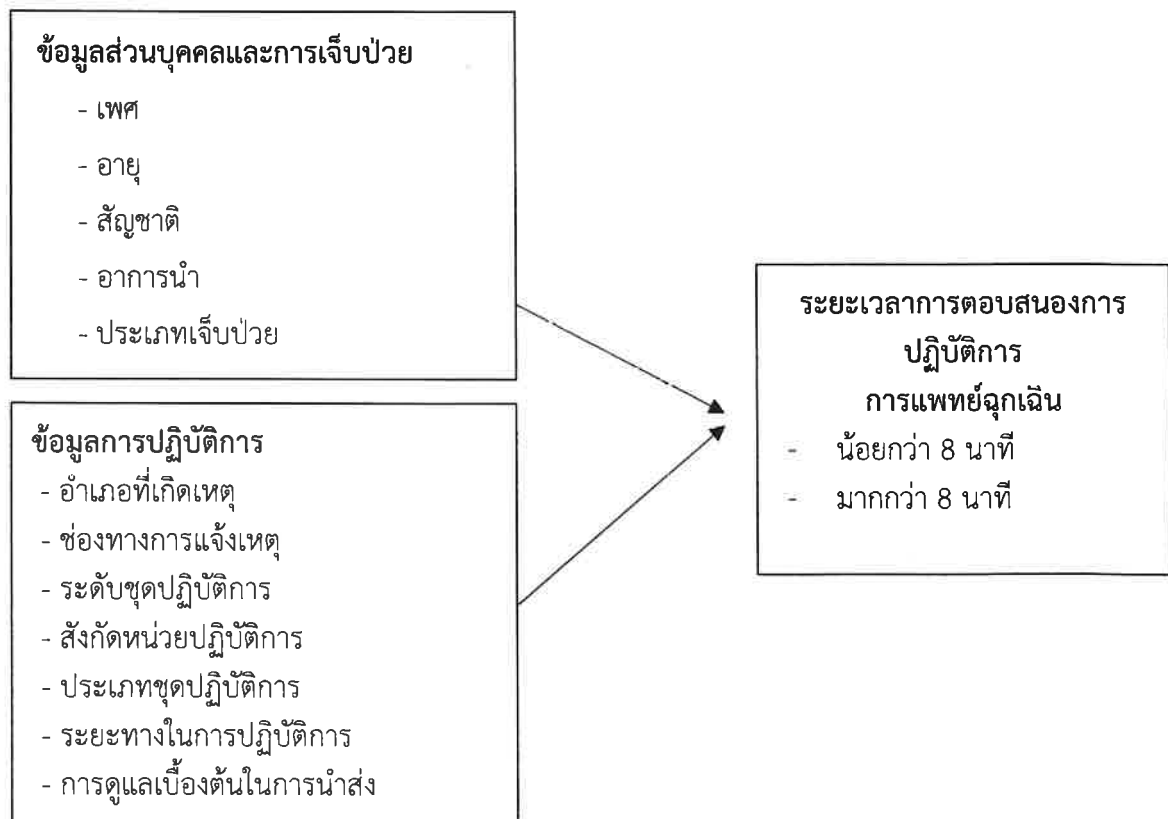
๒. ข้อมูลการปฏิบัติการ ได้แก่ อำเภอที่เกิดเหตุ จุดปฏิบัติการ ระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการ ระยะเวลาที่ใช้ ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะทางในการปฏิบัติการ ผลการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

๒. ตัวแปรตาม คือ ระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี แบ่งเป็นน้อยกว่า ๘ นาที และ มากกว่า ๘ นาที ตามมาตรฐานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ๒๕๖๖)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังคราณี ล่ามสมบัติ (๒๕๖๓) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอชุมแพจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อนามัย มณีสาย (๒๕๖๒) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการให้บริการระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน กรณีศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการ ให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการ ให้บริการระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการ ให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพบว่า กลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันในประสิทธิผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือไม่ แน่นนอน มีแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มอื่น และระดับรายได้ที่แตกต่างกัน มีความ แตกต่างกันในประสิทธิผลการ ให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เกศรา กาวงศ์ (๒๕๕๖) ได้ศึกษาเรื่องอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลลำปาง ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลลำปาง มากที่สุดคือด้านการประชาสัมพันธ์ องค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคต่อ ระยะเวลาดังแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงที่เกิดเหตุ มากที่สุดคือ ด้านการจัดพื้นที่ องค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคต่อระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุมากที่สุดคือ ด้านบุคลากร และการอบรม องค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคต่อการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดคือ ด้าน บุคลากรและการอบรม

ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล และคณะ (๒๕๖๕) ได้ศึกษาเรื่องเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่คนเชียงใหม่ไม่เรียกใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกให้เหตุผลว่า มีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเอง อันดับที่สองคือ ไม่รู้จัก บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอันดับที่สามคือ รู้สึว่าการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องเรียกร ถพยาบาลมารับสัที่ทำให้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินอันดับแรกคือ ป้ายโฆษณาหรือป้ายประจำทาง รองลงมา คือ โทรทัศน์และวิทยุตามลำดับ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยเป็นแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการ เจ็บป่วย ข้อมูลการปฏิบัติการและระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลจากระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ITEMS ย้อนหลัง ๓ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรีจำนวน ๙,๙๓๕ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการทบทวนกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ สร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ๓ ส่วน ส่วนที่ ๑ แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ อาการนำ ส่วนที่ ๒ แบบเก็บ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อมูลการปฏิบัติการ ประกอบด้วย ประเภทความเจ็บป่วย อัมพาตที่เกิดเหตุ ช่องกทางการแจ้งเหตุ ระดับชุดปฏิบัติการ สังกัดหน่วยปฏิบัติการ ประเภทชุดปฏิบัติการ ระยะทางในการปฏิบัติการ และการดูแลเบื้องต้นในการนำส่ง และ ส่วนที่ ๓ แบบเก็บระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (จำนวนนาที) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา รวมถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ logistic regression analysis โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/ เขตสุขภาพที่ ๖ รหัสโครงการ COA no.๐๖๔/๖๗

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การนำข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มาวิเคราะห์ พบว่าจำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย จาก ๓๓๓๗ ครั้งในปี ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๓๖๐ ครั้ง ในปี ๒๕๖๖ และเมื่อจำแนกตามระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ Response Time พบว่าส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาเกิน ๘ นาที และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖๘.๗ ในปี ๒๕๖๔ เป็น ร้อยละ ๗๑.๓ ในปี ๒๕๖๖ แต่มีค่าเฉลี่ยของ Response Time ลดลงจาก ๘.๒๔ นาทีในปี ๒๕๖๔ ลดลงเหลือ ๗.๖๗ นาทีในปี ๒๕๖๖ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติในช่วงปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๙) อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๕๕.๒) สัญชาติไทย (ร้อยละ ๙๗.๗) และเป็นผู้ป่วยประเภท Non-Trauma (ร้อยละ ๘๕.๓) เมื่อจำแนกตาม Response Time พบว่า การออกปฏิบัติการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเป็นเพศหญิง มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าผู้ป่วยชาย เพศชาย (ร้อยละ ๗๒.๔) ผู้ป่วยชาย ช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าผู้ป่วยชาย ช่วงอายุอื่นๆ (ร้อยละ ๗๓.๐) ผู้ป่วยชาย ที่เป็นชาวต่างชาติ มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าผู้ป่วยชาย สัญชาติอื่นๆ (ร้อยละ ๗๖.๗) และผู้ป่วยชาย กลุ่ม Non-Trauma มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าผู้ป่วยชาย กลุ่ม Trauma (ร้อยละ ๗๓.๐) ระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จำแนกตาม กลุ่มอาการนำสำคัญ (Criteria Base Dispatch; CBD) พบว่า CBD ๑๕ : มีครรภ์ / คลอด / นรีเวช มีร้อยละของการออกปฏิบัติการที่มี Response Time เฉลี่ยเกิน ๘ นาทีมากที่สุด (ร้อยละ ๘๕.๕, จำนวน ๒๐๗ ครั้ง) รองลงมา คือ CBD ๒๐.เด็ก ทารก (กุมารกรรม) (ร้อยละ ๘๓.๓, จำนวน ๑๘๘ ครั้ง) และ CBD ๒๒ .ไฟไหม้ ลวก ความร้อน กระแสไฟฟ้า สารเคมี (ร้อยละ ๘๓.๓, จำนวน ๓๖ ครั้ง) ส่วน CBD ๑๒.ปวดศีรษะ ลำคอ มีร้อยละของการออกปฏิบัติการที่มี Response Time เฉลี่ยภายใน ๘ นาที มากที่สุด (ร้อยละ ๕๕.๖ , จำนวนครั้ง) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของ Response Time พบว่า CBD ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ CBD ๑๕ : มีครรภ์ / คลอด/นรีเวชค่าเฉลี่ย ๑๓.๕๖ นาที ส่วน CBD ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ CBD ๘ : สำลักอุดตันทางเดินหายใจ ค่าเฉลี่ย ๖.๒๘ นาที ระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ จำแนกตามอำเภอรับแจ้งเหตุและปัจจัยอื่นๆ ระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สะสม ๓ ปี (๒๕๖๔-๒๕๖๖) พบว่า อำเภอโป่งน้ำร้อน มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่า ร้อยละ ๘๖.๐ การปฏิบัติการที่มีช่องทางแจ้งเหตุ ผ่าน ๑๖๖๙ (First call) มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าการแจ้งเหตุจากช่องทางอื่นๆ (ร้อยละ ๗๓.๑) ชุดออกปฏิบัติการระดับ ALS มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าชุดปฏิบัติการระดับอื่นๆ (ร้อยละ ๗๕.๓) หน่วยปฏิบัติการสังกัดภาครัฐมี สัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่า หน่วยปฏิบัติการสังกัดอื่นๆ (ร้อยละ ๗๔.๘) การออก ปฏิบัติการทางบก มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าการออกปฏิบัติการทางน้ำ (ร้อยละ ๗๐.๙) การออกปฏิบัติการที่มีระยะทางจากจุดจุดถึงสถานที่เกิดเหตุ ๕๐ กิโลเมตร ขึ้นไป มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าระยะทางอื่นๆ (ร้อยละ ๑๐๐) ส่วน ผลการรักษาขั้นต้นพบว่า การ ปฏิบัติการที่ผู้ป่วยรักษาแต่ไม่ยอมมีเส่ง มีสัดส่วนของ Response Time เกิน ๘ นาที มากกว่าผลการรักษาขั้นต้น อื่นๆ (ร้อยละ ๘๐.๐) ส่วนค่าเฉลี่ย Response Time พบว่า อำเภอโป่งน้ำร้อน มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าอำเภออื่นๆ (๑๘.๘๗ นาที) การออกปฏิบัติการที่มีระยะทางจากจุดจุดถึงสถานที่เกิดเหตุ ๕๐.๑ กิโลเมตรขึ้นไป มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าการระยะทางที่น้อยกว่า (๖๕.๘๓ นาที) การออกปฏิบัติการ ที่มีช่องทางแจ้งการปฏิบัติการที่มีช่องทางแจ้งเหตุ ผ่าน ๑๖๖๙ (First call) มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าการแจ้งเหตุจากช่องทางอื่นๆ (๘.๐๗ นาที) การออกปฏิบัติการทางบก มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าการออกปฏิบัติการทางน้ำ (๗.๙๒ นาที) ชุดออกปฏิบัติการระดับ ALS มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าชุดออกปฏิบัติการระดับ อื่นๆ (๘.๒๐ นาที) หน่วยปฏิบัติการสังกัดของรัฐ มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าหน่วยปฏิบัติการสังกัดอื่นๆ (๘.๔๙ นาที) ส่วนค่าเฉลี่ย Response Time พบว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการ รักษา/ไม่ประสงค์จะไป รพ.มีค่าเฉลี่ย Response Time มากกว่าการปฏิบัติการอื่นๆ (๑๐.๐๔ นาที)

การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) เกิน ๘ นาที นำปัจจัยทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multivariable logistic regression) เพื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ พบว่าทุกปัจจัยส่งผลต่อระยะเวลาการตอบสนองการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) เกิน ๘ นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิง , ประเภทผู้ป่วย, กลุ่มอาการนำ , อำเภอที่เกิดเหตุ , ช่องทางการแจ้งเหตุ , ระดับชุดปฏิบัติการ สังกัดหน่วยปฏิบัติการ ประเภท ชุดปฏิบัติการ และระยะทางในการ ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสพบระยะเวลาการตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response Time) เกิน ๘ นาที มากกว่าปัจจัยอื่นๆ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการและการตอบสนองการปฏิบัติการ ฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงระบบ เนื่องจากปัจจัยที่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้อง อาจเกิดจาก บุคลากร เนื่องจากการคัดแยกผู้ป่วย และการส่งระดับของ ชุดปฏิบัติ การฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทางการแพทย์ในจังหวัดจันทบุรีนั้นจะเป็นพยาบาลที่ขึ้นเวร ใน ช่วงวันและเวลาดังกล่าว แต่การคัดแยกผู้ป่วย และการส่ง ระดับของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่ง การทางการแพทย์ จะส่วนใหญ่ไม่ใช่ พยาบาล จากการศึกษา นักวิชาการผู้ดูแลฐานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานใน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทางการแพทย์ จังหวัดจันทบุรี พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็น นักปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อีกทั้ง ศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ ทางการแพทย์ที่เพิ่งเริ่มจัดตั้ง ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอาจมีประสบการณ์การรับแจ้ง เหตุและจ่ายงานน้อย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กว่าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทางกรมแพทย์ของโรงพยาบาล จึงควรมีการเร่ง พัฒนาระบบการดำเนินงานของ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่ง การทางการแพทย์ของจังหวัดจันทบุรี ในแง่ดังกล่าว เพราะ การคัดแยกและการจ่ายงาน ที่ผิดพลาดอาจส่งผลเสียต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้ได้รับการบริหารทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมได้ ที่ต้อง ดำเนินการภายใน ๘ นาที เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน การ เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ต้องศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากเอกสาร ตำรา รายงานการวิจัย และบททวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ใช้ความรู้ความสามารถในการนำความรู้ทั้งหมด นำมารวบรวมและเรียบเรียงเพื่อเป็นพื้นฐาน และ กรอบแนวทางการวิจัย

๒. ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการรวบรวม และเรียบเรียงองค์ความรู้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต้องใช้ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ในการกำหนดรูปแบบและกรอบแนวคิดในการ วิจัย รวมทั้งการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๓. ต้องจัดทำและนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัด จันทบุรี/เขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

๔. การจัดทำรายงานผลการวิจัย ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการใช้ภาษา รวมถึงการสื่อ ความ นำผลที่ได้จากการวิจัย ประกอบกับข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาเรียบเรียงเป็นรายงาน วิจัยนำเสนอให้อ่านสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลการวิจัยตลอดจนข้อเสนอแนะไปใช้ ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการรวบรวม และเรียบเรียงองค์ความรู้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต้องใช้ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ในการกำหนดรูปแบบและกรอบแนวคิดในการ วิจัย รวมทั้งการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เนื่องจากต้องกำหนดตัวแปรและปีที่ ต้องการศึกษ เพื่อขอข้อมูลในระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ITCMS ของสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลแจ้งกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติภายหลังได้รับการ อนุญาตให้ใช้ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำมาจัดการข้อมูล ได้แก่ ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน แล้วนำเข้าโปรแกรม สำเร็จรูปเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ตามแผนการวิเคราะห์ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็น ข้อมูลในระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรีตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ ซึ่งผู้วิจัยจะ ดำเนินการเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็นตามวัตถุประสงค์ที่ระบุเท่านั้น เพื่อดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยทำให้มี ความล่าช้าในช่วงแรก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาอาจมีบางรายที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่มีการลงข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยมีการวางแผนในการทำ ความสะอาดข้อมูล (Data Cleaning) ให้สมบูรณ์ก่อนวิเคราะห์ผลต่อไปการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละ ประเภทอาจเกิดความคาดเคลื่อนได้ หรือได้ข้อมูลที่อาจไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยจะได้ยึดข้อมูลจากระบบข้อมูล สารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ITEMS ที่มีการบันทึกไว้ เพื่อประกอบการแปลผลและคัดแยกประเภท ผู้ป่วย รวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีประสบการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน) ซึ่งจะทำการแปลผลมีประสิทธิภาพและผลการศึกษาที่สะท้อนใกล้เคียงความ เป็นจริงมากที่สุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

มีข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับทุกพื้นที่ (พื้นที่เขตเมือง ชนบท) โดยสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ต้องมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงอยู่ในรัศมีไม่เกิน ๑๕ กม. และพัฒนาเครือข่ายทั้ง นอกและนอกระบบสุขภาพให้เป็นหน่วยปฏิบัติการระดับสูงได้ โดยที่

๑. การสนับสนุนให้เกิดหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง หรือ ALS ควรกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่เขตเมือง ชนบท พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น เกาะ เขา ทะเล ป่า ด้วยการกำหนดให้การจัดตั้ง หน่วยปฏิบัติการระดับสูง ALS เป็นนโยบายหลัก ที่ต้องพิจารณาให้ความสำคัญด้านกฎเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพ รวมทั้งแนวทางออกปฏิบัติการ อีกทั้งการพัฒนาศักยภาพยกระดับหรือตั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงจะต้องกำหนดเป้าหมายที่จะเกิดขึ้นในแต่ละปีให้ชัดเจน

๒. ให้การสนับสนุนพื้นที่ที่มีแนวโน้มดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ALS โดยหน่วยงานกลาง โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ หน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมเป็นพี่เลี้ยงให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางจัดตั้งไปพร้อมกัน

๓. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อปท. เป็นโอกาสที่นำเสนอแนวคิดแนวทางปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง ใน รพ.สต. เนื่องจาก รพ.สต. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้นทุนแล้ว และ๔. สร้างเวทีแลกเปลี่ยนระดับพื้นที่ โดยให้พื้นที่ที่สามารถดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง ALS เป็นต้นแบบและเป็นวิทยากรร่วม หน่วยงานกลาง โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและ หน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมเป็นพี่เลี้ยง ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางจัดตั้งไปพร้อมกัน โดยมีการขยายผลมากขึ้นจากการส่งต่อบทเรียนความสำเร็จ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ยังไม่ได้เผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางศศิธร ยนจอหอ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

((ลงชื่อ) นพ

(นางศศิธร ยนจอหอ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗

(ผู้ขอประเมิน)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศศิธร ยนจอหอ	กทพ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สุขภาพจิตและยาเสพติด

(วันที่) ๑๗ / กันยายน / ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ พิษฐ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) ๑๗ / กันยายน / ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัด
จันทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หรือ acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองและการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า ๘๐ ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๕.๕ ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง ๑๔.๕ ล้านคนต่อปี ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๒ ประเทศไทย มีผู้ป่วย Stroke จำนวน ๓๕๕,๖๗๑ ราย (อัตราผู้ป่วย ๕๔๓ ต่อ ปชก.แสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๓๔,๗๒๘ ราย (อัตราตาย ๕๓ ต่อ ปชก.แสนคน) กรมควบคุมโรค ประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก ๔ คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑ คน โดยร้อยละ ๘๐ ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น ๑.๕ - ๒ เท่าตัว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

นอกจากโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ แล้วยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน (ณัฐฉิรพรรณ พันธมุง, อลิสราย อยู่เลิศลพ และอามีนะห์ เจาะปอ, ๒๕๖๑)

ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการที่สำคัญคือระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงแรก ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงมีความสำคัญมากในการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้ทราบเวลาเริ่มมีอาการ Stroke Onset) ที่ชัดเจนเพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบทางด่วนพิเศษในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียเวลาที่ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด ดังนั้นการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย จึงเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างแน่นอนโดยในส่วนของ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่าง ๆ คือ การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการดูแลรักษา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที (นันทวรรณ ทิพยเนตรและวชิร ชนะบุตร, ๒๕๕๙)

จากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ๓ ปีซ้อนหลังพบว่า ประชาชนมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยร้อยละ ๗๘.๕๘ ผู้ป่วยที่มาด้วย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) เฉลี่ยร้อยละ ๘๔.๐๐ ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน วิกฤต (สีแดง) ที่ญาติหรือผู้พบเห็นเรียกใช้บริการเฉลี่ยร้อยละ ๘.๗๘ พบว่า ประชาชนบางส่วนยังไม่ให้ ความสำคัญในการเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต ถ้ามาด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ลดอัตราตายและความพิการผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินได้ และยังพบว่าประชาชนใน พื้นที่ขาดความรู้ ความเชื่อมั่น และความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

รวมทั้งประชาชนในพื้นที่มีทางเลือกอื่นทำให้ไม่ตระหนกและมองเห็นถึงความจำเป็นในการเรียกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินผ่าน หมายเลข ๑๖๖๙

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดจันทบุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้จัดตั้ง Stroke unit และเปิดให้บริการผู้ป่วย จำนวน ๑๕ เตียง โดยรับผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/ อุดตัน ผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองจะถูกคัดกรองจาก ER/OPD เมื่อวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตัน (Ischemic stroke) Admit หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) กรณีที่แพทย์ วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) จะถูกส่งไปยัง หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบ ประสาท ผู้ป่วย Stroke fast track แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดจะรับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke unit) และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ดูแลโดยทีมสหสาขา จนจำหน่าย/Refer โรงพยาบาล ชุมชน

อัตราการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่มารับบริการโรงพยาบาลพระปกเกล้า ใน Stroke unit ปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๖๐ (๘๘๐/๑๒๙๗), ๕๘.๕๗(๗๒๑/๑๒๓๑), ๖๐.๒๖ (๙๑๗/๑๕๑๕) และ ๘๖.๘๑ (๖๓๒/๗๒๘) ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจัดให้มีระบบบริการ Stroke fast track มีระบบการ Consult Neuro Med ตลอด ๒๔ ชั่วโมง สำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย และสื่อสารโดยใช้ Application line ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการยังเข้าสู่ระบบการรักษาที่โรงพยาบาลเกินกว่าเวลาที่กำหนด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจังหวัดจันทบุรี พบว่า มีผู้ป่วยยังไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และผู้ที่รู้จักบริการ การแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญคือ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้ที่ ฉุกเฉินก็มีรถยนต์ส่วนตัว และ มีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้า รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการ ดูแลรักษาภายใน ๒๗๐ นาทีหลังจากเริ่มมีอาการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย ๑. การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพบเหตุ (Detection) ๒.การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) ๓. การออกปฏิบัติการของหน่วย การแพทย์ฉุกเฉิน (Response) ๔. การรักษา พยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ(On Scene Care) ๕. การลำเลียง ขนย้ายและการดูแลระหว่างน าส่ง (Care in Transit) และ ๖. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติในแต่ละบริบทพื้นที่ เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยในบริบทพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ได้มี ข้อตกลงในการออกปฏิบัติการคือ ระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐาน ใช้ระยะเวลาไม่ เกิน ๔ นาทีระยะเวลาจากฐานถึงจุดเกิดเหตุและจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล นับตามจำนวนระยะทางเป็น กิโลเมตรโดยให้ ๒-๓ นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน ๑๐ นาที จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่ การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทาง การแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา ๔ นาที มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมีกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจน ตั้งแต่ เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่ง หากทำการรักษาไม่ทันในเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความรุนแรงของไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุ ของการเสียชีวิตของประชากรถึงร้อยละ ๗๕ สาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะสมองขาดเลือด จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การรักษาในระยะเฉียบพลันคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Recombinant

tissue Plasminogen Activator (rtPA) เพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓-๔.๕ ชั่วโมง หลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ ๑๐ ที่มาโรงพยาบาลภายใน ๓ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ดังนั้นเพื่อลดความล่าช้าของระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีระบบเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast tract) เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการรับยา rtPA ให้ได้รับยาภายใน ๓-๔.๕ ชั่วโมงและลดความล่าช้าของการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น จากการสอบถามข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ใน Stroke unit พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและผู้รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญคือ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้มีรถยนต์ส่วนตัว และมีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน ๒๗๐ นาที หลังจากเริ่มมีอาการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย ๑. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) ๒. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) ๓. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) ๔. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) ๕. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ ๖. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติในแต่ละบริบทพื้นที่เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยในบริบทพื้นที่อำเภอเมืองสรวงได้มีข้อตกลงในการออกปฏิบัติการคือ ระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐาน ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๔ นาที ระยะเวลา จากฐานถึงจุดเกิดเหตุและจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล นับตามจำนวนระยะทางเป็นกิโลเมตรโดยให้ ๒-๓ นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน ๑๐ นาที

