



ประกาศจังหวัดแพร่

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดแพร่ ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นายภานุมาศ มะลิ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช
๒.	นางสาวประกายวรรณ ใจชอบ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา

รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อันึง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

สว

(นายสุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดแพร่**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ**  
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายภานุมาศ มะลิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๙๗๖๗๗๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช	๙๗๖๗๗๗	เลื่อนระดับ
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p>						๘๐ %
๒	นางสาวประกายวรรณ ใจชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา	๙๗๔๘๘๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย กลุ่มงานการพยาบาล งานวิจัยและพัฒนา	๙๗๔๘๘๒	เลื่อนระดับ
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบาย : ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ของแบบแผนบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p>						๘๐ %



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง (ต่อ)

๓. ให้บริการปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกประเภทที่มารับบริการในหน่วยงาน เช่น คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท คำแนะนำในการดูบาดแผล ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง การเฝ้าระวังสัญญาณอาการขอโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

๔. นิเทศการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อรักษาตามมาตรฐานบริการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๕. ให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

๖. ให้บริการปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกประเภทที่มารับบริการในหน่วยงาน

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDSA) ดำเนินการดังนี้

๑) การวางแผน (Plan) ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๒) การลงมือปฏิบัติ (Do) ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖

๓) การตรวจสอบ (Study)

ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๔) การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act) ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยปฏิบัติงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการควบคุมการปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ทักษะ และประสบการณ์สูงในงาน ทำการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อการพัฒนางานหรือแก้ไขปัญหาในงาน ซึ่งงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผลงานที่ผู้วิจัยต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ดังนี้

๓.๑ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บหน้าอกขณะพัก นานกว่า ๒๐ นาที หรืออาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกได้เป็น ๒ ชนิด คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย ๒ Leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นใหม่ (ST elevation acute coronary syndrome) และ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่พบ ST segment elevation (Non ST elevation acute coronary syndrome) (สมาคม แพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๕๗)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease: CAD, Coronary heart disease: CHD) หมายถึงโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบบางส่วนหรือตีบตันทั้งหมดเป็นผลทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่พอกับความต้องการของหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิด



จากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวและการสูญเสียความยืดหยุ่น ดังนั้นจึงอาจมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าโรคหัวใจที่เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงฝอยหนาและแข็งตัว (Arteriosclerotic heart disease: ASHD) แต่ถ้าการแข็งตัวและการสูญเสียความยืดหยุ่นเป็นในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่หรือปานกลางจะเรียกอาเทอร์โรสคลีโรซิส หรือโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) (Hartshorn et al., ๑๙๙๗, Hatchett & Thrompson, ๒๐๐๗:๒๐๙-๒๑๐, Woods, Froelicher, Motzer & Bridges, ๒๐๑๐:๕๑๑) โรคหลอดเลือดแข็งตัว ส่วนมากมักจะพบในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดกลางไม่พบในหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Arteriole) และหลอดเลือดดำ สาเหตุจากมีไขมันมาเกาะบริเวณผนังบุด้านใน (Intimal layer) ของหลอดเลือดแดง ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีแคลเซียม และส่วนประกอบของเลือดมาเกาะเกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนาๆ (Fibrous plaques) ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีจะหนาตัวเรื่อยๆ จนกระทั่งหลอดเลือดแดงตีบแคบลงและอาจเกิดการอุดตันได้ ทำให้เนื้อเยื่อของหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มีผลทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงเรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

อาการเจ็บหน้าอกข้างซ้ายเป็นอาการที่พบบ่อย อาการเจ็บหน้าอกชนิด angina pectoris เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน เจ็บร้าวบริเวณกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย และเป็นอยู่นานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที ในรายที่มีประวัติโรคหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงและความถี่มากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว อาการใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจตรวจพบภาวะช็อคร่วมด้วย (ปราณี ทุ์ไพเราะ, ๒๕๕๔: วิชา ศรีดามา, ๒๕๕๘: Griffin and Topol, ๒๐๐๔: Urden, Staey, and Lough, ๒๐๐๘)

๓.๒ การประเมินผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง กระบวนการหรือวิธีการซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การบันทึกสัญญาณชีพ และการสังเกตอาการแสดง นำไปสู่การรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่การจำแนกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาถึงสถานที่ให้การรักษาที่เหมาะสมรวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการซักประวัติได้แก่

อาการสำคัญ

อาการเจ็บแน่นอกเหมือนถูกบีบรัดหรือกดทับ

เจ็บหน้าอกปวดร้าวไปกราม สะบักหลัง แขนซ้าย หัวไหล่ หรือบริเวณคอ ขากรรไกร

เจ็บแน่นหน้าอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะออกแรง พักแล้วดีขึ้น

รู้สึกแน่นๆ อึดอัด บริเวณกลางหน้าอก หรือคอนมาทางซ้าย เจ็บลึกๆ หายใจไม่สะดวก

อาการร่วมอื่นๆ

หน้าซีด เป็นลม

ใจสั่น เหงื่อออกมาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้

เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก

จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

เพศชาย อายุ >๔๕ ปี

เพศหญิง อายุ > ๕๕ ปี

โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง

เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ อ้วน ดื่มสุรา สูบบุหรี่



๓.๓ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDSA) ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หากพัฒนาคุณภาพตามวงจรมีแล้วเกิดผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือแผนที่วางไว้ ควรมีการนำวิธีการหรือการปฏิบัตินั้นมาปรับปรุงในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการหมุนวงล้อพีดีเอสเอเป็นรอบที่ ๒ หรือ ๓ ต่อไปเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คงไว้ซึ่งคุณภาพของการพัฒนา

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก ในปี ๒๕๖๕ พบว่ามี ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๑๗.๙ ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ ๓๑ ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO, ๒๐๑๕) ในประเทศตะวันตกอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนลดลง เนื่องจากการเข้าถึงบริการและการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน แต่อัตราตายในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเริ่มต้น สำหรับประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๘ พบอัตราการตายเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาห้องฉุกเฉิน คืออาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอก อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่คอ หลัง หรือแขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกอาจนานเจ็บตลอดและมักไม่หายจากการพัก แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจจะไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจจะมีอาการเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นแบบไม่จำเพาะเจาะจง หรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในทันที ภายใน ๑๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (อรอนงค์ ช่วยณรงค์, ๒๕๖๑) การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย ร่วมกับการตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ และ/หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจ Cardiac enzyme ในกระแสเลือด เป้าหมายในการรักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการทำให้เลือดกลับมาไหลผ่านหลอดเลือดที่อุดตันอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดฟื้นกลับมาทำงานได้มากที่สุด ความรวดเร็วของระยะเวลาที่ทำการรักษามีผลต่อการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๓๐ นาทีหรือทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดขยายหลอดเลือดโดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ นาที (เกรียงไกร เสงร์ศรี, ๒๕๕๕) ดังนั้นการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ป้องกันการตายจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง มีความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลแพร่ จากสถิติข้อมูล ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน ๒๑, ๒๒ และ ๓๑ ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST ยกสูง จำนวน ๘, ๕ และ ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๐๙, ๒๒.๗๓ และ ๓๘.๐๙ ตามลำดับ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล มีจำนวน ๒, ๒ และ ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๕๒, ๙.๐๙ และ ๓.๒๓ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยแรกเริ่มมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและมีอาการร่วมอื่นๆ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง รวดเร็ว