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่การพบเห็นเหตุการณ์ และสามารถตรวจพบความผิดปกติ ทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา ๔ นาที มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่งเนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมี กำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งหากทำการรักษาไม่ทันในเวลาที่กำหนดจะ ทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต ในการหาพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธกฤต จันทร์พลงาม (๒๕๕๘) และงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล และคณะ (๒๕๕๘) ที่ได้มีสรุปผลในการวิจัยไว้ว่าระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่าง รวดเร็วและตามมาตรฐาน และงานวิจัยของนันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนະบุตร (๒๕๕๙) ที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ในอาการนำของโรคมีความจำเป็นเนื่องจากจะทำให้เกิดความตระหนักและทำให้เข้าถึงบริการช่องทางด่วนได้ดีขึ้นจากสภาพปัญหาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและได้รับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด

แนวความคิด

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์หรืออัมพาต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงกลุ่มอาการและการแสดงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะการทำงานของสมองทั้งเฉพะที่หรือโดยรวมเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ในประชากรไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นผลของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อ

การทำงานด้านต่างๆ ของร่างกายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง (impairment) ปานกลางในด้านการทำงานของระบบที่สั่งการโดยสมอง มีความสูญเสีย (Disability) รุนแรงในการใช้งานร้อยละ ๑๕-๓๐ และไม่สามารถทำกิจวัตร [Activity of Daily living (ADL) ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและต้องเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่นร้อยละ ๗๐ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการก็อาจช่วยให้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการน้อยลง สามารถกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้ (ยูนิต วอลเตอร์,โรซินี อุปราและประกายแก้ว ชาญสุวรรณ, ๒๕๕๙) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความบกพร่องของระบบไหลเวียนในสมอง ในทางการแพทย์เดิมเรียกว่า Cerebrovascular accidentหรือ CVA แต่ปัจจุบันเรียกใหม่ว่า Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke ซึ่งมีความหมายว่า"อัมพาต" ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองคือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันยังเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีความเร่งด่วนในการดูแลรักษา เนื่องจากความรวดเร็วของกระบวนการรักษาส่งผลต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้ผลดี คือ การเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ให้เร็วที่สุด ทีมผู้ให้การรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องให้การบริการเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้

๑. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำคู่มือ.การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินดังนี้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนถึงโรงพยาบาล(pre-hospital emergency medical care)

การออกรับเหตุ

๑. การประเมินสถานการณ์

๑.๑ รายงานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทราบเมื่อถึงที่เกิดเหตุ

๑.๒ จอดยานพาหนะโดยพิจารณาความปลอดภัย ความสะดวกในการเข้าและออกของชุดปฏิบัติการและผู้อื่น

๑.๓ สำรวจพื้นที่โดยรอบแล้วรายงานกลับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโดยเร็วให้มีความครอบคลุม ดังนี้

(๑) เกิดอะไรขึ้น ตั้งแต่เมื่อไร

(๒) ใครเป็น ผู้ป่วย จำนวนเท่าไร

(๓) ภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้น

(๔) ชุดปฏิบัติการหรือทีมที่เข้าช่วยเหลือแล้ว สามารถจัดการได้เองหรือต้องการอะไรสนับสนุน

(๕) พิกัดที่เกิดเหตุและเส้นทางเข้าออก

๑.๔ ในกรณีที่ เป็น เหตุการณ์ปกติให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

๒. การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ

๒.๑ ประเมินความปลอดภัยรอบด้านก่อนที่จะเข้าช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย หรือรอจนกว่าแน่ใจได้ว่าปลอดภัย จึงเข้าดูแลผู้ป่วย

๒.๒ แนะนำตนเองและทีมต่อผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความ คุ่นเคย

๒.๓ แนะนำ ภารกิจต่อผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความหวังใจ ก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

๒.๔ ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติให้ปฏิบัติตามข้อ ๒.๒ และ ๒.๓ เสมอ

๒.๕ หากผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ดูแลรักษา ให้ชี้แจงให้เห็นข้อดีของการดูแลรักษา แต่หากผู้ป่วยยังไม่ยินยอม ให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารไม่ยินยอมรับการรักษา

๒.๖ หากผู้ป่วยอยู่ในจุดที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยเหตุใดก็ตามให้เป็น หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ตำรวจหรือญาติ ในการนำ ผู้ป่วยออกมายังพื้นที่ปลอดภัยก่อนจึงให้การดูแลรักษา

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

๑. การประเมินสถานะผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อค้นหาปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการซักถามจากผู้ป่วย ญาติหรือผู้ใกล้ชิด และผู้เห็นเหตุการณ์สำคัญ รวมทั้งการตรวจร่างกายเบื้องต้น

๒. รายงานสถานการณ์และสถานะผู้ป่วยตามที่ประเมินให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทราบและรับคำสั่งหรือคำแนะนำ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย หากจำเป็น ต้องการความช่วยเหลือ

๓. การดูแลฉุกเฉิน เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุตามการประเมินสถานะผู้ป่วยโดยการให้ความช่วยเหลือตามปัญหาฉุกเฉินที่ตรวจพบเช่น ผู้ป่วยหยุดหายใจ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีการเสียเลือดจำนวนมาก

๔. การดูแลต่อเนื่องในระหว่างนำส่งผู้ป่วย

๕. ลำเลียงและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อรับการรักษาและรับแจ้ง ให้แพทย์และ/หรือพยาบาล ห้องฉุกเฉินทราบทันทีที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล (ถ้าอาการเริ่มภายใน ๔.๕ ชั่วโมง ให้นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มี ช่องทางด่วนสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง(stroke fast track) เพื่อพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (In-hospital Care)

บทบาทของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความรุนแรงแตกต่างกัน รวมถึงระยะของการเกิดโรคที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในแต่ละช่วง ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจึงควรมีความรู้และสามารถประเมินผู้ป่วย พร้อมทั้งประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

๑. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน โดยเร็ว (ภายใน ๓ นาที)

๒. ซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีอาการสำคัญที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ใน ๕ อย่างดังนี้

๑) อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

๒) การมองเห็นผิดปกติ

๓) การพูดผิดปกติ

๔) เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว

๕) ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน และไม่เคยเป็นมาก่อน

๓. การประเมิน นอกจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไปและการตรวจร่างกายอื่นๆ ได้แก่

๑) สัญญาณชีพ (vital signs)

๒) พิจารณาBasic life support/Advanced life support

๓) อาการแสดงทางระบบประสาท (neurological signs)

๔) รายงานแพทย์

๕) ส่งตรวจวินิจฉัยตามแผนการรักษา

๒. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การทำให้ประชาชนสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สะดวกย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ที่ผู้ทำหน้าที่ผู้ควบคุมทางการแพทย์ต้องพิจารณาและบริหารให้มีประสิทธิภาพ

๑.๑ จุดติดต่อประสานงาน (Points of access) พัฒนาระบบให้สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ผ่านทางสถานีดับเพลิง ผ่านทางโรงพยาบาลผ่านทางหน่วยกู้ภัย เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วให้กับประชาชนและควรมีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีหลากหลายช่องทาง เช่น ผ่านทางโทรศัพท์ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ผ่านทางโปรแกรม ผ่านทางข้อความสั้น

๑.๒ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch center) ในหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ในการรับแจ้งเหตุการณ์และสั่งการหน่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ควรมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็วเช่น มีระบบแสดงหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่แจ้งเหตุอัตโนมัติ (Caller ID) มีระบบที่ระบุตำแหน่งของผู้ที่แจ้งเหตุ(Automatic location tracing) มีระบบแสดงหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ(Ambulance monitoring) มีระบบนำทางจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ(GPS navigation)

๒. การวัดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Quality improvement) ในการปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นบางครั้งไม่มีแพทย์ออกปฏิบัติการ การให้การรักษาส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่มีการเตรียมไว้ก่อน(Protocol) ดังนั้นผลลัพธ์จากการให้การรักษผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ ก็จะเป็นข้อมูลที่สะท้อนความถูกต้องของการปฏิบัติงานใน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

๓. การฝึกฝนบุคลากร บุคลากรในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินนั้นมีบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายระดับ ซึ่งย่อมมีความสามารถในการให้การรักษผู้ป่วยแตกต่างกัน ผู้ควบคุมทางการแพทย์ต้องมีการประเมินทักษะหัตถการ ที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุการณ์จริงเกิดขึ้น

๔. การกำหนดแนวทางการรักษา การสร้างแนวทางการให้การรักษผู้ป่วยผู้บาดเจ็บเป็นอีกขั้นตอนที่สำคัญของการให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการกำหนดแผนงานที่ชัดเจน มีระยะเวลาที่แน่นอนในการเรียบเรียงปรับปรุงแก้ไขแนวทางการรักษานั้น เริ่มแรกผู้มีหน้าที่ในการสร้างแนวทางการให้การรักษจะเป็นแพทย์ฉุกเฉินโดยจะอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์(evidence base medicine) ที่ทันสมัยในขณะนั้น หลังจากนั้นจะนำแนวทางถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ มีการสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้งาน มีการฝึกฝนที่โรงพยาบาล ในสถานการณ์ตามแนวทางการรักษาและปรับปรุงแก้ไข จนเป็นที่เหมาะสมกับการให้การรักษาในที่เกิดเหตุจากนั้นมีการวัดผลลัพธ์จากอาการของผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อที่จะได้นำมา ปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยปกติแนวทางการรักษาจะต้องมีการ ปรับปรุงอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งเพื่อความทันสมัยของข้อมูล ทางวิชาการและเป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับ ผู้ป่วยด้วย

๕. ระบบสั่งการที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์สื่อสารและสั่งการมีหน้าที่หลายประการที่สำคัญในงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังนี้

๕.๑ การรับแจ้งเหตุการรับข้อมูลจากผู้แจ้งเหตุเป็นขั้นตอนแรกในการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสร้างคำถามที่จำเป็นที่จะต้องสอบถามจากผู้แจ้งเหตุไว้อีกด้วย

๕.๒ การสั่งการ เมื่อได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนจากผู้แจ้งเหตุ ศูนย์สั่งการจะทำหน้าที่เลือกหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมต่ออาการของผู้ป่วย พร้อมสั่งการให้โรงพยาบาลที่เหมาะสมส่งหน่วยปฏิบัติการเข้าถึงผู้ป่วย

๖. การเตรียมพร้อม เป็นที่ทราบกันดีว่าการบริหารทรัพยากรในสถานการณ์วิกฤตเป็นเรื่องที่ยากลำบากสำหรับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ ดังนั้นการฝึกซ้อมเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับทุกโรงพยาบาล และบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรมีความเคยชินกับการทำงาน ซึ่งเมื่อเกิดสถานการณ์จริงจะสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การสร้าง stroke awareness, alert และการ activate stroke fast track นั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เพราะการยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้จักโรคนี้ และสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็วขึ้น

การสร้าง stroke awareness, stroke alert มีหลากหลายกิจกรรมที่ทำได้ เช่น

๑. การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ infographic บทความ ภาพการ์ตูน ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการสื่อสารผ่าน social media ทั้ง Facebook, line application, twitter, tiktok และอื่นๆ

๒. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น การประชุมวิชาการสำหรับประชาชน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

๓. การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วย non-communicable disease (NCD) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคอ้วน ผู้ที่มีประวัติครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูบบุหรี่ ผู้ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทราบถึงโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ (stroke alert และการ activate stroke fast track)

๔. การกำหนดแนวทางการเข้าถึงโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่สงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ซึ่งการ activate stroke fast track นั้นเน้นการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือการใช้ application : EMS หรือ FAST TRACK หรือการโทรศัพท์ถึงหมายเลขของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล การเดินทางมาโรงพยาบาลเองก็ทำได้ แต่จะแนะนำเป็นวิธีหลังสุด เนื่องจากการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track นั้นจะสามารถให้การรักษาได้ตั้งแต่เริ่ม activate ระบบ stroke fast track จะลดระยะเวลาการบริการในโรงพยาบาลลงได้

๕. การจัดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน และมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโดยละเอียดว่ามีขั้นตอนอย่างไร เพื่อให้การส่งต่อดำเนินไปด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง

๖. การเพิ่มโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ โดยทุกๆ ๖๐-๘๐ กิโลเมตร ควรมีโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อลดระยะเวลาการเดินทางให้สั้นที่สุด เพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบการรักษาที่เร็วขึ้น

๗. การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ให้การรักษาทันที แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกทีมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การอบรมพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ๕ วัน การอบรมเภสัชกรโรคหลอดเลือดสมอง

๘. การให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้ารับการรักษาด้วยระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ให้ความรู้ โดยการเล่าประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองให้คนในชุมชนทราบ หรือจัดทำเป็นคลิปเล่าเรื่องสั้นๆ โดยผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดความเข้าใจ และเกิดความเชื่อมั่นมากกว่าทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล

๙. การร่วมมือกับ service plan NCD และ STEMI ในการสร้าง awareness และการคัดกรองโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจตีบ นอกจากการคัดกรองต้องให้ความรู้เมื่อเกิดอาการผิดปกติต้องทำอะไร (stroke alert และการ activate stroke fast track)

๑๐. การให้ความรู้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกทุกคน เนื่องจากทุกคนน่าจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือหลอดเลือดหัวใจตีบ

๑๑. การมีระบบการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ สามารถติดต่อเข้ามาสอบถามทีมสุขภาพได้ทั้งทาง line application, direct message ของ Facebook, หรือการโทรศัพท์สอบถามอาการผิดปกติ

การสร้าง stroke awareness, alert และการ activate stroke fast track นั้นเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ผู้ป่วย acute stroke สามารถเข้าถึงระบบการรักษาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างรวดเร็ว และการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ ต้องมีการทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอาจไม่สามารถเข้าใจและนำมาปฏิบัติได้ถูกต้องในการให้ความรู้เพียงครั้งเดียว จึงต้องทำหลายครั้งและต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี พบว่า

แนวคิด	วิเคราะห์สถานการณ์	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
<p>๑. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>๑.๑ จุดติดต่อประสานงาน (Points of access) พัฒนาระบบให้สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน</p>	<p>ปัจจุบัน จังหวัดจันทบุรีใช้ระบบสื่อสารเดียวกับทั่วประเทศ คือ ๑๖๖๘ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งโทรศัพท์พื้นฐาน และทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ครอบคลุมทั้งจังหวัดแต่ประชาชนบางคนยังมีข้อจำกัดด้านโทรศัพท์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต</p>	<p>ขอความร่วมมือ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ให้สำรวจและพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารในชุมชน เพื่อให้ประชาชนที่มีภาวะสามารถแจ้งขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด เช่น ระบบโทรศัพท์พื้นฐาน ระบบอินเทอร์เน็ต เป็นต้น</p>
<p>๑.๒ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch center) ในหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ในการรับแจ้งเหตุการณ์และสั่งการหน่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ควรมีความเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว</p>	<p>ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของจังหวัดจันทบุรีอยู่ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีเครือข่ายเชื่อมโยงหน่วยบริการรองรับการแจ้งเหตุจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ยังไม่มีระบบเฉพาะที่รองรับการช่วยเหลือผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง</p>	<p>จัดทำแผนพัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดให้มีมีระบบแสดงหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่แจ้งเหตุอัตโนมัติ (Caller ID) มีระบบที่ระบุตำแหน่งของผู้ที่แจ้งเหตุ (Automatic location tracing) ๒. มีระบบแสดงหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ (Ambulance monitoring) ๓. มีระบบนำทางจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ (GPS navigation)
<p>๒. การวัดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Quality improvement) ในการปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น บางครั้งไม่มีแพทย์ออกปฏิบัติการ การให้การรักษาส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่มีการเตรียมไว้ก่อน (Protocol)</p>		<p>จัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องอาทิ แพทย์เฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และกำหนดรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลและระบบการประเมินผลการปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบต่อไป</p>

แนวคิด	วิเคราะห์สถานการณ์	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
<p>๓. การฝึกฝนบุคลากร บุคลากรในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินนั้นมีบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายระดับซึ่งย่อมมีความสามารถในการให้การรักษาผู้ป่วยแตกต่างกัน ผู้ควบคุมทางการแพทย์ต้องมีการประเมินทักษะ ทัศนคติที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>มีการอบรมให้ความรู้สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการจัดการอบรมความรู้และแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการภาวะโรคหลอดเลือดสมองให้สำหรับอาสาฉุกเฉินการแพทย์ของหน่วยกู้ชีพ</p>	<p>๑ จัดการประชุมชี้แจงและจัดการอบรมบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับเกี่ยวกับความรู้และขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและให้มีการทบทวนอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> -การประเมินสถานการณ์ -การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ -การดูแลต่อเนื่องถึงรพ ปลายทาง <p>๒. สนับสนุน จัดหาและฝึกซ้อมการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นให้บุคลากรมีความมั่นใจ และสามารถใช้อย่างถูกต้อง</p>
<p>๔. การกำหนดแนวทางการรักษา การสร้างแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยผู้บาดเจ็บเป็นอีกขั้นตอนที่สำคัญของการให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรมีการกำหนดแผนงานที่ชัดเจน มีระยะเวลาที่แน่นอนในการเรียบเรียงปรับปรุงแก้ไขแนวทางการรักษานั้น</p>	<p>โรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p>	<p>จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ โรงพยาบาล และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ละระดับประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนถึงโรงพยาบาล ๒. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
<p>๕. ระบบสั่งการที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๕.๑ การรับแจ้งเหตุการรับข้อมูลจากผู้แจ้งเหตุเป็นขั้นตอนแรกในการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสร้างคำถามที่จำเป็นที่จะต้องสอบถามจากผู้แจ้งเหตุไว้อีกด้วย</p>	<p>ยังไม่มีคู่มือการรับแจ้งเหตุและสั่งการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดจันทบุรี</p>	<p>จัดทำคู่มือปฏิบัติงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในหน่วยงานในการรับแจ้งเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องตามมาตรฐาน ๒. เพื่อเป็นแนวทางในการประสานหน่วยปฏิบัติการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนในการออกปฏิบัติการช่วยเหลือณจุดเกิดเหตุและ

แนวคิด	วิเคราะห์สถานการณ์	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
		<p>นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>กำหนดขั้นตอนปฏิบัติเป็น ๒ ส่วนคือ</p> <p>๑. ขั้นตอนการรับแจ้งเหตุโดยมีจุดเริ่มต้นที่การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์ทางวิทยุสื่อสารการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลสถานที่เกิดเหตุการณ์คัดกรองอาการที่สำคัญของผู้ป่วยการให้คำแนะนำเบื้องต้นก่อนรถพยาบาลไปถึง</p> <p>๒. การจัดหน่วยปฏิบัติการออกให้ความช่วยเหลือการประสานงานส่งการทีมปฏิบัติการในพื้นที่การประสานหน่วยปฏิบัติการเพื่อจัดบริการให้การช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ</p>
<p>๕.๒ การสั่งการ เมื่อได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนจากผู้แจ้งเหตุ ศูนย์สั่งการจะทำหน้าที่เลือกหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมต่ออาการของผู้ป่วย พร้อมสั่งการให้โรงพยาบาลที่เหมาะสมส่งหน่วยปฏิบัติการเข้าถึงผู้ป่วย</p> <p>๖. การเตรียมพร้อม การบริหารทรัพยากรในสถานการณ์วิกฤตเป็นเรื่องที่ยากลำบากสำหรับผู้ที่ไม่ได้มีประสบการณ์ ดังนั้นการฝึกซ้อมเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับทุกโรงพยาบาล และบุคลากรทุกระดับเพื่อให้บุคลากรมีความเคยชินกับการทำงาน ซึ่งเมื่อเกิดสถานการณ์จริงจะสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>สั่งการระดับหน่วยปฏิบัติการตามแนวทางโดยรวมของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคืออาการของผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งเหตุ ยังไม่มีการเตรียมการเฉพาะกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ยังไม่มีการจัดทำรายละเอียดวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เพื่อรองรับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุของหน่วยปฏิบัติการแต่ละระดับ จึงยังไม่มี การฝึกซ้อมให้กับอาสาสมัครกู้ชีพ</p>	<p>ประชุมชี้แจงรายละเอียดและข้อปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเตรียมความพร้อมของชุดปฏิบัติการที่จะออกปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดเกิดเหตุและโรงพยาบาลปลายทางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</p> <p>๑. จัดทำรายละเอียด วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับทีมปฏิบัติการทุกระดับ ณ จุดเกิดเหตุ</p> <p>๒. กำหนดสมรรถนะบุคลากรในการช่วยเหลือฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุ และจัดการฝึกซ้อมให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>

แนวคิด	วิเคราะห์สถานการณ์	ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
<p>๒. การสร้าง stroke awareness, stroke alert</p> <p>๒.๑ ทำให้ทุกภาคส่วนทั้งผู้ป่วย ประชาชน และทีมผู้ให้การรักษามี ความตื่นตัวและปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อเกิดอาการ หรือต้องให้การ รักษาทุกนาทีคือชีวิต เร็วกี่รอด ปลอดภัยอัมพาต</p>	<p>๑. มีผู้ป่วยยังไม่รู้จักบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและผู้ที่จะรู้จัก บริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้ เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญ คือ คิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉิน สามารถรอได้ที่ฉุกเฉินก็มีรถยนต์ ส่วนตัว และมีอาการอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการ ดูแลรักษาที่ล่าช้า</p> <p>๒. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หรือ stroke awareness, stroke alert นั้นมีไม่มาก</p> <p>๓. ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจระบบ stroke fast track และไม่กล้า ตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือด เพราะไม่เข้าใจว่า ข้อดีและข้อควรระวังคืออะไร ถึงแม้แพทย์จะอธิบายให้ฟังแล้ว</p>	<p>การรณรงค์เกี่ยวกับ stroke awareness campaign in real practice แบบใช้ได้จริงกับ ประชาชน</p> <p>๑. การจัดทำสื่อและเผยแพร่ ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ infographic บทความ ภาพการ์ตูน ผ่านสื่อในรูปแบบ ต่างๆ รวมทั้งการสื่อสารผ่าน social media ทั้ง Facebook, line application, twitter, tiktok และอื่นๆ</p> <p>๒. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น การประชุมวิชาการสำหรับ ประชาชน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๓. การประชาสัมพันธ์ในทุกรูปแบบเชิงรุกในชุมชน</p>
<p>๓.การ activate stroke fast track</p>	<p>๑. ระบบบริการ stroke fast track ที่ยังใช้เวลานาน มี ระยะเวลา onset to needle หรือ door to needle ที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดลดลง</p> <p>๒.ผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้องเสียเวลาในการให้ยาลดความ ดันโลหิต ทำให้เกินเวลา ๒๗๐ นาที</p> <p>๓.ระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ไม่สมบูรณ์</p> <p>๔.ความพร้อมของ stroke unit และ stroke clinic ที่ยังไม่พร้อม</p>	<p>โดยการพัฒนากระบวนการนั้นมี เป้าหมายสำคัญคือ ต้องทำให้ โรงพยาบาลที่ไกลที่สุดนั้นต้อง ได้รับการบริการรักษาที่รวดเร็ว และต้องได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือด</p> <p>๑. การพัฒนา strong stroke corner ที่มีมาตรฐานและคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย</p> <p>๒. การพัฒนา strong stroke unit ที่ครบวงจรอย่างมีคุณภาพ การบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การ ส่งเสริมสุขภาพ การมี stroke alert, stroke fast track, stroke unit และ OPD stroke เพื่อลดโอกาสการเป็นโรค stroke และการเป็นซ้ำ</p>

ข้อเสนอ

แนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี

จากการวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี พบว่า ในภาพรวมยังไม่ได้มีการจัดระบบบริการเฉพาะในกรณีที่สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นความรวดเร็วของกระบวนการรักษาส่งผลต่อผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้ผลดี คือ การเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ให้เร็วที่สุดทีมผู้ให้การรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องให้บริการเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้จึงเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดจันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

๑. เตรียมระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๑ เพิ่มจุดติดต่อประสานงาน (Points of access) พัฒนาระบบให้สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน

๑.๒ พัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch center) ในหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ในการรับแจ้งเหตุการณ์และสั่งการเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

- พัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดให้มีระบบแสดงหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่แจ้งเหตุอัตโนมัติ (Caller ID) มีระบบที่ระบุตำแหน่งของผู้ที่แจ้งเหตุ (Automatic location tracing) ระบบแสดงหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ (Ambulance monitoring) และระบบนำทางจากโรงพยาบาลไปยังจุดเกิดเหตุ (GPS navigation)

- วางระบบการควบคุมกำกับให้คำแนะนำทีมปฏิบัติการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๓ จัดการประชุมชี้แจงและจัดการอบรมบุคลากรในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับเกี่ยวกับความรู้และขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

๒. การสร้าง stroke awareness, stroke alert

๒.๑ รมรณรงค์เกี่ยวกับ stroke awareness campaign in real practice ประชาสัมพันธ์ในทุกรูปแบบเชิงรุกในชุมชนแบบใช้ได้จริงกับประชาชน

๒.๒ พัฒนาระบบบริการนั้นมีเป้าหมายสำคัญคือ ต้องทำให้โรงพยาบาลที่ไกลที่สุดนั้นต้องได้รับการบริการรักษาที่รวดเร็ว และต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

- พัฒนา strong stroke corner ที่มีมาตรฐานและคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน

- พัฒนา strong stroke unit ที่ครบวงจรอย่างมีคุณภาพการบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การมี stroke alert, stroke fast track, stroke unit และ OPD stroke เพื่อลดโอกาสการเป็นโรค stroke และการเป็นซ้ำ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การดำเนินการต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิ แพทย์เฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติการ

๒. ความตระหนักรู้และความร่วมมือจากภาคประชาชน ในการแจ้งเหตุ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่ง ส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงแล้ว เวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตและสภาพการฟื้นฟูของโรค ระยะเวลา น้อยที่สุดที่เริ่มการรักษาหลังเกิดอาการ หมายถึง การได้รับประโยชน์จากการ รักษามากขึ้น ดังนั้น การ กำหนดระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ สามารถปฏิบัติได้จริง มีการ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเตรียมทีม บุคลากรให้มีสมรรถนะที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การป้องกัน โรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป โดยการเสริมสร้างพลังอานาใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและการให้ข้อมูลในการสังเกตอาการ ของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ตระหนักและรับรู้อย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้นลดการเสียชีวิต และความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินรับการรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา ๓ ชั่วโมงหลังมีอาการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องการวินิจฉัยและส่งต่อ
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ภายในเวลา ๓๐ นาที
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อ ตรวจ CT SCAN/MR/MRI
- ไม่พบอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาตามแนวทางที่วางแผนไว้(care map)

(ลงชื่อ)..... นกฟ

(นางศศิธร ยนจอหอ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ แนวคิดด้านการวิจัยและการพัฒนาเป็นการพัฒนางานประจำเป้าหมายเพื่อลดปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานโดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีและลดการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยนำระบบการวิเคราะห์ และการวิจัยมาช่วยควบคุมกำกับให้ชิ้นงานที่พัฒนามีการจัดทำแบบเป็นระบบและมีประโยชน์สูงสุด

๓.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม (Metabolism) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อย ๕ ปี แล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างจริงจังและเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โดยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานจากหลอดเลือดแดงที่สำคัญคือ ๑)โรคแทรกซ้อนที่ตา(Diabetic Retinopathy) ทำให้มีอาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพไม่ชัด หรือตาบอดได้ ๒)โรคแทรกซ้อนทางไต(Diabetic nephropathy) อาจทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะเป็นฟองมากขึ้น หรือการทำงานของไตลดลง ๓)โรคแทรกซ้อนที่ปลายประสาท (Diabetic Neuropathy ๔) โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดหัวใจหรือสมองตีบทำให้ผู้ป่วยเกิดเจ็บแน่นอก ภาวะไตผิดปกติจากเบาหวาน หรือ DN (Diabetic Nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด เมื่อภาวะไตผิดปกติเลวร้ายจนกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง CKD (Chronic Kidney Disease: CKD) โรคไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากข้อมูลการรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) ในปี ๒๕๖๑ จากหน่วยไตเทียมในประเทศพบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ ๓๗.๕) อันดับสองรองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๒๖.๘) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร้อยละ ๒๐.๐๐ - ๔๐.๐๐ มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง ๒ (Diabetic Kidney Disease, DKD) และมักมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) และเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ในที่สุด

๓.๓ จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ ของ อนุรักษ์ คุวาริยะกุล และคณะ (๒๕๖๖) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาแก้ปวด ยาสมุนไพร รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานยาไม่ครบ ปรับยารับประทานเอง และไม่มารับการตรวจตามนัดนั้นคือต่อให้ความรู้แต่การจัดการตนเองไม่ดีก็ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ให้ความหมายไว้ว่า การจัดการตนเอง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) การประมวลและการประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ Action) และการสะท้อนตนเอง (Self-Reaction) (Creer, ๒๐๐๐) จากแนวคิดการจัดการตนเองดังกล่าวพบทบทวนสำคัญของพยาบาลคือ การจัดการควบคุมกับความเสี่งต่างๆ ด้วยวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล และ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองโดยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และให้เรียนรู้เรื่องโรค รวมทั้งพฤติกรรมที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ ซึ่งหากบุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการกระตุ้นการเอื้อประโยชน์ทั้งจากสังคม ครอบครัว ชุมชน การนำผลการวิจัยที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการป้องกันความรุนแรงของโรค และช่วยชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเรื้อรังระดับ ๓ และ ๔ ซึ่งเหมาะกับบริบทของสถานบริการสุขภาพที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

จากรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่าพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓,๔,๕ ร้อยละ ๐.๗๕, ๐.๕๗, ๐.๗๕ ตามลำดับ (HDC, ฐานข้อมูล Health Data Center จังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๗) ได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้คุณภาพโดยมีการคัดกรองภาวะไตเสื่อมในกลุ่มเบาหวานปีละครั้ง พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ๓ ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ ๓ จำนวน ๔๓, ๖๑, ๙๑ รายตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ ๔ จำนวน ๑๖, ๑๔, ๙๗ ราย และไตเสื่อมระยะที่ ๕ จำนวน ๒๗, ๒๐, ๒๒ ราย และรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ปีพ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๗ ราย ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าใหม่มีบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการดูแลร่วมกันในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแยกวันนัดจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงมีการให้ความรู้การชะลอไตเสื่อม ประเมิน eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกรายร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปี กรณี eGFR ระยะ ๓ ขึ้นไป นัดตรวจเลือด CBC, Cr ซ้ำภายใน ๖ เดือน ถ้า eGFR < ๖๐/min/๑.๗๓ ตรม.² ให้ความรู้รายบุคคลโดยพยาบาลประจำคลินิก พบปัญหาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดการปัญหาของตนเองเพื่อให้ค่าไตดีขึ้นได้ เนื่องจากไม่มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่ทราบข้อมูลปัญหาสุขภาพตนเอง จึงขาดการลงมือปฏิบัติที่เหมาะสม ทั้งยังไม่มี การให้ความรู้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มอื่นที่มีปัญหาเรื่องภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้พบผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อม เข้าสู่ระยะที่ ๕ จนถึงการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย
๒. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด ๓ ครั้ง
 - กิจกรรมครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๑
 ๑. เตรียมองค์ความรู้ด้านสุขภาพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ โรคไตเรื้อรัง โดยใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
 ๒. เตรียมองค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง ๔ ด้าน คือการจัดการอาหารเฉพาะโรค, การจัดการด้านยา, การออกกำลังกาย, การคลายเครียดและการจัดการบุหรี่ย สุรา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๕

การฝึกทักษะและเรียนรู้การจัดการรายบุคคล เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย, การเก็บรวบรวมข้อมูล, การประมวลข้อมูล, การตัดสินใจ, การลงมือปฏิบัติ, การสะท้อนตนเอง โดยการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

กิจกรรมครั้งที่ ๓ สัปดาห์ที่ ๑๒

- กิจกรรมกลุ่มเพื่อติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเอง ผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
- ทำแบบสอบถามหลังวิจัย
- สรุปบทวนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการติดตามการจัดการตนเอง

- ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล (สัปดาห์ที่ ๒, ๖ และ ๙) กำหนดเป้าหมายแนวปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย ฝึกทักษะการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังตนเอง การสังเกตตนเอง การบันทึกการติดตาม

- ติดตามต่อเนื่องกระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์สอบถาม (สัปดาห์ที่ ๓, ๔, ๗, ๘, และ ๑๑) เน้นย้ำการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อการจัดการตนเองและการแก้ปัญหาเฉพาะราย กระตุ้นเตือนทุกวันโดยส่งข้อความความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมทางไลน์กลุ่มทุกวัน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ มีความรู้ และมีพฤติกรรมเหมาะสมสามารถจัดการตนเองได้ มีอัตราการกรองของไตลดลงเพื่อชะลอไตเสื่อม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๑ เรื่อง ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ มีประสิทธิภาพดีทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จัดการความล้าเลงสีย และแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรค

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ บุคลากรทางการแพทย์บาลมีแนวทางในการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพการดูแลตนเองและจัดการตนเองที่เหมาะสม

๖.๒ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคลดลง ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การออกแบบโปรแกรมการจัดการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ จำเป็นอย่างมากที่ต้องวางขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามหลักวิชาการและกิจกรรมต้องมีความสอดคล้องกับบริบทในการวิจัยรวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเบาหวานและมีภาวะไตเรื้อรังซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางการแพทย์ ทางสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยในระยะของการทดลองเพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึง ระยะที่ ๔ มากที่สุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ขั้นตอนการในการจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึง ระยะที่ ๔ โดยการนัดพบรวมกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันแต่จากสภาวะการพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้การรวมกลุ่มมีปัญหาในความพร้อมเพรียงและการร่วมกิจกรรมด้วยปัญหาสุขภาพร่างกายที่สูงวัย ระยะเวลาต่างๆในแต่ละช่วงของกิจกรรมต้องมีการปรับเพื่อความสมบูรณ์ของกิจกรรม ผู้วิจัยต้องใช้ความละเอียดและมีภาวะยืดหยุ่นสูงรวมทั้งการแก้ไขให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมรวมทั้งการให้จดบันทึกรูปแบบต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากพอสมควร

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยจัดบริการให้บุคลากรที่มีสุขภาพมีพื้นที่และเวลาในการสนทนากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๒ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) จึงไม่สามารถทราบแนวโน้มการคงอยู่ของการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ถึงระยะที่ ๔ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

- ร้อยละ ๙๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| ๑) นางวรรณศรี ชาญพนา | สัดส่วนของผลงาน ๙๐ % |
| ๒) นายศักดิ์รินทร์ ทลิสมเจริญ | สัดส่วนของผลงาน ๕ % |
| ๓) นางสาวณัฐรดา แอคำ | สัดส่วนของผลงาน ๕ % |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วรรณศรี ชาญพนา

(นางวรรณศรี ชาญพนา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

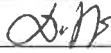
(วันที่) ๑๐ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวรรณศรี ชาญพนา	วรรณศรี ชาญพนา
นายศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ	
นางสาวณัฐรดา แอค์คำ	ณัฐรดา แอค์คำ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายธนภัทร ประดิษฐ์ธรรม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ(ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าใหม่

(วันที่) ๑๐ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิอาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 18 ก.ย. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

สมรรถนะพยาบาลหมายถึงความรู้ ความสามารถและเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่างๆตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพทั่วไป พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญ(APN) โดยสรุปสมรรถนะกลางทั้งหมด ๘ ด้าน ดังนี้ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย, ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์, ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ, ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ, ด้านวิชาการและการวิจัย, ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ, ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศและด้านสังคม (สภาการพยาบาล, ๒๕๖๑) จะเห็นได้ว่าสมรรถนะการสื่อสารเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ การสื่อสารในระบบบริการสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้รับบริการในสถานพยาบาลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ใช้บริการในระบบบริการสุขภาพมีความคาดหวังในการรับบริการที่ดี ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อความเข้าใจ ข้อมูลต่างๆ หากสื่อสารได้ดีมีประสิทธิภาพนอกจากจะประสานงานต่างๆได้ ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความราบรื่น ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง หรือเลือกรับบริการได้อย่างเหมาะสมลดความวิตกกังวล ลดความกลัว สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่ดีและลดช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ ถึงแม้คุณภาพการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลจะดีเลิศขนาดไหน หากการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพมีความบกพร่องก็อาจเกิดความเข้าใจผิด เกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ เกิดความไม่สบายใจ ไม่พึงพอใจหรือรุนแรงจนกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพกับผู้รับบริการนำไปสู่ปัญหาการร้องเรียนเรื่องต่างๆตามมามากมายหลังได้ และหากการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพดี จะทำให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดได้ ช่วยป้องกันการติดต่อของโรคระบาดต่างได้ เป็นการลดภาระของสถานพยาบาล ลดต้นทุนในการบริการสุขภาพ บางกรณีสามารถป้องกันการสูญเสียจากกการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ (ดวงกมล เทวพิทักษ์, ๒๕๖๐)

จากการรายงานในระบบ National Reporting and Learning System(NRLS) ของประเทศไทย พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีรายงาน AE ทางคลินิกเข้ามาในระบบจำนวน ๔๖๘,๑๓๔ ครั้ง AE ที่กระทบถึงตัวผู้ป่วยและมีความรุนแรงระดับ E-I พบได้ ๗.๒๒% ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็น AE ที่พบบ่อยที่สุด แต่กระทบถึงตัวผู้ป่วยไม่ต่างจาก AE ตัวอื่นมากนัก การผ่าตัดที่ไม่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อที่ไม่ดี และกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรฐานพบว่าสาเหตุเกิดจากวัฒนธรรมการทำงานที่ไม่ประสานความร่วมมือกัน ไม่กล้าคุยกันเรื่องความเสี่ยงและการสื่อสารภายในองค์กรที่ไม่ดี ก็ยังทำให้ปัญหาพบได้บ่อยขึ้น การรายงานเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ๖ ปี ๒๕๖๖ ตามมาตรา ๕๗ หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดและมาตรา ๕๔ ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรจากหน่วยบริการและหน่วยบริการเรียกเก็บค่าบริการโดยไม่มีสิทธิเรียกเก็บ พบปัญหาสูงสุดคือ ไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่กำหนด ๒,๕๒๙ ครั้ง ร้อยละ ๔๑.๒๔, ไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร ๒,๑๖๙ ครั้ง ร้อยละ ๓๕.๓๗, และถูกเรียกเก็บเงิน ๑,๒๗๓ ครั้ง ร้อยละ ๒๐.๗๓ จังหวัดถูกร้องเรียนสูงสุด สมุทรปราการ ร้อยละ ๔๓, ชลบุรีร้อยละ ๒๙, ตราครุฑร้อยละ ๘ และจันทบุรีร้อยละ ๓ วิเคราะห์สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้การปฏิบัติเกิดความผิดพลาด ขาดการสื่อสารแก่ผู้รับบริการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
บทวิเคราะห์

ปัจจุบันปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคคลในองค์กรและสังคมมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ความสับสน ความแตกแยกได้ โรงพยาบาลท่าใหม่เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ๓๖ คนพยาบาลไม่เคยผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร การปฏิบัติงานมีการใช้เครื่องมือ ISBAR ในการสื่อสารระหว่างองค์กรแพทย์ มีการกำหนดเป็นมาตรฐานที่สำคัญจำเป็นแต่พบว่ามีการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสาเหตุจากความไม่เข้าใจแนวปฏิบัติและขาดทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสื่อสารภายในองค์กรรวมถึงปัญหาการสื่อสารกับผู้รับบริการ จากการรายงานในระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล (HRMS) ปี ๒๕๖๔- ๒๕๖๖ มีการรายงาน AE ด้านคลินิก ๔๗๓,๒๖๖ และ ๑,๐๙๔ ครั้ง ตามลำดับ AE ที่กระทบถึงตัวผู้ป่วยและมีความรุนแรงระดับ E-I พบได้ ๑.๒๕ %พบสาเหตุระบบการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐาน ขาดแนวปฏิบัติการทำงานที่เหมาะสม การสื่อสารในระบบบริการสุขภาพไม่ชัดเจน ข้อมูลจากงานพัฒนาคุณภาพและความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลท่าใหม่ในการเก็บข้อมูลการร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ เช่นกล่องรับความคิดเห็น ใบบันทึกข้อร้องเรียนและทางสื่อโซเชียลมีเดีย พบว่า ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีรายงานข้อร้องเรียน ๑๙,๖ และ ๘ ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมบริการ ๗,๓ และ ๒ ครั้งตามลำดับ โดยเป็นข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการด้านการสื่อสารของพยาบาลร้อยละ ๒๕,๑๐๐ และ ๒๑.๕ ตามลำดับ จะเห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารมีความสำคัญ เพราะการสื่อสารเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งของพยาบาลดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

แนวความคิด

จากการวิเคราะห์ปัญหาด้านการสื่อสารที่เกิดขึ้นพบว่าการสื่อสารถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล ฉะนั้นบุคคลจะต้องมีความรู้ในการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคลากรพยาบาลนอกจากจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสาร การถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้เสนอแนวคิดฯ ได้ศึกษาทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของคิง (King 's Nursing Theory) ที่มีพื้นฐานความคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ มาจากทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลในรูปแบบการสนับสนุนและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญของกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความคิดระหว่างผู้ใช้บริการ/ผู้รับบริการกับพยาบาล ให้ความกระจ่างในการใช้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่ง มโนทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลของคิงมี ๓ ระบบคือ

- ๑) ระบบบุคคล (Personal System)
- ๒) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System)
- ๓) ระบบสังคม (Social System)

และความสัมพันธ์ระบบต่างๆเหล่านี้จะนำมาสู่ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย (Theory of goal attainment) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลเป็นสัมพันธภาพรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่า “สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ” เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งสัมพันธภาพทางการพยาบาลพยาบาลต้องเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยเทคนิคต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเรียนรู้ตนเอง เรียนรู้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอ

เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะการสื่อสารทางการพยาบาล (Nursing communication competency) ควรมีการพัฒนาสมรรถนะในทักษะสำคัญที่ใช้ในการสื่อสารดังนี้

๑. การสื่อสารในการเพิ่มความประทับใจในการให้บริการ

๑. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ควรเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการทักทาย การแนะนำตัว การถามความเกี่ยวข้องกับญาติ ฟังตระหนักว่าการสร้างสัมพันธภาพควรดำเนินอย่างต่อเนื่องในระหว่างกระบวนการสื่อสาร โดยมีได้หยุดอยู่ในช่วงทักทายและแนะนำตัวเท่านั้น สิ่งสำคัญมีการขจัดอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ อคติ และการมีความคิดเห็นเชิงลบต่อผู้ป่วย
๒. การเลือกใช้ทักษะในการสื่อสาร โดยทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างการสื่อสาร ๕ ทักษะ ได้แก่ ทักษะเงียบ ทักษะกระตุ้น ทักษะทวนซ้ำ ทักษะสรุปความ และทักษะสะท้อนอารมณ์ ร่วมกับการใช้ภาษาท่าทาง การตั้งคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
๒. กระบวนการสื่อสารที่ดี การใช้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร คือแนวทางในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างแพทย์และพยาบาล แบบง่ายๆที่มีกรอบในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยเช่น เมื่อผู้ป่วย
๓. ภาวะวิกฤติและต้องให้ความสนใจและได้รับการรักษาอย่างทันที และปลอดภัย เช่นเทคนิคไอเอสบาร์ (ISBAR)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. พยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ การปฏิบัติหน้าที่ประจำเป็นระยะเวลานานๆทำให้ผู้ปฏิบัติงานเริ่มคุ้นเคยกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ จนไม่ให้ความสำคัญกับประเด็นหลักๆในกระบวนการสื่อสาร โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การแก้ไขโดยสร้างสัมพันธภาพให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดด้วยการแนะนำตนเอง การอธิบายบริการ ด้วยท่าทีให้ความเป็นกันเอง
๒. พยาบาลส่วนมากมักได้รับการสอนว่า ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยและญาติต้องมีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยเฉพาะในยุคสังคมที่เต็มไปด้วยความคาดหวังและมีคดีร้องเรียน บุคลากรทางการแพทย์มักมีความเชื่อว่าเราเป็นผู้รู้ ผู้ป่วยและญาติรู้น้อยกว่าเรา เราต้องให้ความรู้ ให้อุทิศศึกษา ให้ข้อมูลหลายๆซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามที่เราต้องการ สิ่งที่พบผู้ป่วยและญาติมีความเจ็บป่วยเครียดทำให้มีสมาธิรับฟังไม่ดีและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบอาจไม่ตรงกับที่พยาบาลพูด การแก้ไขเปลี่ยนบทบาทจากผู้พูดเป็นผู้ฟังที่ดี คือฟังอย่างใส่ใจ เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและญาติ
๓. พยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติ พยาบาลถูกสอนให้มีความคิดแบบนักวิทยาศาสตร์ ให้ความสำคัญกับข้อมูลและตัวเลข จนลืมให้ความสำคัญของอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ บางครั้งเริ่มต้นให้ข้อมูลเร็วเกินไป การแก้ไขใช้ทักษะสะท้อนอารมณ์แล้วจึงตามด้วยการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลท่า
ใหม่ จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลท่าใหม่ จำนวน ๓๖ คน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ – เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลท่าใหม่ ≥ ๙๐