ผู้วิจัยในบทบาทเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพได้มาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย



### วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
๒. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

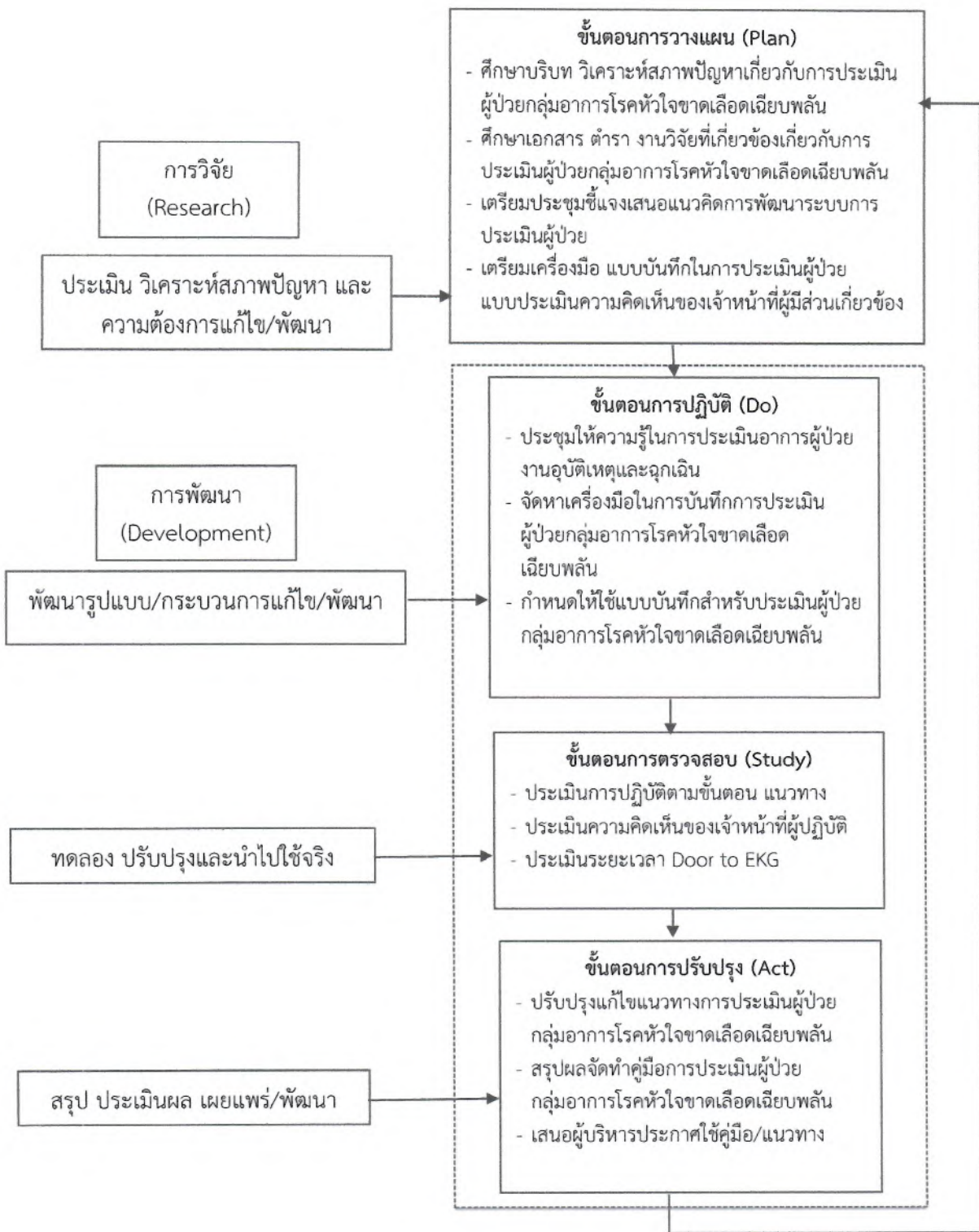
### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โดยศึกษาขอบเขตตั้งแต่ผู้ป่วยถูกคัดกรองเบื้องต้นที่จุดคัดแยก/ คัดกรอง โดยพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก/ คัดกรอง และเข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ Lead โดยประเมินผลจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน ๑๐ นาที และประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ ในการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ – ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDSA) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, ๒๕๔๔) ซึ่งประกอบไปด้วย ๑) การวางแผน (Plan) ๒) การลงมือปฏิบัติ (Do) ๓) การตรวจสอบ (Study) ๔) การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act) โดยประเมินผลลัพธ์ คือ ๑) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อ EKG ๑๒ lead ภายใน ๑๐ นาที ๒) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการจนกระทั่งได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ Lead ดังภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

๑. พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรอง/ คัดแยก โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
๒. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

### กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

๑. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน ๑๐ คน
๒. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๓ คน
๓. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยก จำนวน ๑ คน
๔. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน ๒ คน
๕. เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน ๑ คน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- ๑) ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างน้อย ๑ ครั้ง
- ๒) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
๖. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

## เครื่องมือการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

๑. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน ๑ ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองม่วงไข่

ส่วนที่ ๒ ประกอบด้วย

๑. แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วย
๒. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือแบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วย

กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๒. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา

๒.๑ แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลแพร่ จำนวน ๑ ท่าน อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ จำนวน ๑ ท่าน และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลแพร่ จำนวน ๑ ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ที่มีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน ดังนี้



- ๑ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์  
 ๐ เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่  
 -๑ เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องฯ โดยใช้สูตรของโรวินेलลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ (Rovinelli and Hambleton ๑๙๙๗ อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, ๒๕๕๕)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์  
 $\sum R$  เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ  
 N เป็นจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องฯ ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณ จากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง ๐.๐๐ ถึง ๑.๐๐ มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไป คัดเลือกข้อสอบข้อนั้นไว้ใช้ได้

ค่า IOC ต่ำกว่า ๐.๕ พิจารณาแก้ไขปรับปรุงในแต่ละข้อคำถาม

นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม และได้ค่า IOC ของข้อคำถามในส่วนที่ ๒ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง ๐.๖ - ๑.๐๐ แปลว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ จึงยอมรับได้ในข้อคำถาม และไม่มีข้อคำถามในข้อใดตัดทิ้ง