๒. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการในด้านการสื่อสารเป็น ๐

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละผู้เข้าร่วมอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังอบรมเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘๐

๒. ร้อยละพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลท่าใหม่เข้ารับการอบรม ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ) ณงคพรศรี ชาญสง่า

(นางวรรณศรี ชาญสง่า)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑๐ / ก.ย. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๗ - ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
๓.๑ กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) คือ กระบวนการในการจัดทำ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ประกอบด้วยชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ และวิธีการใช้ยา ของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้เมื่อเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาล จำหน่ายกลับบ้าน หรือไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่องตลอดการรักษา

องค์ประกอบของกระบวนการประสานรายการยาประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

๑) Verification รวบรวมข้อมูลประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนมาโรงพยาบาล อาจใช้วิธี
ต่อไปนี้

- สัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือญาติ ทั้งชนิดของยา ขนาดยา วิธีทางให้ยา ความถี่
ในการใช้ยา และเวลาที่ได้รับยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วย จากทุกแหล่งที่ได้รับยา

- ทบทวนประวัติการใช้ยาในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล หรือใบส่งต่อในการรักษาแล้ว
ทบทวนความถูกต้องของรายการยาที่รวบรวมได้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

๒) Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึกเพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยาที่
ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ

๓) Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และบันทึก
การเปลี่ยนแปลงในคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล ในขั้นตอนนี้หากสงสัยควรต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เช่น
เอกสารวิชาการ คู่มือการใช้ยา แนวทางเวชปฏิบัติ เป็นต้น จากข้อกำหนดของ JCAHO ได้มีการกำหนดให้เกิด
ขั้นตอนการเปรียบเทียบประสานรายการยาให้แล้วเสร็จ ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังการรับผู้ป่วย

ความแตกต่างของรายการยา (Medication discrepancy) ระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็น
ประจำกับคำสั่งใช้ยาในแต่ละขั้นตอนของการเข้ารับการรักษา สามารถแบ่งประเภทความแตกต่างของ
รายการยา (Medication discrepancy) ได้ดังนี้

- Intentional discrepancy เป็นความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความตั้งใจของผู้สั่ง
ใช้ยา กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย

- Undocumented intentional discrepancy เป็นความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจาก
ความตั้งใจของผู้สั่งใช้ยาแต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงรายการยาอย่างตั้งใจ
ของผู้สั่งใช้ยาไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ผู้สั่งใช้ยาต้องบันทึกเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงรายการยาใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อใช้สื่อสารกับบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ ให้เกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงนั้น

- Unintentional discrepancy เป็นความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา กรณีที่แพทย์สั่งเปลี่ยน เพิ่ม หรือหยุดยาจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนโดยไม่ตั้งใจ ถือเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error)

๔) Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเอง หรือกับผู้ดูแล และส่งตัวรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการรักษาต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายแผนกหรือย้ายหอผู้ป่วยก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยาไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

๓.๒ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาและเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง หรือรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ แบ่งเป็น

- ๑) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (untreated indications)
- ๒) การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection)
- ๓) ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (too low dose of correct drug)
- ๔) ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (too high dose of correct drug)
- ๕) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions)
- ๖) ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions)
- ๗) การไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive drug)
- ๘) ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งชี้ นั้น หรือหมดข้อบ่งชี้ (drug use without indication)

๓.๓ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่ควรป้องกันได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนั้น เหตุการณ์เหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลลัพธ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบควบคุมการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลากยา/การบรรจุและการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การปรับปรุง/การเตรียมยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ยา การให้ความรู้ การติดตามและการใช้ยา การแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามแนวทางของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) แบ่งออกเป็น ๙ ระดับ ดังนี้

๑) Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

๒) Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย

๓) Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่า ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

๔) Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

๕) Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

๖) Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยี่ดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

๗) Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

๘) Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตรายจนเสียชีวิต

๙) Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

๓.๔ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการใช้โปรแกรม HosXp และ HosPCU ในการค้นหาประวัติยา หรือประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรงพยาบาลแก่งหางแมว และรพ.สต.ในเขตความรับผิดชอบอำเภอแก่งหางแมว

๓.๕ ความเชี่ยวชาญในการประสานขอรายการยาจากสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษา ก่อนมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งคลินิกต่างๆ ทั้งในจังหวัดจันทบุรี และจังหวัดอื่นๆ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความสำคัญและที่มาของการวิจัย

กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) เป็นกระบวนการที่จะทำให้ได้มาซึ่งรายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริงก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือแม้แต่ในห้องฉุกเฉินโดยมุ่งเน้นให้ได้รายการยาที่ครบถ้วน และถูกต้องตามที่แพทย์สั่งและที่ผู้ป่วยใช้จริง และรวมไปถึงรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองอีกด้วย เช่น วิตามิน สมุนไพร อาหารเสริม และอื่นๆ ที่สำคัญที่ต้องถามผู้ป่วยคือ ยามือสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับคือยาอะไร ใช้ไปเมื่อไร ขนาดเท่าใด รวมถึงระบุรายการที่แพ้พร้อมอาการที่เกิดขึ้นแล้วจึงนำมาทบทวนรายการยา เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของคำสั่งการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับและสื่อสารข้อมูลดังกล่าวระหว่างวิชาชีพในทุกรายต่อการให้บริการ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) จึงได้ถูกประกาศให้เป็น National patient safety goal โดยองค์กรที่ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ และสำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้นำเสนอ Thai Patient Safety Goals เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๖ และนำมาบูรณาการเป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ ๒P Safety Goals โดยมีกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) เป็นหมวดหมู่หนึ่ง อีกทั้งยังถูกกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ในหมวดที่ ๖ เรื่องระบบการจัดการด้านยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ดูแลประชากรทั้งหมด ๔๑,๕๑๒ คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในความรับผิดชอบ ๑๑ แห่ง พบว่าตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง กันยายน ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๑,๗๗๒ ราย ๒,๑๕๒ ครั้ง ในจำนวนนี้มีทั้งผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาปัจจุบันที่โรงพยาบาลแก่งหางแมว หรือรพ.สต.ในเขตอำเภอแก่งหางแมว บางส่วนถูกส่งมาจากโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดเดียวกัน บางส่วนถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด และบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีใช้จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้ป่วยไม่น้อยมียาประจำตัวที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่อง และอาจไม่ได้ใช้ยาเพียงรายการเดียว ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้นำยาประจำตัวของตนมาด้วย หรือนำมาเพียงบางส่วน บางครั้งยาที่นำมาเสื่อมสภาพไม่สามารถใช้ได้ ทำให้พบผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาประจำที่ใช้อย่างต่อเนื่อง ทันท่วงทีในมือต่อไป การใช้ยาซ้ำซ้อน หรือมีการตีกันของยา (Drug interaction) ปัญหาเกี่ยวกับยา (drug related problems; DRPs) ทั้งหมดนี้อาจเกิดได้ในทุกจุดของการส่งต่อการรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นหากขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษา ทำให้ต้องเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือแม้กระทั่งเสียชีวิตจากการใช้ยาไม่ได้ผล หรือเกิดพิษจากยา รวมถึงการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งนี้โรงพยาบาลแก่งหางแมวได้ดำเนินการกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เปลี่ยนการบันทึกข้อมูลยาประจำตัวด้วยลายมือเป็นบันทึกด้วยโปรแกรม HosXp เพิ่มการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร แต่ยังคงขาดการศึกษาผลของการดำเนินการของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทันท่วงที และสามารถค้นหา ป้องกันปัญหาที่เกิดจากยา (drug related problems; DRPs) รวมทั้งความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ก่อให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสมได้

๔.๒ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (๒๐๐๖) พบว่า sentinel events ที่มีสาเหตุมาจากความคลาดเคลื่อนทางยานั้นมากกว่าครึ่งมีสาเหตุมาจากการสื่อสาร แม้จะไม่ใช่สาเหตุโดยตรงทั้งหมดแต่ก็มีส่วนเกี่ยวข้อง และกว่าครึ่งหนึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หากมีระบบของ Medication Reconciliation ที่มีประสิทธิภาพ

จันทิมา ศิริคันทวานนท์ และนันทยา ประคองสาย (๒๕๕๗) ศึกษาผลของการพัฒนา Medication Reconciliation ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยศึกษาผลของการพัฒนา Medication reconciliation ต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๒ ช่วง คือ ช่วง Pre-intervention และช่วง Post-intervention จากผลการศึกษาพบการทวนสอบความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาตาม Medication reconciliation ในขั้นตอนเตรียมจำหน่าย ช่วง Post-intervention ร้อยละ ๕๔.๕ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับช่วง Pre-intervention ร้อยละ ๓๖.๙ โดยพบความคลาดเคลื่อนทางยาช่วง Post-intervention ร้อยละ ๗.๙ ลดลง ในช่วง Pre-intervention ร้อยละ ๒๐.๗ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่า ช่วง Post-intervention เภสัชกรสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาลงได้ ๑๔/๒๔ ครั้ง (ร้อยละ ๕๘.๓) และ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ช่วง Pre-intervention ลดลงได้ ๕/๔๖ ครั้ง (ร้อยละ ๑๐.๙)

สมสกุล ศิริไชย และคณะ (๒๕๖๐) ศึกษาการประเมินระบบการประสานเปรียบเทียบรายการยา ณ โรงพยาบาลเลิดสิน โดยเก็บข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งตอนแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อได้รับยากลับบ้านจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเลิดสิน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติที่ยินยอมให้ความร่วมมือ พบว่า การพิมพ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้แพทย์ แล้วเภสัชกรไปติดตามในภายหลังนั้นทำให้พบปัญหาด้านยาที่เกี่ยวข้อง ความคลาดเคลื่อนทางยา และการบันทึกในเวชระเบียน ปัญหาที่พบจากการส่งใข้ยานั้นสามารถป้องกันได้ก่อนที่ความคลาดเคลื่อนนั้นจะถึงตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ในระบบที่วางไว้ เภสัชกรจะต้องไปซักถามผู้ป่วยถึงการใข้ยาร่วมด้วย ทำให้พบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวนมาก

จันทน์ ฉัตรวิริยวงศ์ และสุรพงษ์ ตูลาพันธุ์ (๒๕๖๑) ศึกษาผลของกระบวนการประสานรายการยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่าการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาให้แก่โรงพยาบาลได้ ๓๓,๕๘๕ บาท

สายัณห์ ชატะเมธีวงศ์ (๒๕๖๓) ศึกษาผลการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินกระบวนการประสานรายการยาทำให้แพทย์มีการสั่งใข้ยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินงาน ทั้งในขณะแรกรับ หลังการผ่าตัด และตอนกลับบ้าน ซึ่งกระบวนการประสานรายการยาช่วยลดการเกิด และระดับความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

๔.๓ วัตถุประสงค์การวิจัย

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๔.๓.๒ เพื่อค้นหา และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใข้ยา (drug related problems; DRPs) และความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ในทุกรอยต่อที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

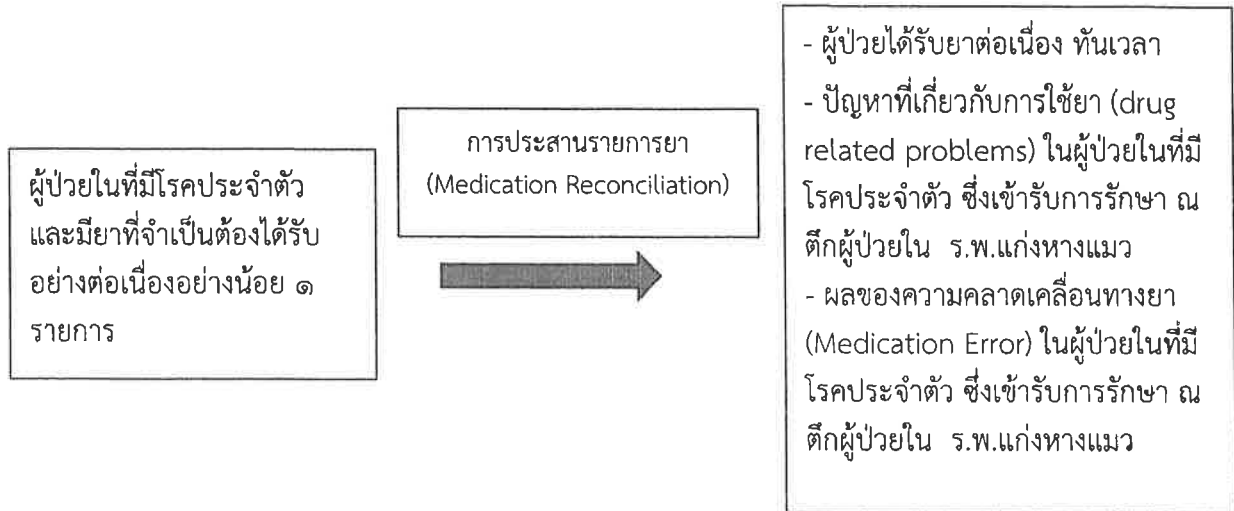
๔.๔ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยใน ที่มีโรคประจำตัว และมียาที่จำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ รายการ ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๖ ที่ไม่มีประวัติขาดนัดรับยาก่อนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่า ๖ เดือน และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์รับเป็นผู้ป่วยในจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๕ การอบการดำเนินการวิจัย



๔.๖ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๔.๖.๑ แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรีซึ่งจัดทำด้วยโปรแกรม HosXp ประกอบด้วยข้อมูล ๔ ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ HN AN ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว การวินิจฉัยของแพทย์
- ส่วนที่ ๒ ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งแบ่งพื้นที่เพื่อให้แพทย์พิจารณาการสั่งจ่ายยาต่อ หยุดใช้ยา หรือเปลี่ยนแปลงการใช้ยา
- ส่วนที่ ๓ ข้อมูลการซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกร เช่น ประวัติการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม สภาพยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมา การบันทึกข้อมูลกรณีพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs)
- ส่วนที่ ๔ การลงลายมือชื่อของสหสาขาวิชาชีพเพื่อการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เภสัชกรทบทวนยา และปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) แพทย์รับทราบข้อมูลและพิจารณาสั่งจ่ายยาพยาบาลวิชาชีพรับทราบข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย

๔.๖.๒ โปรแกรม HosXp สำหรับค้นหาข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมว

๔.๖.๓ โปรแกรม HosPCU สำหรับค้นหาข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่รพ.สต. ในเขตอำเภอแก่งหางแมว

๔.๖.๔ แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) โรงพยาบาลแก่งหางแมว จ.จันทบุรี ซึ่งใช้บันทึกความแตกต่างจากการทวนสอบ หรือเปรียบเทียบรายการยาจากการที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา หรือกรณีที่มีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาของแพทย์นั้นเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา

๔.๗ วิธีการศึกษา

๔.๗.๑ ศึกษาวิธีการทำแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ด้วยโปรแกรม HosXp

๔.๗.๒ ประสานงานชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานรับทราบผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

แพทย์

- เมื่อแรกรับผู้ป่วย พิจารณาส่งจ่ายยาตามประวัติการใช้ยาล่าสุดของผู้ป่วย หรือปรับเปลี่ยน หรือหยุดใช้หลังการตรวจวินิจฉัยให้บันทึกลงในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี พร้อมลงลายมือชื่อ
- เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พิจารณาส่งจ่ายยาตามประวัติการใช้ยาล่าสุดของผู้ป่วย หรือปรับเปลี่ยน หรือหยุดใช้ให้บันทึกลงในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี พร้อมลงลายมือชื่อ

เภสัชกร

- รวบรวมรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยการดูประวัติการใช้ยาในใบส่งตัว หรือในระบบสารสนเทศ ได้แก่ โปรแกรม HosXp หรือ HosPCU กรณีผู้ป่วยมีประวัติรับยาในเขตอำเภอแก่งหางแมว สอบถามทางไลน์กลุ่มหากผู้ป่วยมีประวัติรับยาโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด หรือโทรสอบถามหากผู้ป่วยมีประวัติรับยาโรงพยาบาลต่างอำเภอในจังหวัดจันทบุรี หรือโรงพยาบาลอื่นๆ นอกเขตจังหวัดจันทบุรี พร้อมสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วยหรือญาติ รวมถึงยามือสุดท้ายที่รับประทานมาก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการซื้อยา หรือสมุนไพรทานเอง และขอดยาเดิมของผู้ป่วย (ถ้ามี) โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ หรือไม่ทราบรายละเอียด หากยานั้นเก็บอยู่ที่บ้านขอให้ญาติผู้ป่วยนำยามาให้ดู และหากผู้ป่วยนำยามา เภสัชกรจะตรวจสอบสภาพยา หากไม่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุยาจะถูกเก็บไว้ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและจัดให้ผู้ป่วยเป็นมือต่อไป
- บันทึกประวัติยาประจำตัวล่าสุดลงในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี ด้วยโปรแกรม HosXP และพิมพ์แนบกับใบคำสั่งแพทย์ หากการสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วย หรือญาติพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) ให้บันทึกลงในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี ในส่วนของความเห็นเภสัชกร และให้ประสานแพทย์เพื่อยืนยันการสั่งใช้ยาอีกครั้ง
- เปรียบเทียบความแตกต่างของรายการยาเดิมกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ หากพบความแตกต่างจาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การทวนสอบ หรือเปรียบเทียบรายการยาจากการที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา หรือกรณีที่ความตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาของแพทย์นั้นเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณา แล้วบันทึกผลจากการรายงานแพทย์ลงในแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) โรงพยาบาลแก่งหางแมว จ.จันทบุรี พร้อมลงลายมือชื่อ

- เมื่อแพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย เกสซ์กรจะเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งใช้กับรายการยาเมื่อแรกรับ และระหว่างนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หากพบความแตกต่างจากการทวนสอบ หรือเปรียบเทียบรายการยาจากการที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา หรือกรณีที่ความตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาของแพทย์นั้นเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณา แล้วบันทึกผลจากการรายงานแพทย์ลงในแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) โรงพยาบาลแก่งหางแมว จ.จันทบุรี พร้อมลงลายมือชื่อ
- จัดพิมพ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม HosXP เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปยื่นสถานพยาบาลกรณีไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองมีข้อความ แพทย์ปรับวิธีใช้ยา กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยาไปจากเดิม

โดยกรณีในเวลาปฏิบัติราชการที่เกสซ์กรขึ้นปฏิบัติงาน ได้แก่ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา ๘.๐๐ น. ถึง ๒๐.๐๐ น. และวันเสาร์ อาทิตย์ เวลา ๘.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. ให้เกสซ์กรทำการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในทันทีที่ผู้ป่วยเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่หากเป็นนอกเวลาปฏิบัติราชการที่เกสซ์กรไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน ให้เกสซ์กรทำการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ในเช้าวันถัดไปที่ขึ้นปฏิบัติงาน หรือไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพที่ผู้ป่วยใน

- รับผิดชอบข้อมูลการสั่งจ่ายยา และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามคำสั่งแพทย์ พร้อมลงลายมือชื่อทั้งขณะแรกรับ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๔.๗.๓ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปผล และนำเสนอแก่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และผู้ปฏิบัติงาน

๔.๘ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๔.๘.๑ เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนรายการยาโรคเรื้อรัง สถานพยาบาลที่รับยา โรคประจำตัว โรคที่ได้รับการวินิจฉัย กลุ่มยาโรคประจำตัว รวมทั้งข้อมูลการชั่งประวัติการใช้ยา ได้แก่ ประวัติการซื้อยา หรือยาสมุนไพรทานเอง ซึ่งบันทึกในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๔.๘.๒ เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในที่ได้ดำเนินการประสานรายการยา (Medication Reconciliation)

๔.๘.๓ เก็บข้อมูลผู้ป่วยในที่มีการดำเนินการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ให้แล้วเสร็จภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๘.๔ เก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) ตั้งแต่แรกรับระหว่างนอนโรงพยาบาล จนถึงจำหน่ายออก ซึ่งเภสัชกรได้บันทึกไว้ในแบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี ในส่วนความเห็นเภสัชกร

๔.๘.๕ เก็บข้อมูลสัดส่วนความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา (unintentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่พบ

๔.๘.๖ เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) จากการเปรียบเทียบประสานรายการยา เมื่อพบความแตกต่างจากการทวนสอบ หรือเปรียบเทียบรายการยาจากการที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา หรือกรณีที่ความตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาของแพทย์นั้นเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา ด้วยแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๔.๙ การวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๙.๑ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด

๔.๙.๒ วิเคราะห์ผลของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ได้แก่ ผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้ดำเนินการกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ผู้ป่วยในที่มีการดำเนินการกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ให้แล้วเสร็จภายใน ๒๔ ชม. สัดส่วนความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา (unintentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) และข้อมูลการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลของกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี จากการดำเนินการประสานรายการยา ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยทั้งหมด ๖๖๗ ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย ๕๗.๘๙ ปี โรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และโรคต่อมไร้ท่อ

๕.๒ จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่ได้ดำเนินการกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ๖๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๕ โดยผู้ป่วยในที่มีการดำเนินการกระบวนการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) ให้แล้วเสร็จและได้รับยาภายใน ๒๔ ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๖๐

๕.๓ พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) ตั้งแต่แรกรับ ระหว่างนอนโรงพยาบาล จนถึงจำหน่ายออกซึ่งพบในขั้นตอนแรกรับมากที่สุด โดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) ที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (untreated indications)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.๔ สัดส่วนความแตกต่างระหว่างรายการยาที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของผู้สั่งใช้ยา (unintentional discrepancy) ต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดพบมากที่สุดในขั้นตอนแรกรับผู้ป่วย ๔๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๐

๕.๕ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) จากการเปรียบเทียบประสานรายการยา เมื่อพบความแตกต่างจากการทวนสอบ หรือเปรียบเทียบรายการยาจากการที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยา หรือกรณีที่ความตั้งใจเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาของแพทย์นั้นเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา เป็นความคลาดเคลื่อนระดับ B ๒๑๓ ครั้ง และระดับ C ๑ ครั้ง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำผลจากการดำเนินการตามกระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) ในผู้ป่วยในโรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี มาพัฒนากระบวนการประสานรายการยา (medication reconciliation) ในงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง ทันเวลา ในทุกรายต่อการให้บริการ

๖.๒ เกิดการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) เพื่อป้องกัน และแก้ไขความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่สามารถป้องกันได้ให้แก่ผู้ป่วย ในทุกรายต่อการให้บริการ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสม

๖.๓ เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสานงานกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

๖.๔ ลดมูลค่ายาที่จ่ายให้กับผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วย หรือมีวันนัดเดิมอยู่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้ป่วยบางราย หรือญาติที่มาด้วยไม่ใช่ญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทำให้แจ้งประวัติสถานพยาบาลที่รับการรักษาล่าสุดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การติดต่อประสานงานขอข้อมูลยาประจำตัวล่าสุด เกิดความล่าช้า

๗.๒ ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติมาด้วย และผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยได้ทำให้การซักประวัติการใช้ยาไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์

๗.๓ การดำเนินการประสานรายการยา เกสซ์กรจำเป็นต้องดำเนินการในหลายขั้นตอน ทำให้ในผู้ป่วย ๑ รายที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในต้องใช้เวลาานพอสมควร ส่งผลต่อภาระงานของเกสซ์กรที่ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมถึงคลินิกพิเศษต่างๆ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การไม่สามารถติดต่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยาโรคประจำตัวได้ เนื่องจากไม่มีผู้รับโทรศัพท์ปลายทาง ทำให้บางครั้งต้องติดต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ช่วยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางให้

๘.๒ กรณีติดต่อโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดจันทบุรี มีช่องทางติดต่อทางไลน์ แต่ด้วยภาระงานประจำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ของเภสัชกรโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้บางครั้งต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้รับ การประสานข้อมูลยาผู้ป่วยกลับ ซึ่งแพทย์อาจจำเป็นต้องใช้ข้อมูลยาเดิมในการตัดสินใจในการให้การรักษา เพิ่มเติม

๘.๓ ผู้ป่วยบางรายมีประวัติการใช้ยาที่ไม่มีในรอกโรงพยาบาลแก๊งหางแมง และไม่มีญาตินำยามาให้เป็น สาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับยาได้ทันมือถัดไป แม้จะดำเนินการกระบวนการประสานรายการยาไว้อย่าง ครบถ้วนเรียบร้อยแล้วก็ตาม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีหน่วยงานกลางที่ทุกสถานพยาบาลสามารถประสานขอประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๙.๒ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยนำยาที่ใช้ประจำมาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล

๙.๓ กระบวนการประสานรายการยาควรดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

๙.๔ ควรนำระบบคอมพิวเตอร์ หรือโปรแกรมบริการผู้ป่วยที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการ ประสานรายการยามาใช้ได้ เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- เผยแพร่ด้วยวาจา ในการนำเสนอผลงานวิจัย งานประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๗ “Health Chan เส้นทางสู่สุขภาพดิจิทัล” วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

- ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวมณฑนา มงคลสุข สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ฟักทหา มงคลสุข

(นางสาวมณฑนา มงคลสุข)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ(ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

(วันที่) 17 / กันยายน / 2567

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมัทนา มงคลสุข	พัชราภา มงคลสุข

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอภิสิทธิ์ คุจวรรณ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว

(วันที่) 17 / 11 / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อารมณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 17 ก.ย. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบ อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๖.๘ ล้านคน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๓.๓ ล้านคน โรงพยาบาลต้องจัดบริการรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ทำให้การรับบริการในโรงพยาบาลเกิดความแออัด

การบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) คือ การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยา

ภายหลังการระบาดของโรค COVID-๑๙ เภสัชกรที่ต้อง ให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน ต้องปรับตัวตามวิถีใหม่โดยลดความแออัด รักษาระยะห่าง ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ แนวคิดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จึงถูกนำมาปรับใช้ในการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านการให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การค้นหาป้องกัน และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา สะดวก และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลแก่งหางแมว มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตความรับผิดชอบ ๑๑ แห่ง มีการดำเนินการออกหน่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อบริการผู้ป่วย ลดความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) โรงพยาบาลแก่งหางแมว ได้มีการปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นรูปแบบ Telemedicine โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นัดผู้ป่วยมาวัดความดันโลหิต เจาะเลือด ชักประวัติเบื้องต้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมบริการผู้ป่วย HosPCU แพทย์พิจารณาให้ยาเดิม หรือปรับยา ตามระดับความดันโลหิต และผลทางห้องปฏิบัติการ เภสัชกรจัดยาตรวจสอบ และส่งมอบให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อนัดหมายผู้ป่วยมารับยาอีกครั้ง การดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมเพราะแพทย์ได้สั่งจ่ายยาหลังจากได้เห็นความดันโลหิต และผลทางห้องปฏิบัติการ ช่วยลดความแออัด เพิ่มระยะห่าง ลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวมีข้อจำกัด คือ เภสัชกรไม่มีโอกาสได้พบผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษา และติดตามการใช้ยา ทำได้เพียงติดสติ๊กเกอร์แจ้งผู้ป่วยว่ามีการปรับยา ดังนั้น การนำหลักการของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โดยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาปรับใช้ในการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านการให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การค้นหาป้องกัน และแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (drug related problems, DRPs) จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา สะดวก และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีการดำเนินการระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบ อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

๔.๒ ลดความแออัดของโรงพยาบาล ควบคุมการระบาดของโรค เพื่อเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

๔.๓ ลดโอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยขาดยา จากปัญหาเรื่องการเดินทาง ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีการดำเนินการระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบ อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยที่มีปัญหาขาดยาเนื่องจากมีปัญหาไม่สามารถมารับบริการได้ ได้รับยาต่อเนื่อง ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) พัทธานา พงคกั๋ง

(นางสาวมณฑนา มงคลสุข)

(ตำแหน่ง) เภสัชกรชำนาญการ(ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

(วันที่) 17 / 7. / 2567

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ – ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ (ระยะเวลา ๒ เดือน)
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ผู้ปฏิบัติงาน ต้องเป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ ต้องศึกษาค้นคว้าข้อมูล เนื่องจากพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหลายองค์ประกอบทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผู้ปฏิบัติงาน
 ๑. ต้องใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญด้านสถิติและการวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยการทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อใช้ในการพัฒนาและเสริมสร้างระบบการสาธารณสุขที่ดี
 ๒. มีการเข้าถึงแหล่งความรู้ในการพัฒนาตนเองจากแหล่งวิชาการต่างๆ ได้แก่ การสืบค้นข้อมูล แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อมั่น พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง แหล่งข้อมูลงานวิจัย เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย
 ๓. ใช้ความรู้ด้านการวิจัยในการออกแบบการวิจัย โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มาวางแผนในการจัดทำงานวิจัย ตลอดจนความรู้ทางสถิติในการวัดผลการวิจัย เพื่อดำเนินการวางแผนพัฒนางานต่อไป
 ๔. มีทักษะในการถ่ายทอดองค์ความรู้ การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย รวมถึงการสร้างพันธมิตรกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ให้แพร่หลายและถูกต้อง
 ๕. มีทักษะในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศระบบต่างๆ มีความรู้เท่าทันสื่อ เทคโนโลยี Application ต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการใช้ไปยังกลุ่มเป้าหมายให้เกิดการเข้าถึง
 ๖. บุณรการภาคเครือข่ายในการร่วมพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ
 ๗. มีทักษะในการคิด วิเคราะห์ข้อมูลในงาน เพื่อการสังเคราะห์วิธีการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามเป้าหมายและให้เกิดความยั่งยืน รวมถึงสามารถเขียนแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนา แก้ไขปัญหาในงานได้
 ๘. วางแผนพัฒนาเนื้อหา องค์ความรู้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานต่อไป

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

สมุนไพรไทย เป็นเอกลักษณ์ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมความเป็นชาติไทยที่ได้สั่งสมมาแต่โบราณกาล ประเทศไทยมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ทั้งเพื่อเป็นเครื่องประกอบในอาหารคาว-หวาน เป็นยารักษาโรคและการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเป็นผลิตภัณฑ์ดูแลรักษาความสวยงาม รักษาบาดแผล หรือแม้แต่ใช้เป็นยาอายุวัฒนะ ภูมิปัญญาเหล่านี้ได้รับการสืบทอดต่อกันมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่นโดยอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวไทย ทำให้มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นและน่าสนใจ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรไทยยังมีค่อนข้างน้อย ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง ขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์พร้อมไปด้วยทรัพยากรทางชีวภาพ ซึ่งเอื้อต่อการส่งเสริมภูมิปัญญาและองค์ความรู้การใช้สมุนไพรมาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางชีวภาพของพันธุ์พืชและสัตว์สูงเป็นอันดับต้นของโลก โดยมีพืชสมุนไพรอยู่ภายในประเทศประมาณ ๑๑,๖๒๕ ชนิด ซึ่งประมาณ ๑,๘๐๐ ชนิด หรือร้อยละ ๑๕.๕๐ ของทั้งหมดนั้นได้มีการนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ(วิริยญา เมืองช้าง. ๒๕๕๙)

การศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของประเทศจากเอกสารผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มอายุ ๒๕-๕๙ ปี ที่เจ็บป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรร้อยละ ๕๑.๐๐ ถึง ๖๐.๓๐ ของประชากรที่เจ็บป่วยทั้งหมด โรคปวดหลังและปวดกล้ามเนื้อต่างๆ เป็นกลุ่มอาการที่พบมากเป็นอันดับสองแต่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๐,๓๓.๔๐ และ ๓๑.๑๐ ของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ในปี พ.ศ.๒๕๕๒, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ ตามลำดับ ข้อสรุปประชากรยังใช้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในสัดส่วนที่น้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มหลักที่ใช้การนวดไทยรักษามากที่สุด(สำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.๒๕๕๒,๒๕๕๔,๒๕๕๖)

ปัจจุบันประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆใกล้ตัวมากมาย แต่เดิมการรักษาโรคภัยไข้เจ็บเล็กน้อยๆคนไทยเรามักใช้ยาสมุนไพรที่ปลูกไว้ใช้สอยในบ้านเรือนของแต่ละคนมาใช้ แต่ต่อมาเมื่อวิวัฒนาการด้านการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามาแพร่หลาย การใช้สมุนไพรเป็นยารักษาโรคจึงได้เลือนหายไป แต่ในปัจจุบันแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ได้กลายเป็นแพทย์ทางเลือก ทำให้เกิดกระแสความนิยมการใช้สมุนไพรบำบัดโรคขึ้นอีกครั้ง สมุนไพรถือเป็นพืชทางเลือกที่คนไทยทั่วไปนิยมใช้ดูแลสุขภาพในเบื้องต้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้มีนโยบายในการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน เพื่อเป็นทางเลือกที่คนทั่วไปนิยมใช้ดูแลสุขภาพในเบื้องต้น ซึ่งพืชสมุนไพรที่ได้รับการสนับสนุนให้เป็นพืชสมุนไพรประจำบ้านเพื่อใช้ดูแลสุขภาพจำนวน ๑๐ ชนิด ได้แก่ กระเพราแดง ชิง ตะไคร้ ข่าพลู บัวบก ฟ้าทะลายโจร มะกรูด มะระขี้นก ว่านหางจระเข้ และสระแหน่ ซึ่งหาซื้อได้จากตลาดและปลูกได้เองที่บ้าน พืชสมุนไพรทั้ง ๑๐ ชนิด มีประโยชน์และสรรพคุณแตกต่างกันออกไป(กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก,๒๕๖๑)

จากสถานการณ์และปัจจัยต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (สาโรจน์ เพชรมณี, ๒๕๖๔) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

และพบว่าปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร (สุพัฒน์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ, ๒๕๕๖) ศึกษาเรื่องพืชสมุนไพรประจำถิ่นและภูมิปัญญาการประยุกต์ใช้สำหรับการแพทย์พื้นบ้าน พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรรักษาโรคอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและสนใจในเรื่องการใช้สมุนไพร ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพร มักจะเป็นเรื่องการรักษาอาการป่วยพื้นฐานในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นอาการ กลุ่มอาการและโรคที่ไม่รุนแรงคือ ท้องผูก ท้องเสีย แผลในกระเพาะ ไอ เจ็บคอ ขับเสมหะ (ปาติกา เวชกุล และคณะ, ๒๕๖๔) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านในระดับปานกลาง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย(Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพในการประพฤติ ปฏิบัติตนให้มีสุขภาพแข็งแรง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้ ความเชื่อมั่นต่อการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้งในด้านสรรพคุณ วิธีการใช้ โทษและอันตรายและความปลอดภัยในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด ดังกล่าวด้วยตนเอง เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมความรู้ ความเชื่อมั่นแก่ประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาปลูกไว้ประจำครัวเรือนและนำมาใช้ประโยชน์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑.ขั้นเตรียมความพร้อม โดย

๑.๑ การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำกรอบแนวทางการวิจัย

๑.๒.การสร้างเครื่องมือในการวิจัย และการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย

๑.๓ การเตรียมพื้นที่และทีมวิจัยในพื้นที่โดยผู้วิจัยได้ประสานไปยังผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในสถานบริการสาธารณสุข(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับพื้นที่) เพื่อทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้าร่วมดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายพื้นที่

๑.๔ เสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๒.ขั้นดำเนินการ

๒.๑ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ

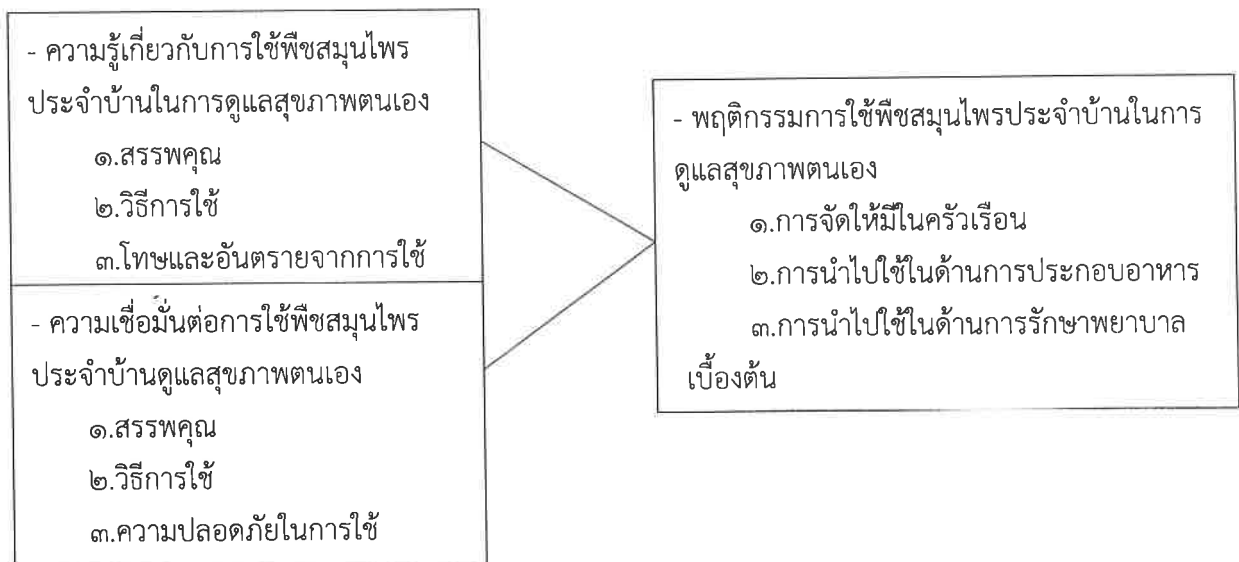
๒.๒ เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

๒.๓ เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ด้วยโปรแกรม SPSS Version ๒๑.๐๐

๓.ขั้นประเมินผล

๓.๑ วิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย ด้วยสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปและจัดทำรายงานผลการวิจัย

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัยพฤติกรรมการใช้พีชีสมุนไพรรักษาบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษาความรู้ในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๒. เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๓. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๔. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อมั่น กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. เชิงปริมาณ

๕.๑.๑.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๖๐.๓๔ มีอายุระหว่าง ๔๐ - ๔๙ ปี ร้อยละ ๕๔.๔๓ โดยส่วนใหญ่มีอายุ ๔๕ ปี มีอายุต่ำสุดที่ ๒๕ ปี สูงสุดที่ ๖๖ ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ ๖๘.๗๘ อยู่ในสภาพสมรสร้อยละ ๘๑.๐๐ ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรถึงร้อยละ ๗๓.๘๔ มีความรู้ ความเชื่อมั่นระดับปานกลางร้อยละ ๗๑.๓๑ และ ๓๘.๘๒ โดยเชื่อมั่นว่าพืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด สามารถหาได้ง่ายในชุมชนร้อยละ ๕๒.๗๔ นำมารักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ร้อยละ ๔๘.๙๖ ยังขาดความเชื่อมั่นในเรื่องการนำมาใช้บรรเทาอาการ/รักษาโรคให้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันร้อยละ ๓๒.๐๗ พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำร้อยละ ๕๖.๙๖ โดยความรู้ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .๐๓๘, r = .๑๓๕$) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นกับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดังกล่าว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p = .๐๙๙, r = ๐.๑๐๘$) การนำมาใช้ประกอบอาหารมากที่สุดได้แก่ ตะไคร้ มะกรูด ชিং ร้อยละ ๔๔.๓๐, ๔๒.๑๙ และ ๓๖.๗๘ นำมาใช้รักษาพยาบาลเบื้องต้นมากที่สุด ได้แก่ ว่านหางจระเข้ ร้อยละ ๔๓.๔๖ ชিংร้อยละ ๔๒.๑๙ และตะไคร้ร้อยละ ๓๑.๖๔

๕.๒.เชิงคุณภาพ

การวิจัยในครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านในระดับต่ำ จึงเสนอแนะว่าควรมีการส่งเสริมความรู้ ความเชื่อมั่น เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถนำพืชสมุนไพรประจำบ้านไปใช้ประโยชน์ได้อย่างปลอดภัย

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑.ผลจากการวิจัยพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี สามารถนำไปใช้ในการวางแผนสร้างองค์ความรู้ ความเชื่อมั่น แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องสรรพคุณ วิธีการใช้ โทษและอันตรายจากการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง

๖.๒.เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการเผยแพร่สู่ชุมชน และร่วมกำหนดแนวทาง วางแผนการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนการนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๖.๓.ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

๖.๔.บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ไปต่อยอดการดำเนินงานได้

๖.๕.เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยดังกล่าว ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานต่อยอด และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

๖.๖.ผู้บริหารด้านสาธารณสุข ในระดับต่าง ๆ สามารถนำข้อมูลการวิจัยดังกล่าว ไปใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพได้ในทุกระดับ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑.ต้องศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร รายงานการวิจัย และบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย และจัดทำเครื่องมือให้เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๗.๒.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้านในการดำเนินการ รวมถึงการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๗.๓.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ทั้ง ๕ ตำบล ได้แก่ ตำบลพลวง ตำบลชากไทย ตำบลตะเคียนทอง ตำบลคลองพลู และตำบลจันทเขลม จำนวนทั้งสิ้น ๒๓๗ คน กำหนดสัดส่วนจำแนกตามรายตำบล โดยกำหนดตำบลละเท่าๆกันเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่าง

๗.๔.กระบวนการวิจัย ต้องมีการศึกษา ค้นคว้าข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดทำ การวิจัย

๗.๕.การวิเคราะห์ข้อมูล ต้องเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ความถี่ (Frequency) และค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation = SD) สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ(ต่อ)

Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อมั่นกับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

๗.๖.การจัดทำรายงานการวิจัยต้องจัดทำให้สามารถสื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลการศึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไข ปรับปรุง และเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนางานต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑.ด้านนโยบาย : การสำรวจความสุขของบุคลากรสาธารณสุข เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นหลัก จึงควรให้ความสำคัญกับบุคลากรในทุกระดับและทุกประเภทสายงาน

๒.ด้านบริหารจัดการ :

๓.ด้านบุคลากร : ในการบันทึกข้อมูลตามแบบสำรวจ พบว่ามีบุคลากรบางรายไม่มีความถนัด หรือขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรมอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการลงบันทึกข้อมูลได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๙.๑.๑.อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านอยู่ในระดับปานกลาง จำเป็นต้องสร้างเสริมความรู้ทั้งในด้านสรรพคุณ วิธีการใช้ ตลอดจนโทษและอันตรายจากการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ได้อย่างปลอดภัย

๙.๑.๒.อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นต่อการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านในระดับปานกลาง ต้องมีการสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้งในด้านสรรพคุณ วิธีการใช้ และความปลอดภัยในการใช้ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น หรือรักษาอาการเจ็บป่วยแบบง่ายๆ ได้ด้วยตนเอง

๙.๑.๓.ส่งเสริมให้มีการปลูกพืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิดในครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการสร้างกระแสและสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนในชุมชน

๙.๒.ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑.ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การศึกษาปัจจัยด้านรูปแบบผลิตภัณฑ์ของสมุนไพรที่มีผลต่อการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านอย่างไร เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน

๙.๒.๒.ควรมีการศึกษาความต้องการการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ส่งเสริมการใช้เพื่อให้เกิดความแพร่หลาย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี (www.pnc.ac.th)ใน Open Access
เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน


นางรตนพร แสงประทีป

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑) นางรตนพร แสงประทีป สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐ %.....
๒) สัดส่วนของผลงาน.....
๓) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางรตนพร แสงประทีป)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ด้านบริการทางวิชาการ)

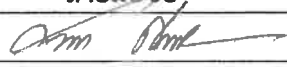
(วันที่) ๓ / กันยายน /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางรตนพร แสงประทีป	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางจสิพร...สิริทรง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(วันที่) ๙ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อารมณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) ๙ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

“สมุนไพรไทย”เป็นเอกลักษณ์ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมความเป็นชาติไทยที่ได้สั่งสมมาแต่โบราณกาล ประเทศไทยมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ทั้งเพื่อเป็นเครื่องประกอบในอาหารคาว-หวาน เป็นยารักษาโรคและการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเป็นผลิตภัณฑ์ดูแลรักษาความสวยงาม รักษาบาดแผล หรือแม้แต่ใช้เป็นยาอายุวัฒนะ ภูมิปัญญาเหล่านี้ได้รับการสืบทอดต่อกันมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่นโดยอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวไทย ทำให้มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นและน่าสนใจ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมุนไพรไทยยังมีค่อนข้างน้อย ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง ขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์พร้อมไปด้วยทรัพยากรทางชีวภาพ ซึ่งเอื้อต่อการสั่งสมภูมิปัญญาและองค์ความรู้การใช้สมุนไพรมาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางชีวภาพของพันธุ์พืชและสัตว์ สูงเป็นอันดับต้นของโลก โดยมีพืชสมุนไพรอยู่ภายในประเทศประมาณ ๑๑,๖๒๕ ชนิด ซึ่งประมาณ ๑,๘๐๐ ชนิด หรือร้อยละ ๑๕.๕๐ ของทั้งหมดนั้นได้มีการนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ (วิริญญา เมืองช้าง, ๒๕๕๙)

การศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยในภาพรวมของประเทศจากเอกสารผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย พบว่ากลุ่มอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี ที่เจ็บป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรร้อยละ ๕๑.๐๐ ถึง ๖๐.๓๐ ของประชากรที่เจ็บป่วยทั้งหมด โรคปวดหลังและปวดกล้ามเนื้อต่างๆ เป็นกลุ่มอาการที่พบมากเป็นอันดับสองแต่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๐, ๓๓.๔๐ และ ๓๑.๑๐ ของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ในปี พ.ศ.๒๕๕๒, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๖ ตามลำดับ ข้อสรุปประชากรยังใช้การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพรในสัดส่วนที่น้อย แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มหลักที่ใช้การนวดไทยรักษามากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๒, ๒๕๕๔, ๒๕๕๖)

ปัจจุบันประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆใกล้ตัวมากมาย แต่เดิมการรักษาโรคนั้นใช้เจ็บเล็กน้อยๆ คนไทยเรามากใช้ยาสมุนไพรที่ปลูกไว้ใช้สอยในบ้านเรือนของแต่ละคนมาใช้ แต่ต่อมาเมื่อวิวัฒนาการด้านการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามาแพร่หลาย การใช้สมุนไพรเป็นยารักษาโรคจึงได้เลือนหายไป แต่ในปัจจุบันแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ได้กลายเป็นแพทย์ทางเลือก ทำให้เกิดกระแสความนิยมการใช้สมุนไพรบำบัดโรคขึ้นอีกครั้ง สมุนไพรถือเป็นพืชทางเลือกที่คนไทยทั่วไปนิยมใช้ดูแลสุขภาพในเบื้องต้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้มีนโยบายในการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านเพื่อเป็นทางเลือกที่คนทั่วไปนิยมใช้ดูแลสุขภาพในเบื้องต้น ซึ่งพืชสมุนไพรที่ได้รับการสนับสนุนให้เป็นพืชสมุนไพรประจำบ้านเพื่อใช้ดูแลสุขภาพ จำนวน ๑๐ ชนิด ได้แก่ กระเพราแดง ชิง ตะไคร้ ข้าวปลุก บัวบก ฟ้าทะลายโจร มะกรูด มะระขี้นก ว่านหางจระเข้ และสระแหน่ ซึ่งหาซื้อได้จากตลาดและปลูกได้เองที่บ้าน พืชสมุนไพรทั้ง ๑๐ ชนิด มีประโยชน์และสรรพคุณแตกต่างกันออกไป ได้แก่

๑.กระเพราแดง มีรสเผ็ดร้อน สรรพคุณแก้ปวดท้อง ท้องอืด แก้ลมจุกเสียดแน่นท้อง ขับลมทำให้เรอ เหมาะสำหรับเด็ก

๒.ขิง มีรสเผ็ดร้อนหวาน สรรพคุณ บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม แน่นจุกเสียด ป้องกันและบรรเทา อาการคลื่นไส้อาเจียน จากอาการเมาเรือ เมาเรือ

๓.ตะไคร้ มีรสปร่า กลิ่นหอม มีสรรพคุณขับลมในลำไส้ เจริญอาหาร ขับปัสสาวะ

๔.ข้าพุด มีรสเผ็ดเล็กน้อย สรรพคุณ ช่วยเจริญอาหาร ขับลม แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ

๕.บัวบก สรรพคุณตามตำรายาไทยใช้บัวบกแก้ไข้ แก้อ่อนใน แก้ช้ำใน ใช้เป็นยาภายนอกรักษาแผล ทำให้แผลหายเร็ว เป็นยาบำรุงและยาอายุวัฒนะ ช่วยเสริมสร้างความจำ ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในคนพบว่า บัวบกมีฤทธิ์รักษาความผิดปกติของหลอดเลือดดำ ช่วยให้คลายกังวล รักษาแผลที่ผิวหนัง และรักษาแผล ในทางเดินอาหาร

๖.ฟ้าทะลายโจร มีรสขม สรรพคุณแก้ไข้ บรรเทาอาการเจ็บคอ บรรเทาอาการของโรคหวัด ให้ได้ผลดีต้องรับประทานทันทีเมื่อมีอาการ สำหรับข้อควรระวัง หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกัน ๓ วัน แล้วอาการ ไม่ดีขึ้น หรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้และปรึกษาแพทย์ สำหรับข้อห้าม ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ และผู้ที่แพ้ฟ้าทะลายโจร

๗.มะกรูด มีรสเปรี้ยว สรรพคุณผิวมะกรูด แก้อาการหน้ามืด วิงเวียน น้ำมะกรูด แก้ไอ ขับเสมหะ และใช้บำรุงเส้นผม

๘.มะระขี้นก มีรสขมจัด สรรพคุณ แก้ไข้ แก้อ่อนใน เจริญอาหาร ผลมะระอ่อน ใช้รับประทานเป็น ยาเจริญอาหารโดยการต้มให้สุกรับประทานร่วมกับน้ำพริก ถ้าผลสุกสีเหลืองห้ามรับประทาน เพราะจะทำให้มี อาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่า มะระขี้นกมีสารซาแรนดินช่วยลดน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานได้

๙.ว่านหางจระเข้ วันของว่านหางจระเข้ มีรสเย็นจืด สรรพคุณ รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

๑๐.สระแหน่ สรรพคุณบรรเทาอาการวิงเวียน หน้ามืด ขับลม เป็นต้น จะเห็นได้ว่าสมุนไพรใกล้ตัว มากมายเหล่านี้มีประโยชน์ทางยา ใช้สะดวกและได้ผลดี (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๒๕๖๑)

จากผลการวิจัยพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ของรตนพร แสงประทีป พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความรู้ ความเชื่อมั่นระดับปานกลางร้อยละ ๗๑.๓๑ และ ๓๘.๘๒ โดยเชื่อมั่นว่าพืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด สามารถหาได้ง่ายในชุมชนร้อยละ ๕๒.๗๔ นำมารักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ร้อยละ ๔๘.๙๖ ยังขาดความเชื่อมั่นในเรื่องการนำมาใช้บรรเทาอาการ/รักษาโรค ให้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยา แผนปัจจุบันร้อยละ ๓๒.๐๗ พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำร้อยละ ๕๖.๙๖ โดยความรู้มี ความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .๐๓๘$, $r = .๑๓๕$) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นกับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ดังกล่าว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p = .๐๘๙$, $r = ๐.๑๐๘$) การนำมาใช้ประกอบอาหารมากที่สุดได้แก่ ตะไคร้ มะกรูด ขิง ร้อยละ ๔๔.๓๐, ๔๒.๑๙ และ ตะไคร้ร้อยละ ๓๑.๖๔ (รตนพร แสงประทีป, ๒๕๖๖)

ดังนั้นเพื่อให้มีการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านได้อย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น จึงได้เสนอแนวคิดการส่งเสริมการ ใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเชื่อมั่น

แก่ประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาปลูกไว้ประจำครัวเรือนและนำมาใช้ประโยชน์ต่างๆได้

๓.บทวิเคราะห์ / แนวคิด / ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีการกำหนดไว้ในหมวด ๕ ของธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ระบุให้มีการจัดการความรู้ยาไทย และยาสมุนไพรที่มีคุณภาพในการรักษาเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร และมีระบบกลไกการคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย มีการเร่งรัดการใช้ยาไทยและยาจากสมุนไพร โดยมีการเพิ่มมูลค่า/ปริมาณการใช้ยาไทย และยาสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ ๒๕ ภายใน ๕ ปี ในส่วนแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๗ “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบ บริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน” เพื่อที่จะมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๑ รวมทั้งเป็นกรอบและแนวทางให้กับหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการนำไปดำเนินการเพื่อมุ่งไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังนั้น ทุกภาคส่วนในสังคมไทยจึงมีหน้าที่ที่จะต้องส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง เพื่อเป็นทางเลือกด้านสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงสนับสนุนการพัฒนา เศรษฐกิจ ทั้งระดับชุมชน และระดับชาติ โดยเป้าหมายในช่วง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีมาตรฐาน ตั้งแต่องค์ความรู้ สถานที่ บุคลากรเวชปฏิบัติ ระบบข้อมูล ระบบยา และอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ ระบบยาของประเทศมีความมั่นคงบนฐานของระบบยาจากสมุนไพร การเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันมี ๗๑ รายการ ควรมีการเพิ่มรายการยาให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ ของ รายการยาทั้งหมด รวมทั้งการให้มีรายการเภสัชตำรับสำหรับโรงพยาบาลด้านยาจากสมุนไพร (กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๐)

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข สู่แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีเป้าหมายการขับเคลื่อนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

๑.ประเทศไทยมีผลงานวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรที่มีคุณค่าต่อระบบสุขภาพของประเทศ อย่างเป็นรูปธรรม ที่สามารถนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นที่ดีให้กับประชาชน

๒.ระบบบริการทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร มีคุณภาพ มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นของผู้ใช้และผู้รับบริการ และเป็นทางเลือกสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และวัยทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี, ๒๕๖๐)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสนับสนุน ส่งเสริมการผลิตยาที่ใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพยาบาลเบื้องต้น ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันลง โดยนำพืชสมุนไพรประจำบ้าน มาผลิตในรูปแบบต่างๆ เช่น แคปซูล เจล ครีม ส่วนการดำเนินงานตามนโยบายด้านสมุนไพรของจังหวัดจันทบุรี ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานด้านสมุนไพรในทุกพื้นที่ มีโรงงานผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ กระจายยาออกไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ทั้ง ๖ แห่ง และกระจายยาไปยังโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรให้มีความแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ดำเนินการผลิต แบ่งเป็น ๔ ประเภท ได้แก่ ยาแคปซูลสมุนไพร ยาขงสมุนไพร ยาผง และลูกประคบ

๑. ยาแคปซูลสมุนไพร

- ๑) ขมิ้นชันแคปซูล ๕๐๐ mg
- ๒) ฟ้าทะลายโจรแคปซูล ๔๐๐ mg
- ๓) ยาผสมเพชรสังฆาตแคปซูล ๕๐๐ mg
- ๔) เถาวัลย์เปรียงแคปซูล ๓๕๐ mg
- ๕) ยามะขามแขก ๔๐๐ mg
- ๖) ยาชิง ๕๐๐ mg
- ๗) ยามะระจันทน์ ๕๐๐ mg
- ๘) ยาประสะไพลแคปซูล ๓๕๐ mg
- ๙) ยาจันทน์ลีลาแคปซูล ๓๕๐ mg
- ๑๐) ยาธาตุน้ำจืด ๕๐๐ mg
- ๑๑) ยาเกลือป่นสมุทร ๕๐๐ mg
- ๑๒) ยาเบญจกูล ๕๐๐ mg
- ๑๓) ยาธรณีสังฆาต ๕๐๐ mg
- ๑๔) ยาห้ารอก ๔๐๐ mg
- ๑๕) ยาบำรุงโลหิต ๕๐๐ mg
- ๑๖) ยาตรีผลา ๕๐๐ mg
- ๑๗) ยาสหัชสารา ๕๐๐ mg

๒. ยาขงสมุนไพร

- ๑) ยาขงรางจืด ๓ กรัม
- ๒) ยาขงชุมเห็ดเทศ ๓ กรัม
- ๓) ยาขงหญ้าดอกขาว ๒ กรัม
- ๔) ยาขงกระเจี๊ยบแดง ๓ กรัม
- ๕) ยาขงหญ้าหนวดแมว ๒ กรัม

๓. ยาผง

- ๑) ยาหอมเทพจิตร (ยาผง)
- ๒) ยาหอมนวโกฐ (ยาผง)
- ๓) ยาเขียวหอม (ยาผง)

๔. ลูกประคบ

- ๑) ลูกประคบสด ๔๐๐ กรัม
- ๒) ลูกประคบแห้ง ๒๐๐ กรัม

จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรที่ทำจากพืชสมุนไพรประจำบ้านในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ในปี ๒๕๖๒ -๒๕๖๖ พบว่า พืชสมุนไพรประจำบ้านที่นำมาเป็นยาสมุนไพรใช้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ฟั้ทะลายโจร ชิง ว่านหางจระเข้ บัวบกและมะระขี้นก โดยมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและมูลค่าการใช้ยาในแต่ละปี ค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีจำนวนผู้รับบริการ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จำนวน ๑๔,๐๐๓,๒๓๕๐๘,๒๒,๘๘๐,๑๗,๕๐๑ และ ๗๙,๕๗๑ ครั้ง มีมูลค่าการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรประจำบ้าน ๗๙๕,๘๘๑.๕๓, ๑,๒๗๙,๗๑๓.๕๒, ๑,๓๐๔,๕๔๐.๐๐, ๑,๒๗๔,๓๘๓.๒๗ และ ๔,๔๓๙,๖๐๙.๔๘ ตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุข. คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC., (๒๕๖๖) ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรประจำบ้าน ของผู้ป่วยนอก จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๖

ยาสมุนไพร	ผลการดำเนินงาน				
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑. ฟั้ทะลายโจร(แคปซูล)					
๑.๑.จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๑๒,๖๙๓	๑๙,๕๑๕	๑๖,๖๗๑	๑๒,๔๕๐	๔๒,๙๖๑
๑.๒.มูลค่าการใช้ยา(บาท)	๖๑๒,๗๐๒.๕๐	๘๘๓,๑๑๐.๐๐	๗๒๕,๘๓๑.๐๐	๘๐๐,๐๕๕.๐๐	๔,๐๖๑,๒๔๗.๐๕
๒. ชิง					
๒.๑.จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๖๑๘	๑,๓๖๗	๒,๒๐๗	๑,๙๗๕	๓๑,๙๙๔
๒.๒.มูลค่าการใช้ยา(บาท)	๔๔,๗๘๗.๙๓	๖๘,๒๑๐.๔๐	๑๐๘,๒๐๗.๔๕	๑๘๘,๖๘๐.๒๐	๘๘,๔๒๘.๐๐
๓. ว่านหางจระเข้ (เจล)					
๓.๑.จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๐.๐๐	๖๓๕	๑,๓๓๗	๙๘๑	๑,๙๖๔
๓.๒.มูลค่าการใช้ยา(บาท)	๐.๐๐	๓๙,๕๖๒.๘๗	๕๕,๓๐๘.๐๒	๔๖,๒๓๙.๐๒	๘๕,๒๒๙.๑๘
๔. บัวบก (ครีม)					
๔.๑.จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๐.๐๐	๗๗๔	๙๗๙	๕๒๕	๕๕๔
๔.๒.มูลค่าการใช้ยา(บาท)	๐.๐๐	๕๕,๖๖๐.๐๐	๖๔,๕๓๓.๑๐	๔๙,๖๗๖.๘๐	๖๐,๒๑๕.๐๐

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรประจำบ้าน ของผู้ป่วยนอก จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๖ (ต่อ)

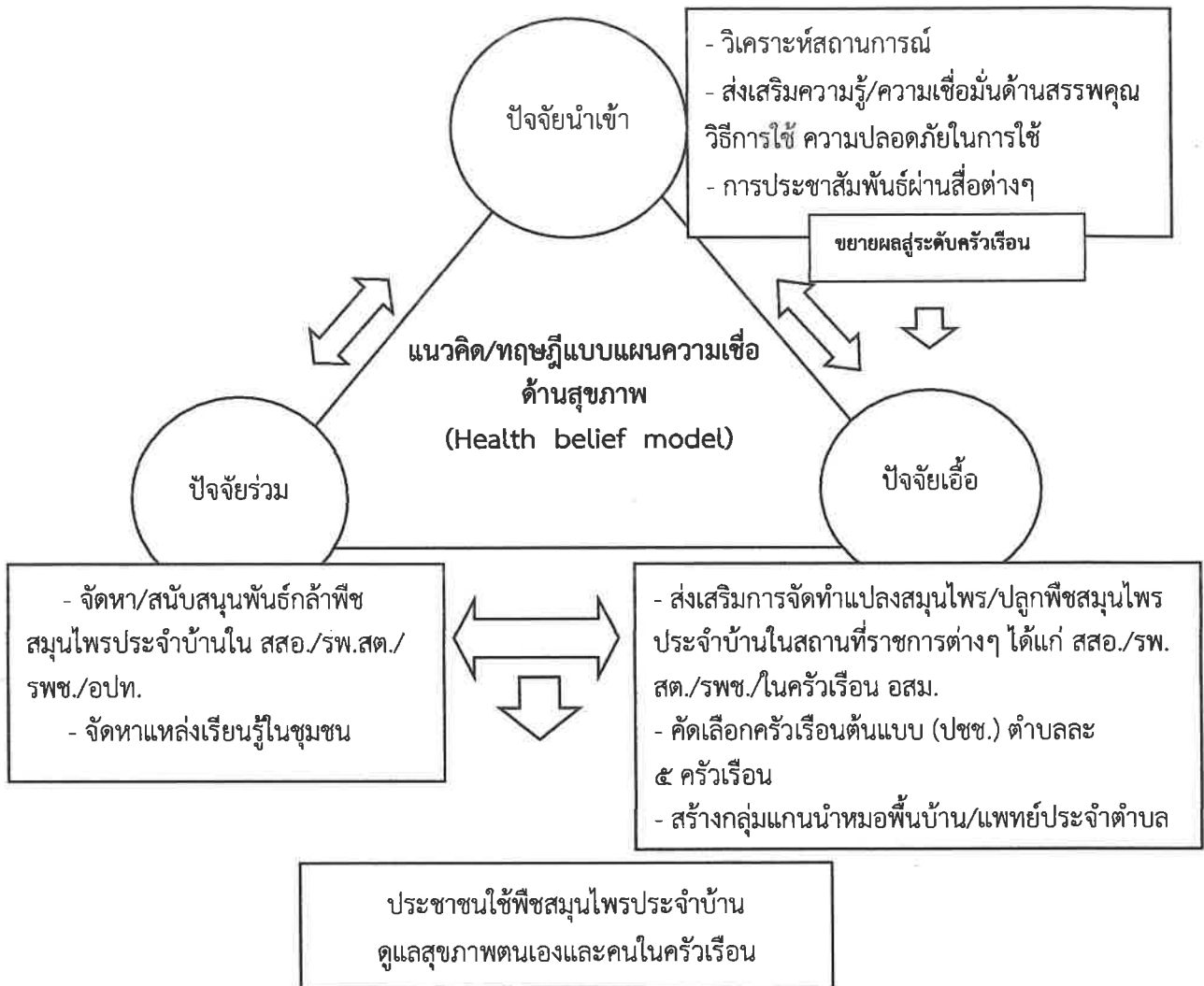
ยาสมุนไพร	ผลการดำเนินงาน				
	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๕.มรรชนันก (แคปซูล)					
๕.๑.จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๖๙๒	๑,๒๑๗	๑,๖๘๖	๑,๕๗๐	๒,๐๙๘
๕.๒.มูลค่าการใช้ยา(บาท)	๑๓๘,๓๙๑.๑๐	๑๓๓,๑๗๐.๒๕	๑๕๐,๖๖๐.๕๐	๑๘๙,๗๓๒.๒๕	๑๔๔,๔๙๐.๒๕
รวมจำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	๑๔,๐๐๓	๒๓,๕๐๘	๒๒,๘๘๐	๑๗,๕๐๑	๗๙,๕๗๑
รวมมูลค่าการใช้ยา (บาท)	๗๙๕,๘๘๑.๕๓	๑,๒๗๙,๗๑๓.๕๒	๑,๓๐๔,๕๕๐.๐๐	๑,๒๗๔,๓๘๓.๒๗	๔,๔๓๙,๖๐๙.๔๘

ที่มา, รายงาน HDC ๔๓ แฟ้ม ปี ๖๒ - ๖๖

จากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ของ รตนพร แสงประทีป พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เรื่องพืชสมุนไพรประจำบ้านระดับปานกลาง มีความเชื่อมั่นต่อการใช้ระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด ในระดับต่ำ ดังนั้นในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิดได้อย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น จึงได้เสนอแนวความคิดการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจังหวัดจันทบุรี โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ทั้งในด้านสรรพคุณ วิธีการใช้ ความปลอดภัยจากการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน สร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาปลูกไว้ประจำครัวเรือนตนเองและนำมาใช้ประโยชน์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง

๓.๒ แนวความคิด

การขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี โดยให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด ดังกล่าวกระจายไปในทุกครัวเรือน สามารถนำมาใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเองได้ โดยการใช้แนวคิด/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี โดยให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด ดังกล่าวกระจายไปในทุกครัวเรือน สามารถนำมาใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเองได้ โดยการใช้แนวคิด/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพรบบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่า มากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยร่วม (อาภาพร เภาวัฒนา, ๒๕๕๔) ดังแผนภาพที่ ๑



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจังหวัดจันทบุรี

การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จังหวัดจันทบุรี มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้เรื่องสรรพคุณ วิธีการใช้ และความปลอดภัยในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด ดังกล่าว โดยการใช้แนวคิด/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๓.๑ ระยะก่อนดำเนินการ

๓.๓.๑.๑. วิเคราะห์สถานการณ์จังหวัดจันทบุรี สถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรจากพืชสมุนไพรประจำบ้าน ๑๐ ชนิด ของจังหวัดจันทบุรี พบว่าในภาพรวมพืชสมุนไพรประจำบ้านที่นำมาเป็นยาสมุนไพรใช้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ชิง ว่านหางจระเข้ บัวบกและมะระขี้นก โดยมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและมูลค่าการใช้ยาในแต่ละปี ค่อนข้างน้อย โดยผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรที่นำมาใช้จำนวน ๕ ชนิด ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ชิง ว่านหางจระเข้ บัวบก และมะระขี้นก ทั้งในรูปแบบของแคปซูล เจล ครีမ်

ส่วนพืชสมุนไพรประจำบ้านอีก ๕ ชนิด คือ ตะไคร้ กระเพราแดง สะระแหน่ มะกรูด และข้าพลุ ไม่มีรายงานการใช้

จากข้อมูลงานวิจัยของ รตนพร แสงประทีป ที่จัดทำวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี พบว่าพืชสมุนไพรประจำบ้านที่ใช้บ่อยๆในการนำมาประกอบอาหาร ได้แก่ ตะไคร้ มะกรูด ขิง ส่วนพืชสมุนไพรประจำบ้านประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ได้แก่ ตะไคร้ ว่านหางจระเข้ และขิง โดยการนำมาใช้นั้นเป็นการนำส่วนต่างๆ จากต้นสดมาใช้

๓.๓.๑.๒ นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์แก่ผู้บริหาร เพื่อทราบสถานการณ์

๓.๓.๑.๓ ประชุมชี้แจงนโยบายฯแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องและวางแผน

ดำเนินงานร่วมกัน

๓.๓.๒ ระยะเวลาดำเนินการ

ด้านปัจจัยนำเข้า

๓.๓.๒.๑ สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประสานสถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เพื่อวางแผนสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ โดยการประชุมชี้แจงจัดอบรมความรู้เรื่องพืชสมุนไพรประจำบ้านแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มียอดความรู้เพิ่มมากขึ้นในเรื่องสรรพคุณ วิธีการใช้ ความปลอดภัยจากการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด ให้เป็นกลุ่มแกนนำสามารถเผยแพร่ไปยังครัวเรือนต่างๆในละแวกของตนเองได้

๓.๓.๒.๒ ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนในด้านสรรพคุณ วิธีการใช้ ความปลอดภัยในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความเชื่อมั่น สามารถนำไปปลูกไว้ในครัวเรือนตนเอง และนำมาใช้ประโยชน์ได้ โดยให้มีการปลูกประจำครัวเรือนอย่างน้อย ๖ ชนิด ได้แก่ กระเพราแดง ตะไคร้ ขิง ว่านหางจระเข้ สะระแหน่ และ มะกรูด

๓.๓.๒.๓ สร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขค้นคว้าข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อนำมาสร้างองค์ความรู้และความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน

๓.๓.๒.๔ สร้างรูปแบบการประชาสัมพันธ์การใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน ๑๐ ชนิด ในรูปแบบต่างๆ ทั้งแผ่นพับ ภาพพลิก กลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสรรพคุณ วิธีการใช้ ความปลอดภัย/ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้

๓.๓.๒.๕ สร้างทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง โดยการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนปลูกพืชสมุนไพรประจำบ้านไว้ในครัวเรือนตนเองเพื่อให้เกิดความสะดวก สบาย ต่อการหยิบใช้ง่ายต่อการนำมาใช้ประโยชน์

ด้านปัจจัยเอื้อ

๓.๓.๓.๑ ส่งเสริมการจัดทำแปลงสมุนไพร/ปลูกพืชสมุนไพรประจำบ้านในสถานที่ราชการต่างๆ ได้แก่ สสอ./รพ.สต./รพช./ในครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นแกนนำในการปลูกและนำไปใช้ประโยชน์

๓.๓.๓.๒ คัดเลือกครัวเรือนต้นแบบในหมู่บ้านๆละ ๕ ครัวเรือน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการปลูกและใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรประจำบ้าน

๓.๓.๓.๓ สร้างกลุ่มแกนนำหมอพื้นบ้าน/แพทย์ประจำตำบล เพื่อเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านแก่ประชาชนในชุมชน

ด้านปัจจัยร่วม

๓.๓.๔.๑ จัดหา/สนับสนุนพันธัก้าพืชสมุนไพรประจำบ้านใน สสอ./รพ.สต./รพช.