๒) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ กับพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน ๑๐ คน นำแบบสอบถามที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ ๐.๙๔๕ แสดงว่าแบบสอบถามชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสูง เนื่องจากค่าที่คำนวณได้มีค่าเข้าใกล้ ๑ ซึ่งตามปกติแล้ว เครื่องมือทั่วไป ควรมีความเที่ยง ๐.๘๐ ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, ๒๕๕๕)

### ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องวงล้อพีดีเอสเอ (PDSA) แบ่งการศึกษาเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

๑. ศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา คลื่นไฟฟ้าหัวใจของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่

๒. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

๓. เสนอผลการประชุมและแนวความคิดการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่

๔. เสนอแนวความคิดดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ต่อเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

๕. จัดทำเครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือแบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่



### ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

๑. จัดประชุมพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน นักปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยก เพื่อชี้แจงถึงความสำคัญของการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมผู้ศึกษาได้ชี้แจงและให้ความรู้เป็นรายบุคคล

๒. สอนและฝึกทักษะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และพยาบาลที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยกทุกคน เพื่อให้สามารถใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง และสอนการบันทึกผลในแบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนพยาบาลทุกคนสามารถลงบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนมีการรวบรวมผลลัพธ์

๓. ผู้ศึกษานิเทศก์การปฏิบัติเป็นประจำในเวรเช้า ผู้ศึกษาได้ทำความเข้าใจและชี้แจงกับพยาบาลผู้ทำการคัดกรอง/ประเมินผู้ป่วย เป็นรายกลุ่มเมื่อพบว่ายังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๔. ผู้ศึกษาให้คำปรึกษาและติดตามประเมินปัญหา อุปสรรคในการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากผู้ใช้โดยตรง ซึ่งปัญหาที่พบเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามแนวทางการบันทึกได้แก่การบันทึกที่ไม่สมบูรณ์

### ขั้นตอนการตรวจสอบ (Study)

ผู้ศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โดยประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และประเมินอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ

### ขั้นตอนปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)

โดยนำผลการประเมินต่างๆ มาปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่อง ดังนี้

๑. หลังจากพัฒนาระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยแล้ว ได้จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วย และระดมสมองค้นหาปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงแก้ไขสรุปผลได้ดังนี้

๑.๑ ด้านผู้ป่วย พบปัญหาผู้ป่วยบางส่วนที่บกพร่องด้านการสื่อสาร และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องคอยญาติและผู้นำส่งในการให้ประวัติแก่เจ้าหน้าที่ ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานคัดกรอง/ คัดแยกใช้ทักษะในการสังเกตอาการผู้ป่วยที่แสดงออก ประเมินโดยใช้รูปภาพหรือใช้คำถามที่เหมาะสมกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย บางรายต้องโทรสอบถามอาการจากญาติผ่านทางโทรศัพท์

๑.๒ ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ พบปัญหาตัวหนังสือในแบบบันทึกแนวทางการประเมิน มีขนาดเล็กอ่านยาก ปรับปรุงแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนขยายขนาดตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น อ่านง่าย

๑.๓ ด้านบุคลากร พบปัญหาพยาบาลที่ตีผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ยังไม่เข้าใจการบันทึกในแบบบันทึกแนวทางการประเมิน มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่พยาบาลคัดกรอง/ ประเมินตัดสินใจลำบากในการซักประวัติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ หรือมีปัญหาในการสื่อสารขณะซักประวัติ แก้ไขโดยประชุมระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อทบทวนวิชาการเรื่องการคัดกรอง/ ประเมิน และเทคนิคการสื่อสารในขณะการซักประวัติผู้ป่วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๒. ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมินและเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจรวดเร็วภายใน ๑๐ นาที และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม



### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

๑. ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ให้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่
๒. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมการศึกษา โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา และระยะเวลาในการศึกษา การนำเสนอข้อมูลการศึกษาคั้งนี้ เป็นการนำเสนอการวิเคราะห์และการอภิปรายผลในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะปัจจุบันหรืออนาคต
๓. ไม่ระบุ เลขประจำตัวผู้ป่วย บ้านเลขที่ ผู้เข้าร่วมการศึกษา
๔. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH No. ๐๑๙/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

หลังการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ มีการปฏิบัติตามแบบบันทึกการประเมินที่สามารถใช้งานได้ง่าย ซึ่งจะช่วยในการประเมินผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงและส่งผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันเวลา

**ผลลัพธ์เชิงปริมาณ** จากการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า

๑. ผู้ป่วยจำนวน ๒๔ ราย ที่มีอาการเข้าได้กับกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามแบบบันทึก ได้รับการคัดกรอง/ ประเมินได้ถูกต้อง จำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๒. มีผู้ป่วยจำนวน ๒๔ ราย ที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน ๑๐ นาที คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐
๓. มีผู้ป่วยจำนวน ๘ ราย จาก ๒๔ รายที่ใช้แบบบันทึก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ได้รับการรักษาและส่งต่ออย่างรวดเร็ว

**ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ** จากการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า

๑. ด้านผู้ป่วย หลังจากการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการใช้แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน ๑๐ นาที ร้อยละ ๑๐๐
๒. ด้านการพยาบาล

๒.๑ โดยประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยก เกี่ยวกับแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยภาพรวมพบว่า มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด อยู่ในระดับมากที่สุด  $\bar{X} = ๔.๓๘$   $SD = ๐.๗๖$

๒.๒ โดยประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยก ในการใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า มีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด  $\bar{X} = ๔.๒๘$   $SD = ๐.๗๓$

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ได้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย
  - ๑.๑ มีคู่มือแบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปรับปรุงแล้ว
  - ๑.๒ มีแบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อ EKG ๑๒ lead ภายใน ๑๐ นาที
  - ๑.๓ มีนโยบายการดำเนินงาน ระบบการประเมินผล การเก็บรวบรวมตัวชี้วัด
๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และได้รับการส่งไปรับบริการในหน่วยงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งต่ออย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต



## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และศึกษาประสิทธิภาพความถูกต้องของการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจชนิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนอย่างมากและก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การประเมินเบื้องต้นสำหรับพยาบาล ณ จุดคัดแยก/ คัดกรอง เพื่อให้การจัดการที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกด้วยการซักถามอาการและอาการแสดง ประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ถือเป็นมาตรฐานที่สำคัญซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเสี่ยงของผู้ป่วย ปัญหาที่พบคือ ๑) ด้านการเข้าถึงบริการพบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจากขาดการคัดกรองที่ครอบคลุมกลุ่ม Typical/ Atypical ๒) ด้านการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาพยาบาลพบว่า การคัดกรอง/ ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ล่าช้าส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้าและรักษาไม่ทันเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดแยก/ คัดกรอง โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการประเมินอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้หลักนิเทศทางการพยาบาลและการโค้ช นำแนวทางการประเมินเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ มีการทบทวนความถูกต้องในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับบริการทุกราย ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกราย ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ภายใน ๑๐ นาที และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและส่งต่อได้รวดเร็ว ไม่ก่อเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ด้านผู้ป่วย พบปัญหา มีผู้ป่วยบางส่วนที่ให้ประวัติการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอาการสำคัญไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลบันทึกอาการได้ไม่ครบถ้วน ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานคัดกรอง/ ประเมินต้องซักประวัติเพิ่มเติมให้ละเอียดโดยเฉพาะอาการที่นำมาโรงพยาบาลที่ไม่ใช่อาการสำคัญ
๒. ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ พบปัญหาตัวหนังสือในแบบบันทึกแนวทางการประเมิน มีขนาดเล็กอ่านยาก ปรับปรุงแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนขยายขนาดตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น อ่านง่าย
๓. ด้านบุคลากร พบปัญหาในระยะแรกพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับมอบหมายให้ประจำจุดคัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วย ยังไม่เข้าใจการใช้แบบบันทึก มีผู้ป่วยบางประเภทที่พยาบาล ตัดสินใจลำบากในการจัดระดับความรุนแรงและประเมินให้จัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการร่วมอื่นๆ แต่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญร่วมด้วย ทำให้เกิดความลำบากในการตัดสินใจคัดกรองผู้ป่วยและส่งไปรับการรักษา

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อื่นของประสิทธิผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การประเมินและคัดกรองผิดพลาด ข้อร้องเรียน/ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติ
๒. ควรศึกษาเพื่อขยายผลการนำเครื่องมือ แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ที่จะนำไปใช้ เพื่อให้พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประเมินและวินิจฉัยได้ถูกต้อง และส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาได้รวดเร็ว ทันเวลา



## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานใน “เวทีการประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อนำเสนอผลงานวิจัย/ R๒R/ CQI” ด้วยวาจา (Oral Presentation) วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมธรรมโกศัย ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| ๑. นายภานุมาศ มะลิ        | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐ |
| ๒. นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐ |
| ๓. นางกรรณิการ์ ชัยนันท์  | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 



(นายภานุมาศ มะลิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ..... ๒๐ ก.ค. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายนิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง	
นางกรรณิการ์ ชัยนันท์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นางกรรณิการ์ ชัยนันท์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๒๐ ก.ค. ๒๕๖๖ .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(นายปิยะพงษ์ ทองเพชร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่

(วันที่) ..... / ๒๐ ก.ค. ๒๕๖๖ .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

๑. เรื่อง การพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

### ๒. หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ได้มีการรายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ๑๗ ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๖.๕ ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ ๒ ในเพศชาย (นลินี พสุคันธภัก สายสมร บริสุทธิ์ และวันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล, ๒๕๕๙) จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม ปีพ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ เท่ากับร้อยละ ๑๐.๓๕, ๑๑ และ ๑๐.๙๒ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด เป็น ๑.๕ - ๒ เท่าตัว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเพราะนอกจากโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ แล้วยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน (ณัฐฉิรวรรณ พันธมั่ง อลิสราย อยู่เลิศลพ และอาามีนะห์ เจาะปอ, ๒๕๖๑)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease, Stroke) หรืออัมพฤกษ์หรือ อัมพาต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงทำให้สมองหยุดทำงานเฉียบพลันส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใดเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง โดยสามารถจำแนกเป็น ๒ ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง (impairment) ปานกลางในด้านการทำงานของระบบที่สั่งการโดยสมองมีความสูญเสีย (Disability) รุนแรงในการใช้งานร้อยละ ๑๕-๓๐ และไม่สามารถทำกิจวัตร [Activity of Daily living (ADL)] ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและต้องเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่น ร้อยละ ๗๐ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการก็อาจช่วยให้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการน้อยลง สามารถกลับไปปฏิบัติงานตามปกติได้ (ญนันท วอลเตอร์, โรชินี อุปรา และประกายแก้ว ธนสุวรรณ, ๒๕๕๙) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ ๑) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายมากกว่าเพศหญิง มีประวัติโรคเลือดบางอย่างในครอบครัว และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนในอดีต และ ๒) ปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอ้วนหรือโรคเมตาบอลิก การสูบบุหรี่ เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ภาวะหลอดเลือดคอโรติดตีบโดยไม่มีอาการ ภาวะที่มีค่าความผิดปกติบางอย่างในกระแสเลือด เช่น มีภาวะไฟบริโนเจนมาก มีภาวะโฮโมซิสเตอีนมากกว่าปกติ มีภาวะกลุ่มอาการแอนตี้ฟอสไลปิด

ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่งคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการที่สำคัญคือ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๓๐ ชั่วโมงแรก ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงมีความสำคัญมากในการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้ทราบเวลาเริ่มมีอาการที่



ชัดเจนเพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบทางด่วนพิเศษในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด การจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจึงเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างแน่นอน โดยในส่วนของ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่างๆ คือการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการดูแลรักษา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที (นันทวรรณ ทิพยเนตร และวชิร ชนะบุตร, ๒๕๕๙)

ดังนั้นการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็ว จึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงจัดทำข้อเสนอแนวคิด/ วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนให้มีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดความพิการ และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### ๓.๑ บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาจำนวน ๕๐, ๖๓ และ ๗๑ ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS: ๑๖๖๙) จำนวน ๑๑, ๑๑ และ ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒, ๑๗.๔๖ และ ๒๒.๕๓ ตามลำดับ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ๓๙, ๔๒ และ ๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๘, ๖๖.๖๖ และ ๗๗.๔๗ ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองม่วงไข่, ๒๕๖๖) จากการทบทวนผลงานตัวชี้วัดของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย Stroke fast track ที่ได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๓๖.๓๖, ๘๐ และ ๕๗.๘๙ ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่มากกว่าร้อยละ ๘๐) ซึ่งการที่ผู้ป่วย Stroke fast track ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราวันนอนโรงพยาบาล ภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

จากการสอบถามญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่าผู้ป่วยและญาติบางส่วนยังไม่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้ ผู้ป่วยบางคนมีรถยนต์ส่วนตัวและต้องรอบูตรหลานมาโรงพยาบาล ทำให้มาถึงโรงพยาบาลและเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนขั้นตอนและกระบวนการในการให้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งประกอบด้วย ๑) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) ๒) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) ๓) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) ๔) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) ๕) การลำเลียง ขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ ๖) การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติในแต่ละบริบทพื้นที่เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยในบริบทพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ ได้มีข้อตกลงในการออกปฏิบัติการ คือระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐาน ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๔ นาที ระยะเวลาจากฐานถึงจุดเกิดเหตุ และจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล นับตามจำนวนระยะทางเป็นกิโลเมตรโดยให้ ๑-๒ นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน ๑๐ นาที จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่การที่ญาติพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่าง



ถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมีกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งหากทำการรักษาไม่ทันในเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