๓.๓.๔.๒ ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้มีการจัดทำโครงการ “สวนสมุนไพรต้นแบบ” เทศบาลละ ๑ แห่ง เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ เป็นศูนย์กลางเผยแพร่พันธุ์พืชสมุนไพรประจำบ้านสู่ชุมชน ตลอดจนจัดหาแหล่งพันธุ์พืชสมุนไพรประจำบ้านให้แก่ประชาชนในชุมชนนำไปปลูกไว้ประจำครัวเรือน

๓.๓.๔.๓ จัดหาแหล่งเรียนรู้ในชุมชนให้ผู้สนใจได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรต่างๆ อย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง

๓.๓.๓ ระยะเวลาหลังดำเนินการ

๓.๓.๓.๑ ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุก ๆ ๓ เดือน/ครั้ง

๓.๓.๓.๒ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสำรวจข้อมูลการมีและใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำในชุมชน

๓.๓.๒.๑ สนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบลจัดทำสวนสมุนไพรเพื่อเผยแพร่พืชสมุนไพรประจำบ้าน ทั้ง ๑๐ ชนิด

๓.๓ ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอ

๑. จากการศึกษาข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรประจำบ้านในสถานบริการสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ในปี ๒๕๖๒ -๒๕๖๖ พบว่า พืชสมุนไพรประจำบ้านที่นำมาเป็นยาสมุนไพรใช้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร จึง ว่านหางจระเข้ บัวบกและมะระขี้เหล็ก โดยมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและมูลค่าการใช้ยาในแต่ละปี ค่อนข้างน้อย และข้อมูลจากนักวิชาการหลายท่าน พบว่า พฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านของประชาชน ค่อนข้างต่ำ โดยมีความรู้และทัศนคติในระดับปานกลาง จึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนด้านองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสม ในการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้าน และส่งเสริมการมี การปลูกไว้ในครัวเรือน เพื่อให้เกิดการหยิบใช้ได้ง่าย สะดวก

๒. ส่งเสริมให้มีการปลูกพืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิดในครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในชุมชน และส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ในครัวเรือนตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการสร้างกระแสและสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนในชุมชน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาจากพืชสมุนไพรประจำบ้านแก่ประชาชนให้เกิดความแพร่หลายมากขึ้น จำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการใช้ดังกล่าวในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โดยมีการผลิต จัดหา และสนับสนุนอย่างเพียงพอ

๒. ควรมีการศึกษาความต้องการการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านทั้ง ๑๐ ชนิด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ส่งเสริมการใช้เพื่อให้เกิดความแพร่หลาย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการขยายผลการใช้พืชสมุนไพรประจำบ้านสู่ชุมชน

๔.๒ มีการปลูกพืชสมุนไพรประจำบ้านในครัวเรือนของประชาชนและมีการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เชิงปริมาณ

๑. ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้เรื่องสรรพคุณ ประโยชน์ของพืชสมุนไพรประจำบ้าน

๒. ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของประชาชนมีการปลูก และนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาใช้ประโยชน์ ในการดูแลสุขภาพตนเอง

เชิงคุณภาพ

๑. เกิดกลุ่มแกนนำในการนำพืชสมุนไพรประจำบ้านมาใช้ประโยชน์ และเผยแพร่ลงสู่ชุมชน

๒. เกิดครัวเรือนต้นแบบที่มีความรู้ด้านการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรประจำบ้านและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

(ลงชื่อ)



(นางรตนพร แสงประทีป)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๓ / กันยายน /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองขี้ม อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี.
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือน เมษายน 2564 จนถึงเดือน มิถุนายน 2566 รวม ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี 2 เดือน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองขี้ม อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้
 - 3.1 ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้นใช้ค่าความดันโลหิตเหมือนในวัยผู้ใหญ่กล่าวคือค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004 อ้างถึงใน นิพนพัทธ์สินทรัพย์ และคณะ, 2560) แต่ค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในการรักษานั้นจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุงพ.ศ. 2562) โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้กำหนดค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตตั้งนี้กลุ่มอายุ 18-65 ปี คือ 120-130/70-79 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 65-79 ปีค่าเป้าหมายคือ 130-139 /70-79 มิลลิเมตรปรอทและผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปค่าเป้าหมายคือ 130-139/70-79 มิลลิเมตรปรอท

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจึงเป็นภาวะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะแรกๆที่โรคยังไม่รุนแรงจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆที่เด่นชัด อาจมีอาการเวียนศีรษะเป็นๆ หายๆ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีทั้ง (1) การรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่ทานอาหารเค็มออกกกำลังกายเป็นประจำลดความอ้วนงดสูบบุหรี่เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ฝึกรักษาจิตใจไม่ให้เครียดและ (2) รักษาด้วยการใช้ยาผู้ป่วยต้องไม่หยุดยาเองเป็นอันตรายเนื่องจากยาที่ใช้มีความปลอดภัยสูงสามารถกินต่อเนื่องได้เป็นเวลานานหรือตลอดชีวิตและการรักษาเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ยกเว้นเมื่อทานยาลดความดันโลหิตที่เพิ่งได้มาใหม่แล้วมีอาการไม่สบายโดยเฉพาะมีง่วงหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ควรหยุดยาแล้วไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ยาใหม่ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงควรดูแลตนเองและปฏิบัติตัวดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้แก่

(1) ควบคุมน้ำหนักร่างกายให้พอดีคนที่มีน้ำหนักตัวมากควรลดน้ำหนักเพราะจะช่วยลดความดันลงได้โดยควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกาย

(2) ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเช่นเดินเร็วก้าวยาวๆทำบริหารร่างกายแบบง่ายๆ ควรเริ่มต้นที่ละน้อยก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจะทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้นช่วยการสูบฉีดโลหิตหมุนเวียนทั่วร่างกายและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่ข้อต่อต่างๆ

(3) ลดอาหารเค็มควรเลือกอาหารที่ใส่เกลือหรือน้ำปลาน้อยที่สุด รวมทั้งงดรับประทานผงชูรส ป้องกันอาการท้องผูกโดยการรับประทานผักผลไม้ให้มากที่สุดดื่มน้ำให้พอเพียง และควรบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำมีเส้นใยอาหารสูง

(4) ทำจิตใจให้ผ่อนคลายปล่อยวางเพื่อลดความเครียด

(5) งดสูบบุหรี่เด็ดขาดเพราะบุหรี่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเร็วขึ้นและยังทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา

(6) เลิกดื่มเหล้าเพราะแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

(7) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

2. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาด้วยตัวเอง

โรคความดันโลหิตสูงจึงมักได้รับการขนานนามว่าเป็น "ฆาตรกรเงียบ" หรือ "เพชฌฆาตเงียบ" โรคนี้ อาจจะไม่มีอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ที่เป็นละเลยต่อการรักษาควบคุมและดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมดังนั้นจึงควรเอาใจใส่ดูแลตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Theory) แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้คือการดูแลตนเอง (self-care) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจเป็นการกระทำอย่าง จงใจและเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อความสมบูรณ์ในโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกายรวมทั้งพัฒนาการของมนุษย์ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นผู้มีสิทธิและความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเพื่อดำรงความเป็นเจ้าของชีวิต และสุขภาพของตนเองรวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อบุคคล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง (Orem :1985:36 ; Orem 1995:104) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเช่น

คะนิงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ (2561) ศึกษาของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แอบจ. เชียงรายจำนวน 54 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (2001) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนขั้นที่ 1 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขั้นที่ 2 การสนับสนุนโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นที่ 3 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเองการฝึกทักษะการคลายเครียดและขั้นที่ 4 การเยี่ยมบ้านการสนับสนุนเสริมสร้างพลังใจการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสอนแบบกลุ่มๆละ 10-15 คนเป็นระยะเวลาติดต่อกัน 12 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างคู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีในการดูแลตนเองของโอเรมประกอบไปด้วยคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จันทนา เสวกวรรณ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้การวิจัยกึ่งทดลองแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner (2001) กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพเชิงปฏิสัมพันธ์สร้างทัศนคติที่ดีและตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH Diet) การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนการผ่อนคลายความเครียดโดยการสวดมนต์และการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ SKT2 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมโดยผู้วิจัยและการติดตามทางโทรศัพท์ 4) การประสานและใช้ข้อมูลการตรวจตามนัดและค่าความดันโลหิตจากระบบสารสนเทศของอำเภอ 5) การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับและมีการจัดทำคู่มือการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รภัทกร เพชรสุข และชุตินา ทองวชิระ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมในการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนวัดภคินีนาถ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยโปรแกรมในการให้ความรู้/ชุดของกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมในการให้ความรู้จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ครั้งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาการใช้ยา ครั้งที่ 2 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการออกกำลังกาย และใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า/การใช้ยา และค่าระดับความดันโลหิต ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า พฤติกรรมรับประทานยา/ใช้ยา ก่อนและหลังการทดลอง หลังการให้โปรแกรม 1 สัปดาห์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะติดตาม 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมกรออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และพฤติกรรมการรับประทานยา/ใช้ยา ไม่มีความแตกต่างกัน

และอีกหลายคน สรุปได้ว่าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น ควรเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะ 4-6 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลา 6-12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 10-15 คน เน้นกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่อง การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียดโดยการฝึกสมาธิและการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการสนับสนุนเสริมสร้างพลังใจ ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิต และส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย และกิจกรรมที่พบว่ามี การปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นได้น้อยคือเรื่องกรออกกำลังกาย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อต้องการให้มีรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลหนองซิม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี พบว่าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองซิม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี และประเมินประสิทธิผลการนำไปใช้ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 94 คน และคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาโปรแกรม 22 คน 2) กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จน ท.สาธารณสุข และอาสาสมัคร. ประเมินผลโปรแกรมด้วยแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Thematic Analysis ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Pair t-test, และ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาได้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมกับอาสาสมัคร. ที่มีองค์ประกอบ 3 กิจกรรมหลัก คือการรับรู้ตัวตน (รับรู้ปัญหา) ตั้งเป้าหมาย (เพื่อลดปัญหานั้นๆ) เข้าใจแนวปฏิบัติ (ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จนจำได้) การมีส่วนร่วมติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัญหาอุปสรรค (ติดตามทั้งเชิงรุกและเชิงรับ) ประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลพฤติกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 4 เดือน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลหนองซิม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ

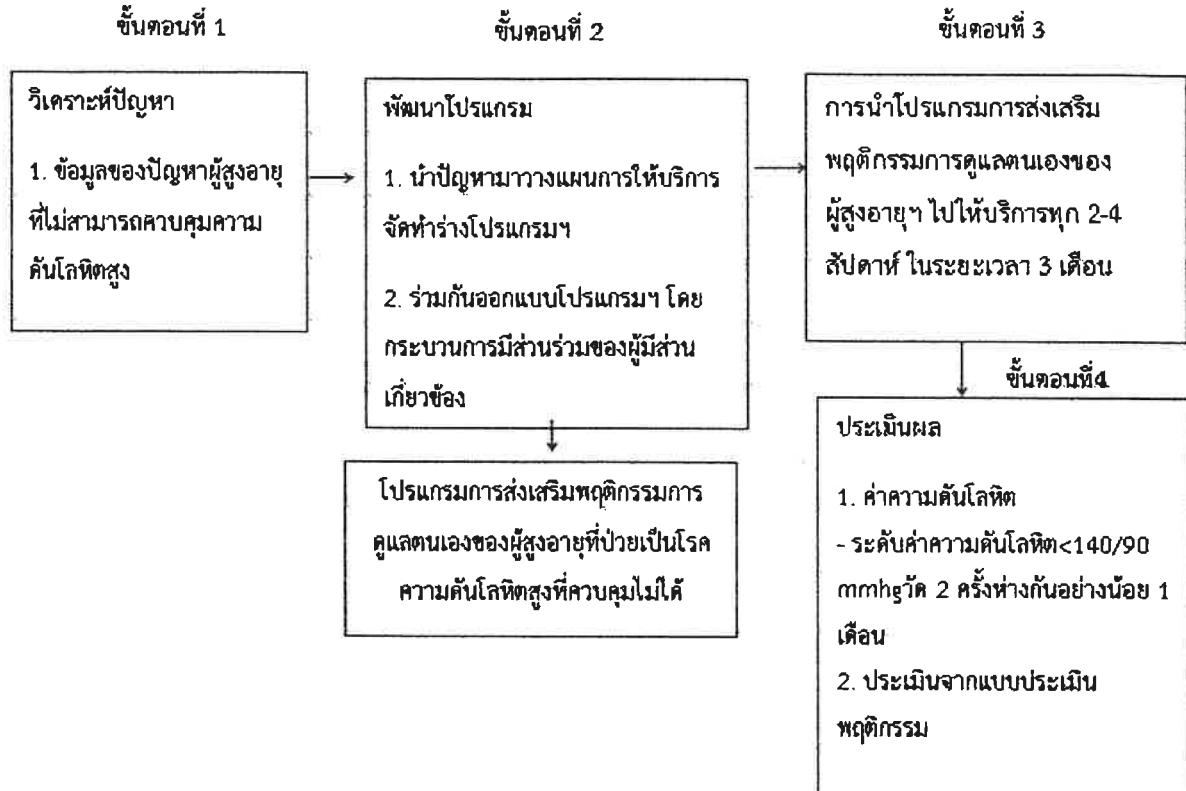
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลหนองซิม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลหนองซิม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดจันทบุรี

ซึ่งได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนา กระบวนการพัฒนาดังตาราง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)



การประเมินผล ประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา สูงกว่าก่อนเข้าร่วม กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย (ค่าBMI) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง และความเครียด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.3 เป้าหมายของงาน

- 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
- 2) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

3) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังอื่น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

จากการศึกษาสถานการณ์ ผลการประชุมกลุ่ม(focus group) และสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม คือ ผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน)มากถึง 4 ใน 5 มีการรับประทาน อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ในอัตรา 2 ใน 3 ของแต่ละมื้อ 6-7 วัน/สัปดาห์ น้อยกว่า 1 ใน 5 ยังกินอาหารรสเค็มหรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร มากกว่าครึ่งหนึ่ง และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาทีจนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อมาก 4-7 วัน/สัปดาห์น้อยกว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 23.4) จึงจัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประชุมเพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่าง และจนท. สาธารณสุขในพื้นที่ และ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ที่ประชุมรับทราบข้อมูลยอมรับและร่วมกันกำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา พัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคือ “HSpM” โมเดล (Hypertension Self-care promotion) Program) ประกอบด้วย สามกิจกรรมหลัก คือ (1) การรับรู้ตัวตน ตั้งเป้าหมายเข้าใจแนวปฏิบัติ (2) การมีส่วนร่วมติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัญหาอุปสรรค และ (3) ประเมินผลลัพธ์และสะท้อนผลพฤติกรรม ใช้เวลาในการนำไปปฏิบัติ ระยะเวลา 4 เดือนกลุ่มอาสาสมัครเข้ามาร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม รวมกัน 5 ครั้ง ในระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุบางคนอาจจะมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้นหรือปฏิบัติตามรูปแบบโปรแกรมฯ ได้ไม่ครบถ้วน คณะผู้วิจัยจะเสนอทางออกเพื่อแก้ไขสาเหตุ เพื่อนำไปปฏิบัติได้ทันที

รายละเอียดโปรแกรมฯ และการนำไปปฏิบัติดังนี้

กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย	กิจกรรมย่อย
ครั้งที่ 1 Day1	รับรู้ตัวตน ตั้งเป้าหมายเข้าใจ แนวปฏิบัติ	1. การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่า BMI วัดค่าความดันโลหิต และประเมินผลค่าความดันโลหิต 2. ให้ความรู้โรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: การดูวิดีโอ “ความดันโลหิตสูงคืออะไร วินิจฉัยอย่างไร และปัญหาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะส่งผลต่อร่างกายอย่างไร รวมทั้งมีวิธีการดูแลรักษาอย่างไร” โดยนายแพทย์ธนิย์ ธนียวัน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอด วิกฤตบำบัดและการปลูกถ่ายปอด Harvard medical school ใช้เวลา 30 นาที 3. ดูวิดีโอการออกกำลังกายสาธิตการบริหารสำหรับคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง : Smart 60 สูงวัยอย่างสง่า โดย Mahidol Chanal และฝึกปฏิบัติจนจำทำได้ ใช้เวลา 20 นาที 4. ร่วมตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย	กิจกรรมย่อย
ครั้งที่ 2 Weeks 2	กิจกรรม มีส่วนร่วม ติดตามการ ปรับเปลี่ยน	ติดตามทำเป็นสองรูปแบบคือการติดตามเชิงรับและเชิงรุก ใน ประเด็นต่อไปนี้ 1. ความดันโลหิต น้ำหนัก ตามแบบฟอร์มการประเมิน และแจ้งผล การประเมินให้กลุ่มเป้าหมายทราบ
Weeks 4	พฤติกรรมและ ปัญหาอุปสรรค	2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย 3. ให้กลุ่มเป้าหมายทบทวนและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย 4 ท่า โดยใช้เวลา 30 นาที 4. พูดคุยซักถามเพื่อเสริมพลัง และรับทราบปัญหาอุปสรรค
ครั้งที่ 3 Weeks 8	ประเมินผลลัพธ์ และสะท้อนผล เบื้องต้น	ติดตามประเมินผล ทำเป็นสองรูปแบบคือการติดตามเชิงรับและเชิง รุก ในประเด็นต่อไปนี้ ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก การรับประทาน ยา การบริโภคอาหาร และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม โปรแกรมฯ ครอบคลุมทั้งเรื่องอาหาร น้ำหนัก การออกกำลังกาย และอารมณ์
Weeks 12		ติดตามเช่นเดียวกับ Week 8 และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์การนำ โปรแกรมไปปฏิบัติ ตามแบบสอบถาม

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การประเมินประสิทธิผล ของโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม
พฤติกรรมตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าความ
ดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) และมีคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา สูงกว่าก่อนเข้า
ร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.006$) ส่วนดัชนีมวลกาย (ค่า BMI) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่
แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Pair t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่าง ค่าดัชนีมวลกาย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลลัพธ์	ก่อน (N=22)		หลัง (N=22)		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	87.18	9.728	75.05	8.96	4.938	0.000
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส	50.00	5.25	54.14	4.39	-3.078	0.006
ดัชนีมวลกาย (BMI)	27.92	2.84	27.29	3.44	1.594	0.126

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และเนื่องจากข้อมูลแจกแจงค่าน้ำหนัก ค่าความดันโลหิตตัวบน และคะแนนความเครียด ไม่ใช่โค้งปกติ จึงต้องใช้การคำนวณแบบ non-parametric ซึ่งได้ผลดังนี้ คือ หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าผู้สูงอายุ มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) เฉลี่ยและมีคะแนนประเมินความเครียดเฉลี่ย ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสถิติ Wilcoxon Signed rank Test (N=22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบน้ำหนัก ค่าความดันโลหิตตัวบน และคะแนนความเครียด (ST5) ของผู้กลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลลัพธ์	ก่อน (N=22)		หลัง (N=22)		Z	Asymp.sig
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
น้ำหนัก	66.09	7.86	65.38	8.03	-2.720 ^b	.007
ค่าความดันโลหิตตัวบน	148.18	18.86	127.36	11.49	-3.911 ^b	.000
ความเครียด (ST5)	1.86	1.39	0.95	1.33	-2.102 ^b	.036

จากประเมินผลหลังพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าความดันโลหิตตัวบนและล่าง (Systolic /Diastolic Blood Pressure) และคะแนนประเมินความเครียดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ เป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ โดยให้ผู้เข้าโปรแกรมมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน จนถึงการประเมินผล มีกิจกรรมการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา เสวกรวรรณ(2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ คณิงนิจ เพชรรัตน์(2561) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ อัมพร บุญช่วย(2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัย มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ด้วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ได้โปรแกรมที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

6.2 เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งได้มีการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ เพื่อให้จำได้ และสามารถนำไปใช้ได้ด้วยตนเอง

6.3 เป็นแนวทางให้สถานบริการสาธารณสุข ในการจัดกิจกรรม ระหว่างการให้บริการในคลินิก เพื่อให้เกิดแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย

6.4 เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังอื่น ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ก่อนดำเนินการ ต้องทบทวนศึกษาและค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราทางวิชาการและวรรณกรรม เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผลการศึกษาคือถูกต้องตามหลักวิชาการ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และอ้างอิงได้ นอกจากนี้การ เก็บรวบรวมข้อมูล ต้องดำเนินการออกแบบตาราง แบบบันทึก ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และจำเป็นต่อการวิจัย อีกทั้ง ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทำวิจัย เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสม และลดโอกาสเกิดปัญหาและอุปสรรค ระหว่างดำเนินการศึกษา และเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และต้องใช้ทักษะกระบวนการ การบริหารจัดการ องค์ความรู้ในการที่จะเรียบเรียงทำการศึกษาวิจัยเชิง ปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ค่าสถิติทางการวิจัย เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ในการดำเนินการ

7.2 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ใช้กระบวนการกลุ่มในการทำ กิจกรรมเรียนรู้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การชมวิดิทัศน์ การสาธิต ซึ่งคณะวิจัย ต้องประชุม เตรียมความพร้อมและวางแผนร่วมกันก่อนดำเนินการ การลงภาคสนามเพื่อให้ได้ข้อมูลจริงจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องอาศัยการประสานงาน และความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน และตัวกลุ่มเป้าหมายเอง อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ ทำให้บางคนไม่สะดวกในการเดินทาง จำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายเพื่อรับ-ส่ง และการทำกิจกรรมตามโปรแกรมที่ร่วมกันพัฒนา กำหนดกิจกรรมไว้ 5 ครั้ง บางครั้งกลุ่มเป้าหมายไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมตามที่ตั้งใจ จำเป็นต้องมีการลงติดตามเยี่ยมถึงบ้าน เพื่อจะ วัตถุประสงค์ในระยะเวลาถัดไปได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ต้องใช้ ความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหา โดย ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

8.2 การจัดกิจกรรมรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ต้องเป็นสถานที่และ เวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวก ที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัย จึงใช้การนัดหมายล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ กำหนดสถานที่นัดหมาย เป็นจุดศูนย์กลางมากที่สุด 2-3 จุด ต่อ การนัดหมาย 1 ครั้ง อีกทั้งประสานเรื่องการเดินทางมาร่วมกิจกรรมด้วย บางคนไม่สะดวกในการเดินทาง ต้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประสานเครือข่ายเพื่อรับ- ส่ง และเมื่อถึงกำหนดนัด กลุ่มเป้าหมายมีฐานะกะทันหันไม่สามารถมาตามนัด ก็แก้ไขโดยการลงติดตามเยี่ยมที่บ้านในภายหลัง

9. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลหนองขี้ม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเริ่มจากการสำรวจปัญหา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการเกิน รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย จึงนำไปสู่การวางแผนพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มอื่น ๆ และพื้นที่อื่น โดยปรับเนื้อหา วิธีการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก
2. ควรมีการเยี่ยมติดตาม กลุ่มผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นไปแบบยั่งยืน
3. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเป้าหมายอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายพื้นที่หรือทดลองทำในพื้นที่อื่นที่หลากหลายเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผ่าน <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon> วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567 เผยแพร่เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2567 หน้า 9-20 ระดับ TCI 2

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 80

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------|
| 1) นางสาวเพ็ญภักดี สุขสิงห์ | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ 80 |
| 2) นางสาวนาฏยา บุญญะโกศล | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ 10 |
| 3) นางสาวสิริยาภรณ์ พลบุตร | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ 10 . |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวเพ็ญภักดี สุขสิงห์)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ


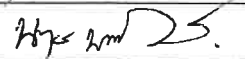
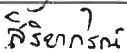
(วันที่) / / 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวเพ็ญกัณฑ์ สุขสิงห์	
2. นางสาวนาฏยา บุญญะโกศล	
3. นางสาวสิริยากรณ์ พลบุตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายกำธร พินิจ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

(วันที่) ๕ / กันยายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) ๗ ๙ ก.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี
2. หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากระบบสาธารณสุขได้รับการพัฒนาขึ้น จากข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรเมื่อสิ้นปี 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.9 ของประชากรทั้งหมด กล่าวได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (aged society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประชากรสูงอายุกลุ่มเฉพาะที่มีความเปราะบาง ทั้งด้านสุขภาพตามความเสื่อมถอยของอายุ และด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุพิการและทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุไร้บ้าน ผู้สูงอายุยากจนและจำเป็นต้องได้รับบริการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันของรัฐ ผู้สูงอายุในกลุ่มคนไทยไร้สิทธิหรือมีปัญหาสถานะบุคคล ผู้สูงอายุ (และผู้ใกล้สูงอายุ) ที่ย้ายถิ่นย้อนกลับ และ ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางเพศ⁽¹⁾ สังคมไทยเริ่มตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ได้กำหนดจัดสวัสดิการสังคม ส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เข้ามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 และมีบทบาทหน้าที่ใน “การส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ มีสุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี ครอบครัวมีความสุขมีความอบอุ่น มีสังคมเอื้ออาทรต่อกัน มีความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้⁽²⁾

ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรเมื่อ 30 มิถุนายน 2566 อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 7,639 คน คิดเป็นร้อยละ 25.89 ของประชากรทั้งหมด กล่าวได้ว่าปัจจุบันอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี เป็นสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (aged society) คุณภาพชีวิตที่ดีจะนำมาซึ่งความสุขในชีวิตไม่ว่าจะอยู่ในช่วยวัยใดก็ตาม ตาม แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้ว อุปสรรคทางด้านร่างกาย อาการเจ็บป่วย และอายุที่เพิ่มมากขึ้น อาจทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าและเป็นภาระต่อลูกหลาน และจากข้อมูลจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากผลการคัดกรองร้อยละ 61.48 ของผู้สูงอายุอำเภอแหลมสิงห์ทั้งหมด พบว่าอยู่ในภาวะติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 69 ราย อยู่ในภาวะติดเตียง (ADL 0-4) จำนวน 37 ราย⁽³⁾ และภาวะติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 4,193 ราย ในขณะที่อำเภอแหลมสิงห์ มีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 8 ชมรม จาก 7 ตำบล มีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอในรอบปี จำนวน 4 ชมรม ส่วนที่เหลือไม่มีการดำเนินการ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมัครเข้าร่วมโครงการ LTC ของสปสช. 4 แห่ง ไม่สมัครเข้าร่วม 1

แห่ง มีการเบิกจ่าย งบดำเนินการ LTC จำนวน 1 กองทุน จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงต้องการจะขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแหลมสิงห์ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การบูรณาการทุกภาคส่วนร่วมกันเพื่อตอบสนองในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นมิติด้านสุขภาพ มิติด้านสังคม มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล มีการปรับปรุงบ้านให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง มีการดำเนินงานตามโครงการ LTC ในทุกพื้นที่ ทุกภาคส่วน ทั้งองค์การของรัฐ เอกชน ชุมชน ครอบครัวยุบรวมมือกัน ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน ให้เป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ มีคุณค่า และตายอย่างสมศักดิ์ศรี

3. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

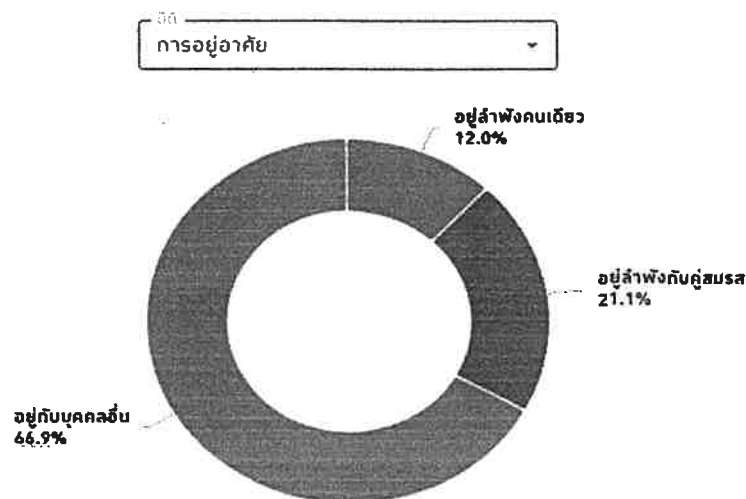
3.1 บทวิเคราะห์

สังคมสูงวัยเป็นความท้าทายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับสังคมไทย โดยปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีมากถึง 1 ใน 3 และเมื่อมองไปข้างหน้า ผู้สูงอายุในอนาคตยิ่งน่าเป็นห่วง โดยมีแนวโน้มขาดที่พึ่งมากขึ้น⁽¹⁾ เมื่อถึงวัยชราภาพ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไม่สามารถส่งเสริมได้ด้วยเงินเพียงอย่างเดียว การออกแบบนโยบายสังคมสูงวัยที่มีประสิทธิภาพ ต้องยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง คือ อยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และต้องอาศัยการบริหารจัดการเชิงพื้นที่เข้ามาช่วย ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถใช้ชีวิตยามบั้นปลายในพื้นที่ที่คุ้นเคยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

รายงานสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564 พบว่า⁽¹⁾

1. มิติด้านการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับบุคคลอื่น และมีอยู่ลำพังคนเดียว 12.0 % อยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 21.1 และอยู่กับบุคคลอื่นร้อยละ 66.9

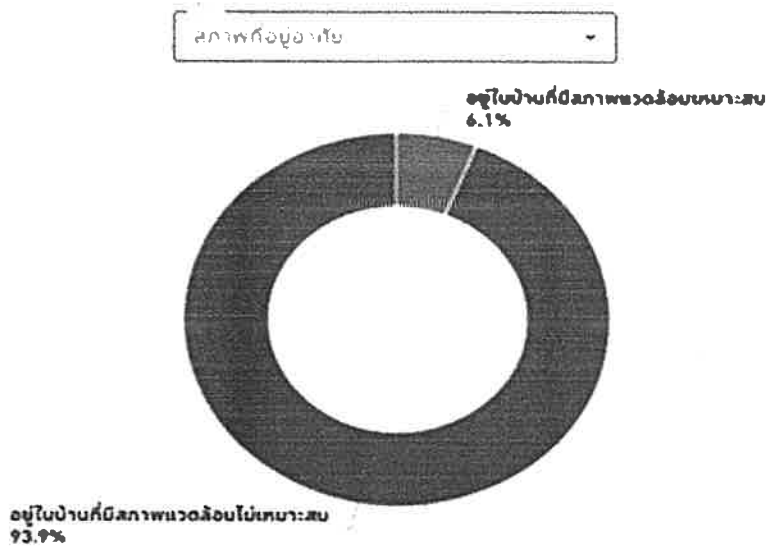
รูปที่ 1: สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564



ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องได้รับการดูแล เนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัย พึ่งพิงจากชุมชนเป็นหลัก

2. มิติด้านสภาพที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสม ร้อยละ 6.1 อยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 93.9

รูปที่ 1 สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564



หมายเหตุ: บ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมหมายถึงบ้านที่มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ บ้านได้บ้านมีราวให้ยึดเกาะ ห้องน้ำ/ห้องส้วมมีราวให้ยึดเกาะ ห้องนอนอยู่ชั้นล่างหรือเป็นบ้านชั้นเดียว ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ภายในบ้าน และมีส้วมแบบนั่งห้อยเท้า (อ้างอิงจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ)

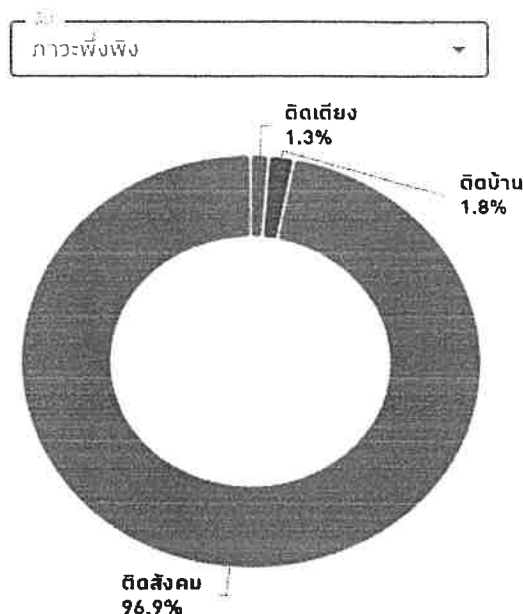
3. มิติประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมากที่สุดมีเพียงร้อยละ 3.3 สุขภาพดี ร้อยละ 42.7 สุขภาพปานกลางร้อยละ 41.6 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 10.7 สุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 1.7

รูปที่ 1: สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564



4. มิติ ภาวะพึ่งพิง พบว่ามีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.3 ติดบ้านร้อยละ 1.8 และติดสังคมร้อยละ 96.9

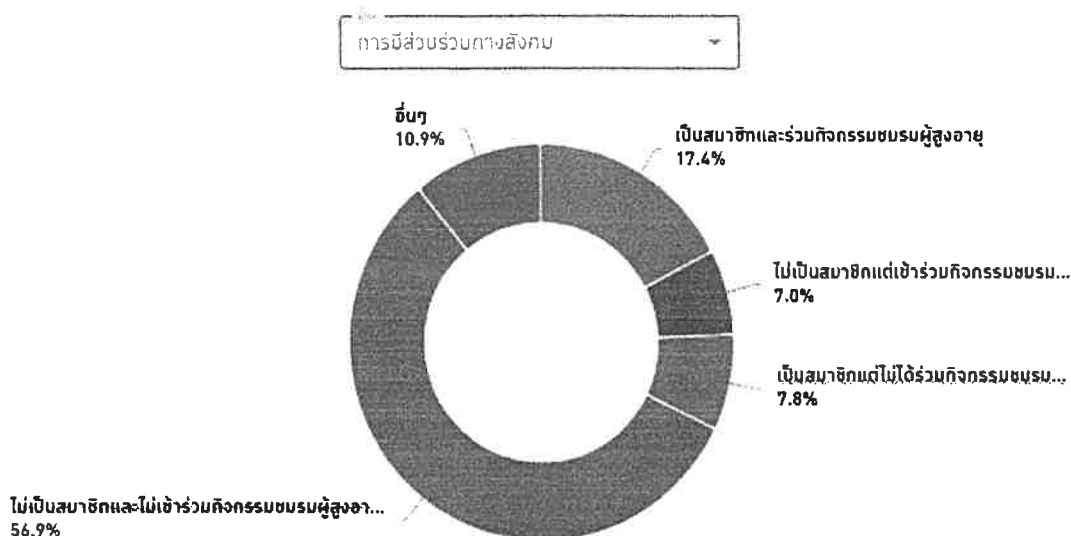
รูปที่ 1: สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564



กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุต้องได้รับการสุขภาพที่ตรงตามปัญหา เน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีดูแลตนเองและดำรงชีวิตประจำวันได้ เพื่อยืดระยะเวลาไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุ ติดบ้าน และกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองได้เป็นพลังในการพัฒนายืดระยะเวลาของปีสุขภาพดีออกไป ช่วยยืดระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงในที่สุด

5. มิติการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 56.9 ไม่เป็นสมาชิกและไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 17.4 ไม่เป็นสมาชิกแต่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมร้อยละ 7.0 และเป็นสมาชิกแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมร้อยละ 7.8

รูปที่ 1: สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2564



การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคมด้านเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุถือเป็นรากฐานสำคัญ ของการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน แสดงถึงการมีส่วนร่วมทางสังคม การรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้⁽⁴⁾

อำเภอแหลมสิงห์ มีชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนแล้วจำนวน 8 ชมรม ชมรมที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางสระแก้ว ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองขี้ม ชมรมผู้สูงอายุบ้านอิมุ่ย ซึ่งทุกชมรมได้รับการสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรมดำเนินงานจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ส่วนชมรมที่ยังไม่มีการดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลพลี๊ว ชมรมผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำเค็ม ชมรมผู้สูงอายุตำบลเกาะเปร็ด และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางกะไชย

3.2 แนวความคิด

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจที่สำคัญ การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำเป็นต้องยึดผู้สูงอายุเป็นตัวตั้ง โดยการออกแบบนโยบายผู้สูงอายุต้องอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหานั้น โดยต้องเป็นนโยบายที่สอดคล้องประสานกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติต่างๆตลอดจนต้องเน้นให้ผู้สูงอายุและสังคมปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ว่ายังสามารถช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้ การแก้ตัวลงเป็นแค่อีกช่วงหนึ่งของชีวิต แก่แล้วไม่จำเป็นต้องอ่อนแอหรือพึ่งพาคนอื่นเสมอไป โดยสามารถดูแลสุขภาพ และทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมได้⁽⁵⁾

Suwanrada et al. (2022)⁽¹⁾ ได้นำเสนอการตั้งเป้าหมาย “การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดียามชราภาพ โดยเน้นผู้สูงวัยเป็นศูนย์กลาง” บนหลักคิด ageing in place มาผนวกกับองค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ 3 องค์ประกอบ อันได้แก่ ผู้สูงอายุกับการพัฒนา การสูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

ตามทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม(Activity Theory)⁽⁶⁾ ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นหลักของชีวิตบุคคล การปรับตัวของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกิจกรรมทางสังคม ยิ่งมีกิจกรรมมากขึ้นเท่าไรก็จะปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น ตามแนวคิดนี้ผู้สูงอายุจะพยายามรักษาทัศนคติและกิจกรรมในวัยกลางคนไว้ให้ได้มากที่สุด และพยายามทดแทนกิจกรรมที่หายไปด้วยกิจกรรมใหม่ ๆ และคาดการณ์ว่าบุคคลที่มีความกระตือรือร้นทางสังคม มีมโนทัศน์แห่งตนทางบวก จะมีส่วนร่วมในสังคม มีความพอใจในชีวิตและจะยอมรับความชราภาพเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการจัดบทบาทใหม่ๆ มาแทนบทบาทที่สูญเสียไป เช่น บทบาทและกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ สมาคมหรือชมรมผู้สูงอายุสามารถสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

การรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในรูปแบบ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นกุญแจสำคัญเพราะการรวมกลุ่มมีประโยชน์ต่อสมาชิกทั้งด้านร่างกายและจิตใจสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ เนื่องจากเป็นการบูรณาการของความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของสมาชิก วิธีการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยผู้สูงอายุและชุมชนเอง

ชมรมผู้สูงอายุ คือการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป และวัยผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกชมรมที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มเป็นชมรม เพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยรักใคร่ มีความสามัคคี ความเบิกบานหายเหงาและเกิดความสุข กิจกรรมที่สำคัญคือ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่นและภูมิปัญญา กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมเกี่ยวกับสวัสดิการชุมชน ฯลฯ⁽⁷⁾ การรวมกลุ่มในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ จึงเป็นรากฐานที่สำคัญในการที่จะดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุในเบื้องต้น

ประโยชน์ของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ⁽⁸⁾

1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพได้ตามบริบทของตนเอง
2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพัฒนาทักษะ กาย ใจ
3. ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีการพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี มีความสุขและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

5. ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ต่อสังคม รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ลักษณะกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

การก่อตั้งชมรมในระยะแรก ควรจัดกิจกรรมที่เป็นความต้องการของสมาชิกก่อน ในลักษณะกิจกรรมทั่วไป แล้วค่อยพัฒนาไปสู่กิจกรรมเชิงพัฒนา โดยมีตัวอย่างกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมทั่วไป	กิจกรรมเชิงพัฒนา
1.การประชุมกรรมการและสมาชิกตามปกติ	1.การประชุมระดมสมอง และข้อเสนอแนะร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาจากสมาชิก
2.การออกกำลังกาย	2.การเป็นแกนนำโดยนำผู้อื่นออกกำลังกาย
3.การเลี้ยงอาหารตนเอง	3.การไปเลี้ยงอาหารผู้ด้อยโอกาสและช่วยเหลือผู้อื่น
4.กิจกรรมนันทนาการ	4.กิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชน/สังคม
5.การขอคำปรึกษา	5.การให้คำปรึกษา
6.การฟังการบรรยายจากวิทยากร	6.การเป็นวิทยากร บรรยาย และถ่ายทอดให้ผู้อื่น
7.การบริหารการเงินของสมาชิก เพื่อทำกิจกรรม	7.การทำโครงการ โดยการคิดหาแหล่งทุนจากภายนอก
8.การศึกษาดูงานชมรมอื่น ๆ	8.การเป็นแหล่งศึกษาดูงาน ศูนย์การเรียนรู้ให้กับชมรมและกลุ่มอื่นๆ
9.การดูงานและทัศนศึกษา	9.การระบุดูความรู้อื่นๆและนำไปใช้กับชมรมอย่างเหมาะสมกับชมรมตนเองโดยร่วมคิดร่วมทำ
10.การทำกิจกรรมที่สนองต่อนโยบายภาครัฐ	10.การทำงานเชิงรุก และบูรณาการในการพัฒนาชุมชน
11.การทำงานกับกลุ่มสมาชิกในชุมชน	11. ชมรมทำงานร่วมกับเครือข่ายผู้สูงอายุ ในตำบล อำเภอ จังหวัด และเครือข่ายอื่น ๆ

ที่มา (หนังสือการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2553)

การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะเป็นการดำเนินการโดยภาครัฐเป็นผู้บริหารหรือจัดตั้งตามนโยบายมากกว่าเกิดจากความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ชมรมเกิดความอ่อนแอไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ต่อเนื่อง นำไปสู่การล่มสลายในที่สุด⁽⁴⁾

ปัจจัยที่จะทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ มี 4 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ คือการวางแผน การจัดองค์กร การนำ และการควบคุม 2) ปัจจัยด้านการจัดกิจกรรม เป็นแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิก 3) ปัจจัยด้านคณะกรรมการเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดชมรมและการทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรมโดยเฉพาะผู้นำหรือคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญมากที่จะนำไปให้มีความสำเร็จเกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง 4) ปัจจัยด้านสมาชิก เป็นตัวจักรในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรม

ด้านความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี จากการศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ของภัทรธิดา ผลงาม (2561)⁽⁹⁾ ในเรื่องขององค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี2564⁽¹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสม ร้อยละ 6.1 จากการสรุปการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของรพ.แหลมสิงห์ พบว่าผู้สูงอายุอำเภอแหลมสิงห์ร้อยละ 88.05 พลาดตกหล่นในบ้านและบริเวณบ้าน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จะช่วยลดโอกาสการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

โดยสรุปการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากสถานการณ์และบริบทที่เป็นอยู่จึงต้องพัฒนาให้ผู้สูงอายุสูงวัย อย่างสุขภาพดี มีพลังโดยการรวมกลุ่มเป็นชมรมอย่างเข้มแข็งเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย ลดโอกาสการพลัดตกหกล้ม

3.3 ข้อเสนอ

1. การวางแผน โดยสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน (กลุ่มออม. กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ วัด)กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยวางแผนการดำเนินการสร้างแนวทางการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ โดยองค์กรชุมชน ด้วยการเสนอแนวความคิดการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ ในที่ประชุม คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ และ การประชุมออม.ประจำเดือน เพื่อเปิดประเด็นให้ชุมชนสนใจ เห็นความจำเป็น ความสำคัญและประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในพื้นที่ เกิดความร่วมมือกันขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงาน ในพื้นที่ที่ยังไม่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ

2. การลงมือปฏิบัติ เริ่มจากสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดย การจัดประชุม เชิญผู้เกี่ยวข้องกลุ่มออม. กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ วัด อปท. ร่วมประชุมอภิปราย ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่พบในชุมชน โดยแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง นำข้อมูลที่ได้ให้กลุ่ม วิเคราะห์ สังเคราะห์ นำปัญหาของแต่ละกลุ่มมาค้นหาสาเหตุหลัก สาเหตุรอง ประเมินสถานการณ์ว่า ช่องว่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบัน กับ สถานการณ์ที่ดีขึ้นหรือที่คาดหวังในอนาคตคืออะไร และกำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินการ และวางแนวทางแก้ไข และลงมือปฏิบัติตามแนวทางแก้ไข

3. การตรวจสอบ โดยกลุ่มองค์กร ร่วมกันตรวจสอบว่าการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน สามารถแก้ไข ปัญหาได้หรือไม่ จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มตั้งไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จ นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ดำเนินการ จนกว่าจะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. การปรับปรุงแก้ไข นำแผนและกระบวนการที่ใช้ได้ผลมากำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานในการปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไป ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1.การจัดประชุม เชิญผู้เกี่ยวข้องกลุ่มออม. กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ พระสงฆ์ อปท. ร่วมประชุมกิจกรรม มีความหลากหลายและแตกต่างกันซึ่งทำให้ได้แนวคิดที่หลากหลาย กระจัดกระจาย การนำเพื่อให้เข้าสู่ประเด็นและ จุดมุ่งหมายค่อนข้างยากและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น

2. การเชิญกลุ่มที่หลากหลายมาร่วมประชุมให้แต่ละกลุ่มมาช่วงเวลาเดียวกัน ต้องใช้การนัดหมายล่วงหน้า หากไม่สามารถมาได้ใช้ช่วงที่มีผู้ที่สะดวกเข้าร่วมได้มากที่สุด หรือใช้การนัดกลุ่มย่อย เพิ่มขึ้น โดยใช้ตัวแทนกลุ่มอื่นเข้าร่วมเพื่อให้ได้แนวคิดที่ครอบคลุมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าร่วมทุกกลุ่ม

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์กรชุมชนมีความเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน
2. องค์กรชุมชน สามารถ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผน และนำเสนอปัญหาและแผนการแก้ไข ให้กับกองทุนสุขภาพตำบล และขอความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้
3. ผู้สูงอายุในพื้นที่มีการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
4. ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับการช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัยให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ครบ ทุกตำบล
2. ผู้สูงอายุร้อยละ 50 ได้รับการคัดกรองสุขภาพและส่งต่อกรณีพบที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือ โรคอัลไซเมอร์
3. ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ได้รับการช่วยเหลือปรับปรุงด้านที่อยู่อาศัยร้อยละ 60
4. องค์กรชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวเพ็ญภักดี สุขสิงห์)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 2 / กันยายน / 2567

ผู้ขอประเมิน