### ๓.๒ แนวความคิด

จากปัญหาที่พบผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ดังนี้

#### ๓.๒.๑ แนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

จากแนวทางการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในต่างประเทศ มีผลการศึกษามีการใช้หลักเกณฑ์ของ Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) และ Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPSS) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) : มีการประเมิน ๖ อย่างคือ

- ๑) อายุมากกว่า ๔๕ ปี
- ๒) ไม่มีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวกับอาการชักมาก่อน
- ๓) มีอาการทางระบบประสาทที่ผิดปกติเกิดขึ้นใหม่ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๔) ไม่ได้เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) หรือมีการใช้รถเข็น (Wheel chair) ตลอดเวลา
- ๕) ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง ๖๐ - ๔๐๐ mg%
- ๖) มีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง จากการ ตรวจโดยการให้ยัมยิงฟัน ยกแขนหรือขา

มีการศึกษาพบว่า LAPSS มีความไวที่ระดับ ๙๑% และความจำเพาะที่ระดับ ๙๗% ในการประเมิน

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้จาก ๒ สาเหตุ โดยกลุ่มแรกเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ พบได้ร้อยละ ๗๐.๗๕ และหลอดเลือดสมองแตก ที่พบน้อยกว่ากลุ่มแรกแต่มีความรุนแรงมากกว่า โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ๑ ใน ๖ อย่างต่อไปนี้ (ข้อผกา ไชยมงคล, ๒๕๕๓)

๑. อาการชา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอย่างทันทีทันใด
๒. อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด
๓. อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาอย่างทันทีทันใด

๔. อาการมองเห็นไม่ชัด ตามัว ๑ หรือ ๒ ข้างทันทีทันใด

๕. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด

๖. อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนลำบากอย่างมากทันทีทันใด

#### ๓.๒.๒ ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)

เนื่องจากเวลาเป็นตัวแปรสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายการศึกษาที่ยืนยันผลดีของการให้ยาละลายลิ่มเลือดในระยะเวลาไม่เกิน ๒๗๐ นาที แต่พบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำนั้น มีเพียง ๐-๑๒% ดังนั้น National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS) และ American Heart Association (AHA) จึงได้กำหนดกรอบเวลาเพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติและนำมาปรับใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง “Stroke fast track” ดังนี้

Door to physician evaluation: เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยแพทย์ หลังจากมาถึงโรงพยาบาลภายใน ๑๐ นาที



Door to stroke team notification: ทีมโรคหลอดเลือดสมองได้รับแจ้งภายใน ๑๕ นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

Door to CT scan initiation: เวลาที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน ๒๕ นาที

Door to CT scan interpretation: ภาพการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ได้รับการแปลผลนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน ๔๕ นาที

Door to drug (needle) time: เวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หลังมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน ๖๐ นาที

Door to monitored bed: เวลาที่ผู้ป่วยรับตัวเข้าหอผู้ป่วยที่มีการติดตามอาการ นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน ๑๘๐ นาที

ซึ่งแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความล่าช้าของระยะเวลาก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการเร่งด่วนในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) โดยผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามรับยา rt-PA เมื่อเดินทางมาถึงโรงพยาบาลควรได้รับยานี้ภายใน ๑ ชั่วโมง ส่วนการลดความล่าช้าของระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลสามารถแก้ปัญหาด้วยการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### ๓.๒.๓ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ได้ให้ความหมายของปฏิบัติการฉุกเฉิน คือ “การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล”

นิชาภัทร ชันสาคร และคณะ (๒๕๕๙) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) หมายถึง ระบบที่มีการเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรและบุคคลที่จะให้บริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ซึ่งมีส่วนร่วมจากทุกภาค ทุกองค์กร ในชุมชนทุกระดับ เน้นหนักในด้านความรวดเร็ว วิธีการดูแลรักษาที่ถูกต้อง การขนย้ายและนำส่งที่เหมาะสม โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและทั่วถึง ตลอดจนเครือข่ายโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้เจ็บป่วย เพื่อลดการตาย การพิการและความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น ลดขั้นตอนและวิธีการรักษา ลดค่าใช้จ่ายและความสูญเสียโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้กับผู้อยู่อาศัยในชุมชนนั้นๆ

ธกฤต จันทร์พลงาม (๒๕๕๘) ได้ให้ความหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินว่าหมายถึง ระบบให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลการดูแลผู้บาดเจ็บทุกประเภท ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งโรงพยาบาลโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ให้บริการที่มีความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยมีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุตลอดจนการลำเลียงขนย้ายการส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด ๒๔ ชั่วโมง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และความทุกข์ทรมานอันไม่สมควรอันเกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า วิธีการดูแลรักษาและเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยระบบการรับแจ้งเหตุ การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย การให้ความรู้และความร่วมมือจากประชาชนในด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความสนใจในการดูแลรักษาเบื้องต้นโดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้ง ภาครัฐและเอกชน



ให้สามารถจัดหน่วยบริการเข้าไปดูแลรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

สรุประบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบที่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาลตั้งแต่ระบบการรับแจ้งเหตุ ให้คำแนะนำการออกช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลรักษาระหว่างนำส่งและการลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพและรวดเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียงเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเพราะว่าจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว

๒. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง ให้คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น

๓. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ (๑) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced life support) (๒) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life support) (๓) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life support) (๔) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder) โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

๔. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ ผู้ควบคุมระบบโดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

๕. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมแก่ผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการมาเป็นอย่างดีในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ

๖. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) การบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศเป็น ๒ แบบใหญ่ๆ คือ (๑) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยแพทย์ (Doctor in the field system) ข้อดีคือ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกไปดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยตรงจากแพทย์ ข้อด้อยคือต้องมีแพทย์จำนวนมากเตรียมความพร้อมตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า (๒) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยผู้ช่วยแพทย์ (EMT/Paramedic base system) จุดเด่น คือใช้แพทย์น้อย ข้อด้อยคือ ผู้ช่วยแพทย์ที่ออกปฏิบัติการนั้นทำงานได้อย่างมีข้อจำกัดต้องมีระบบการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานสูงผู้ป่วยจึงจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจไม่ปลอดภัยได้

### ๓.๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ความหมายของ คำว่า Knowledge บัญญัติศัพท์ว่า ความรู้ หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ในวิถีชีวิต ความรู้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การรับถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การรับรู้ การคิดและการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, ๒๕๕๘)



บลูม (Bloom, ๑๙๗๖) กล่าวถึงการเกิดการเรียนรู้ในแต่ละครั้งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ๓ ประการ จึงจะเรียกว่าเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ คือ

๑. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง เช่น ความคิดรวบยอด

๒. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก (Affective Domain) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ความเชื่อเจตคติค่านิยม

๓. การเปลี่ยนทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Psychomotor Domain) เพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญ เช่น การว่ายน้ำ เล่นกีฬา

### ประเภทของความรู้

ประเภทของความรู้สามารถจำแนกตามความสามารถในการถ่ายทอดได้เป็น ๒ ประเภท

๑. ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวคน มักได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์ สัญชาตญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ หรือภูมิ เช่น ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะงานฝีมือ หรือความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์ เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบ นามธรรม

๒. ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม บรรยาย หรือถ่ายทอดได้ผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือ ฐานข้อมูล เป็นต้น จัดเป็นความรู้แบบรูปธรรม

กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process) อารีย์ พลภูเมือง (๒๕๖๐) ได้กล่าวอ้างถึงคณะกรรมการการจัดการความรู้วิทยาลัยเชียงรายว่า กระบวนการจัดการความรู้จะทำให้ความรู้ในองค์กรเกิดการหมุนเวียนในลักษณะของเกลียวความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยบุคลากรสามารถนำความรู้ไปพัฒนาตนเองเพื่อพัฒนาองค์กรต่อไป

สรุปได้ว่า ความรู้มีอยู่ในทุกบุคคลโดยจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินทุกคนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นและสามารถประเมินอาการนั้นๆ และมีความรู้ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

### ๓.๒.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

อารีย์ พลภูเมือง (๒๕๖๐) ได้ศึกษาและให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันจะต้องมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องแรกของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

Erwin (๑๙๗๖ อ้างถึงใน อารีย์ พลภูเมือง, ๒๕๖๐) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

บัญญัติ แก้วส่อง (๒๕๓๑ อ้างถึงใน ธกฤต จันทร์พลงาม, ๒๕๕๘) ที่ได้นำแนวคิดของ อคิน ระพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ มาผสมผสานแนวคิดของโคเฮนและอัฟคอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๐) โดยกำหนดขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น ๕ ขั้นตอน คือ

๑. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมใน การค้นหาสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ



๒. การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน

๓. การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยการร่วมช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน ตลอดจนการประสานงานและขอความช่วยเหลือ

๔. การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หรือผลเสียที่เกิดขึ้น

๕. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าโครงการพัฒนาที่ดำเนินการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งอาจเป็นการประเมินผลย่อยสู่การสรุปขยายโครงการทั้งหมด

ประเภทการมีส่วนร่วม วันชัย วัฒนศัพท์ (๒๕๕๒) ได้แบ่งประเภทการมีส่วนร่วม ๔ ประเภท คือ

๑. ให้ข้อมูลแก่ประชาชน และการประชาสัมพันธ์
๒. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นกระบวนการ
๓. การปรึกษาหารือและการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
๔. การนำไปสู่ข้อตกลงและการสร้างฉันทามติ

### การมีส่วนร่วมในชุมชน

ความหมายของชุมชนตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ชุมชน หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กอาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน ยศ บริสุทธิ์ (๒๕๕๘) ได้กล่าวโดยสรุปความหมายโดยทั่วไปได้ว่า ชุมชน หรือ community หมายถึง การอยู่ร่วมกันในหน่วยพื้นที่เดียวกันของประชากรที่เป็นสมาชิก โดยมีความสัมพันธ์กันหรือมีผลประโยชน์บางอย่างร่วมกัน มีกรอบบรรทัดฐานหรือระเบียบกฎเกณฑ์ของ การอยู่ร่วมกันของประชากรที่เป็นสมาชิก

ชยาภรณ์ ชื่นรุ่งโรจน์ ได้ให้ความหมายของคำว่าชุมชน คือ การที่คนมาอยู่ร่วมกันหรือมาชุมนุมกัน

David Kingsly ให้ความหมายว่า “กลุ่มคนที่อยู่รวมกันในอาณาบริเวณใดบริเวณหนึ่งที่แน่นอนและสามารถดำรงชีวิตทางสังคมร่วมกัน”

Robert M. Maclver ให้ความหมายว่า “กลุ่มคน ซึ่งอยู่ร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความสนใจในเรื่องวิถีชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกัน มีตั้งแต่กลุ่มขนาดเล็กคือหมู่บ้านไปจนถึงกลุ่มขนาดใหญ่ เช่น เมือง ประเทศ”

Robert E. Park and Ernest W. Burgess ให้ความหมายว่า “อาณาบริเวณของท้องถิ่นหนึ่งๆ ซึ่งผู้คนในท้องถิ่นนั้นพูดภาษาเดียวกัน มีจารีตประเพณีอย่างเดียวกันมีความรู้สึกเป็นแบบเดียวกันและมีการกระทำไปตามทัศนคติซึ่งเป็นไปในทางเดียวกัน”

จากคำจำกัดความต่างๆ สรุปได้ว่า ชุมชนหมายถึงการที่คนตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน ในระยะเวลาที่ยาวนานระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยมี อาณาเขตที่แน่นอนมีความสนใจและปฏิบัติตนในวิถีชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน

### ๓.๒.๖ การตัดสินใจ

การตัดสินใจ ตามแนวคิดของนักวิชาการมีความหมายและกระบวนการตัดสินใจ ดังนี้

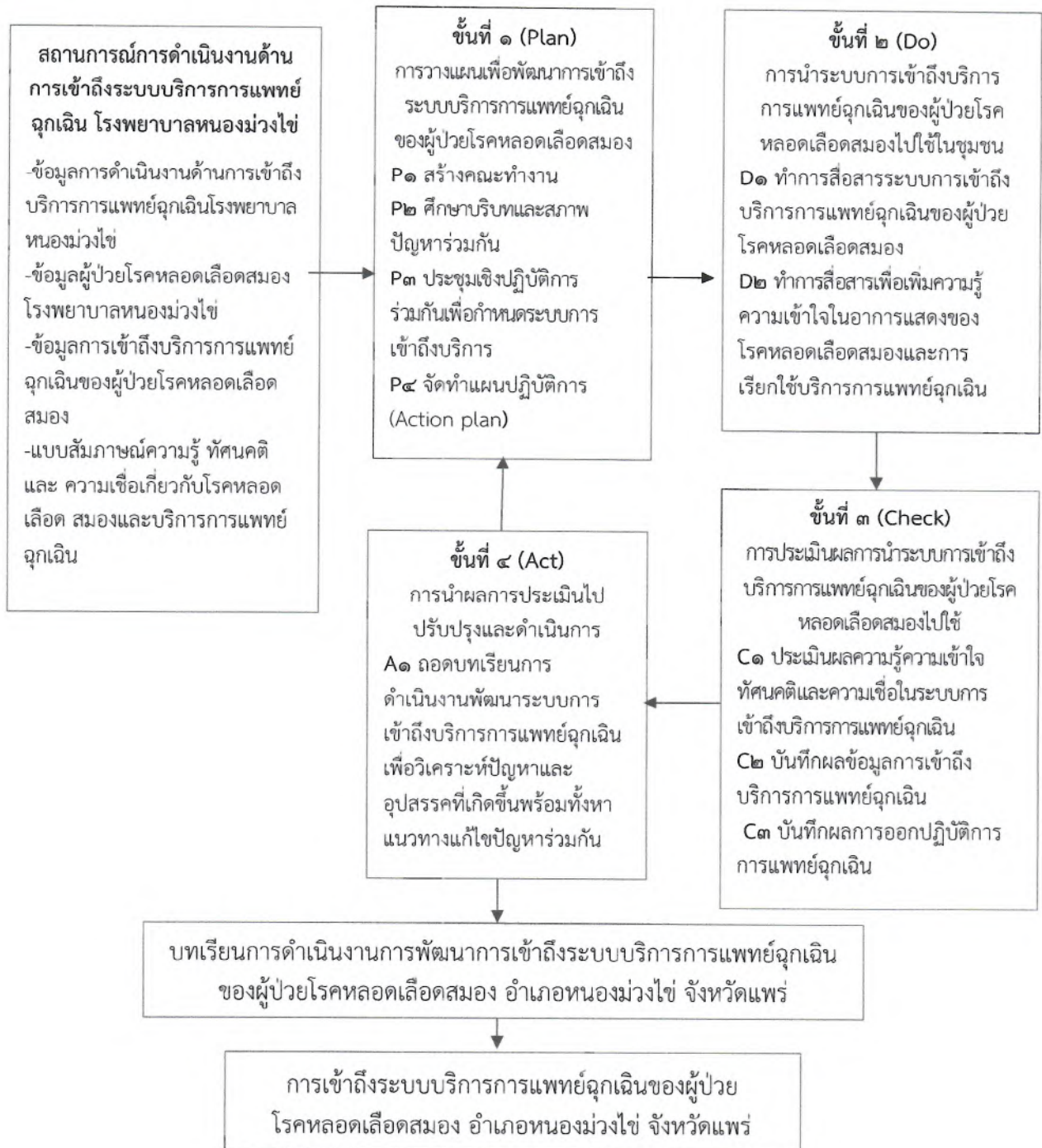
ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (๒๕๕๖) กล่าวว่า การตัดสินใจ (Decision) หมายถึง การเลือกระหว่างทางเลือก ซึ่งคาดหวังว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงพอใจจากปัญหาใดปัญหาหนึ่ง แม้ว่าการตัดสินใจในการบริหารไม่ได้เริ่มต้นหรือสิ้นสุดด้วยการตัดสินใจ เพราะต้องมีการกำหนดปัญหาหาก่อน จึงจะตัดสินใจและเมื่อตัดสินใจแล้วจึงนำไปปฏิบัติ

วิจิตร ต้นทสุทธิ์และคณะ (๒๕๕๐) กล่าวว่า การตัดสินใจ หมายถึงการพิจารณาตกลงใจซึ่งขาดเลือกทางเลือกที่มีอยู่มากกว่าหนึ่งทางเลือกในอันที่ให้มีการกระทำในลักษณะเฉพาะใดๆ หรือ หมายถึงการตกลงใจเลือกข้อยุติ ข้อขัดแย้ง ข้อถกเถียง เพื่อให้มีการกระทำไปในทางหนึ่งทางใดที่ ได้มีการพิจารณาเลือกหรือตรวจสอบอย่างรอบคอบแล้ว



ไพลิน ผ่องใส (๒๕๓๓) กล่าวว่า การตัดสินใจ (Decision making) หมายถึง กระบวนการ เลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง จากหลายๆทางเลือกที่ได้พิจารณาหรือประเมินอย่างดีแล้วว่าเป็นทางให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร การตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน้าที่การบริหารหรือการจัดการเกือบทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การจัดการองค์กร การจัดคนเข้าทำงาน การประสานงาน และการควบคุม

สรุปได้ว่าการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆทางเลือกโดยผ่านการพิจารณาแล้วว่าเป็นทางที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุด





### ๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตัดสินใจเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็ว โดยการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนี้

#### ๑. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน

๑.๑ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้นำด้านสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการสื่อสาร เผยแพร่ ประสานงานด้านสาธารณสุข โดยการจัดให้ความรู้ สอนการประเมินความเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และฝึกประเมินอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลเบื้องต้น และช่องทางการขอความช่วยเหลือในการนำส่งผู้ป่วย

๑.๒ ส่งเสริมการเฝ้าระวังเตือนภัย ระบบแจ้งเหตุ ให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรพ.สต. เป็นผู้เอื้ออำนวยในการเรียนรู้ในกิจกรรมต่อไปนี้

๑) จัดกลุ่มสนทนา กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และอสม. จัดอาสาที่มาปฏิบัติงานให้เกิดความตระหนักรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้อาการของโรค การประเมินตนเอง การดูแลตนเองเบื้องต้นและการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้าถึงบริการเมื่อเกิดอาการตลอด ๒๔ ชั่วโมงโดยให้ทุกคนรับทราบ “ทุกนาที คือชีวิต เร็วกี่รอด ปลอดภัยพาท”

๒) สร้างแนวปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### ๑.๓ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ และการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการเตือน อาการแสดง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการตัดสินใจแจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านโทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ ให้แก่ประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อสม. และผู้นำชุมชน

๒. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการในภาวะฉุกเฉินในระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล

๒.๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล ให้แก่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (ระดับสูง, ระดับต้น และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น) ในอำเภอหนองม่วงไข่ โดยการพัฒนาศักยภาพของหน่วยปฏิบัติการในการขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการในรถนำส่ง

๒.๒ ทบทวนบทบาท ศักยภาพ ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่เป็นประจำทุกปี ทั้งนี้อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของคณะกรรมการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

๓. ดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการทบทวนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เครือข่ายกู้ชีพในพื้นที่ เพื่อปรับปรุงระบบข้อมูลของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตลอดเวลา เนื่องจากมีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่ม/ ลดจำนวนอยู่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนที่มีการโยกย้าย ปรับเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา



### ๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. การประสานงาน ดำเนินงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองม่วงไข่ทั้งหมด ๖ แห่งได้ถ่ายโอนไปอยู่ในสังกัด อบจ.แพร่ อาจมีช่องว่างในการพัฒนาด้านวิชาการ การอบรมให้ความรู้ การร่วมกันกำหนด CPG สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. ไม่มีการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัวหรือของเครือญาติข้างเคียง และการเดินทางสะดวก รวดเร็ว เมื่อเกิดอาการวิงเวียน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด จึงนำส่งไปยังโรงพยาบาลโดยตรง ทำให้มีช่องว่างในการเข้าถึงช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

๓. การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการล่าช้าในการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยและญาติทำการดูแลเบื้องต้นตามประสบการณ์เดิมและอาการที่มีในอดีตในผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ชัดเจน เช่น อาการปวดศีรษะ มีน ชาแขนขา เพราะมีความคิดความเชื่อว่าเป็นอะไรมากจึงพากันไปรักษาด้วยวิธีการแบบต่างๆ เช่น รับประทานยาแก้ปวด บิบนวด เชื่อว่าผีบ้านผีเรือนทำจึงพาไปรดน้ำมนต์กับพระ และไปฉีดยาที่คลินิกเนื่องจากการรับรู้ที่เกิดจากสาเหตุอื่น

### ๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. ดำเนินการประสานงานร่วมกันในรูปแบบภาคเครือข่าย

๑.๑ จัดกิจกรรมประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อร่วมกันกำหนดบทบาทของชุมชนในการร่วมเฝ้าระวังและแจ้งเหตุโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมี Stroke awareness, Stroke alert

๑.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองและชุมชนอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มประชาชนทั่วไป

๑.๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องใน กลุ่มผู้ป่วย และส่งเสริมนโยบายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รวมถึงจัดทำระบบแผนที่ เดินดินเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว

๒. รณรงค์ให้มีการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ รวมถึงการศึกษาวัฒนธรรมที่สามารถ นำมาใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ

๓. สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว โดยจัดทำสื่อให้ความรู้ แนะนำ สอน ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง สร้างกระแสให้ชุมชนตื่นตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงวิธีการแจ้งเหตุเมื่อ พบผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองทั้งรายใหม่และที่กลับเป็นซ้ำ

### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่าย สะดวก

๔.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการประเมินอาการจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินถูกต้อง ได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว และไม่เกิดอันตรายระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย

๔.๓ เครือข่ายมีแนวทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนและมี มาตรฐาน นำมาใช้ได้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๕.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๓ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองม่วงไข่ มีและปฏิบัติตามแนวทางการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ) ..... *Amor* .....

(นายภานุมาศ มะลิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *๒๐* / *ก.ค.* / *๒๕๖๖* .....

ผู้ขอประเมิน



**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

๑. เรื่อง ประสิทธิภาพของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๓

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) ถือเป็นปัญหาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมาตรฐานการรักษาและยา มีความเป็นสากลและให้ประสิทธิผลที่ดีต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลัน แต่ด้วยตัวโรคเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงสถานการณ์สุขภาพสำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นของบุคคลในวัยที่ลดลง ส่วนใหญ่พบวัยผู้ใหญ่ อายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป จากสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานหลายปี คาดว่าจะมีผู้ป่วยในประชากรสูงอายุที่มีมากขึ้น

ปี พ.ศ.๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขประกาศแบบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือ Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตอบสนองแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคม ประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง ผู้ขอประเมินผลงานได้รับแต่งตั้งจากประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) อ.เด่นชัย ให้เป็นผู้จัดการสาขาโรค Project Manager (PM) Service Plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ อ.เด่นชัย จนถึงปัจจุบัน มีบทบาทวางระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพพัฒนาการจัดบริการคลินิก ประสานงานระดับอำเภอ ระดับเครือข่ายจังหวัด เพื่อสื่อสารขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดและเขตสุขภาพที่ ๑ ให้เกิดนำไปปฏิบัติในพื้นที่ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชน

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้รับแต่งตั้งเป็นหัวหน้างานวิจัยและพัฒนา มีบทบาทหน้าที่พัฒนาบริการพยาบาลในทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ก้าวหน้าทันสมัย จึงบูรณาการด้วยกันทั้ง ๒ บทบาท นำเสนอกับทีมนำทางคลินิกประกาศนโยบายเป็น ๑ ใน ๗ โรคสำคัญของอำเภอ ปรับจัดบริการคลินิกแบบ Easy Asthma and COPD Clinic (EACC) จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพให้บริการเบ็ดเสร็จ ณ. จุดเดียว (One stop service) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา เกษีกร นักกายภาพบำบัดประจำที่คลินิก

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยแก้ไขปัญหามิติการดูแลรักษา ได้แก่ งานวิจัยและพัฒนา” ประสิทธิภาพ Healing and Rehabilitation เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” เกิดรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงระบบระดับอำเภอ มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ รพ.สต. ทั้ง ๘ แห่ง

จากการวิจัยและพัฒนาดังกล่าว ที่ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นระยะเวลานานถึง ๑ ปี ๖ เดือน จากจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ทำให้ค้นพบประเด็นองค์ความรู้ใหม่ในอดีตมีประวัติการวินิจฉัยเป็นทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืดในบุคคลรายเดียวกัน บางรายวินิจฉัยโรคจากคลินิกมาก่อน อีกทั้งจากบทบาททำงานกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ร่วมกันขับเคลื่อนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัด วิเคราะห์สถานการณ์โรคพื้นที่เชิงลึกความชุกโรค ต.เด่นชัย ต.แม่จิวะ ที่มีปัญหาสิ่งแวดล้อมฝุ่นควันที่ละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕) ที่เอื้อต่อการเกิดโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจ

ดังนั้นจึงขยายผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพพัฒนามิติดูแลรักษาครอบคลุมการเข้าถึง ค้นหาโรคให้ประชากรตั้งแต่ทั้งที่ไม่มีอาการแสดง หรือที่สงสัยว่าเป็นโรค หรือ ภาวะผิดปกติในประชากรทั่วไปในระยะก่อนเกิดอาการ หรือมีปัจจัยเสี่ยงให้ได้ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่มีความจำเพาะดีกว่า นั่นคือ ตรวจสมรรถภาพปอดเชิงรุก เพื่อประเมินเบื้องต้นก่อนได้รับวินิจฉัยต่อการเกิดโรคที่โรงพยาบาล ด้วยความเชื่อว่าการคัดกรองคือ การต่อสู้กับโรคที่ดีที่สุด การค้นพบตัวโรคเริ่มรักษาแต่แรกเริ่มจะช่วยลดอัตรากำเริบ ภาวะแทรกซ้อน อัตราเสียชีวิตของประชากรในภาพรวมได้เหมาะสมเกิดความทันเวลา<sup>(๑)</sup> ซึ่งจากการทบทวนกลยุทธ์เข้าถึงบริการของจังหวัดแพร่ พบว่ายังไม่มีสถานพยาบาลแห่งใดศึกษาวิจัยและให้บริการคัดกรองโรคในลักษณะดังกล่าว



ดังนั้นจึงออกแบบการศึกษาเป็นลักษณะงานวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ศาสตร์การตามรอยโรค หรือ Clinical Tracer ที่เป็นเครื่องมือทางคลินิกสากลติดตามสถานะการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยหนึ่งรายไปสู่ผู้ป่วยราย กลุ่ม ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. นำมาจัดทำแนวทางการคัดกรองโรคของอำเภอและ พัฒนาด้วยการบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของรอยโรคเป็นรูปแบบการดูแลติดตามให้ข้อมูลและเสริมแรงกลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรครายใหม่ ในการประเมินค้นหาสิ่งเร้าหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกำหนดเป้าหมายการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ เหมาะสมกับการเจ็บป่วยครั้งแรก<sup>(๒)</sup>

โดยออกแบบ นำเสนอกับทีมคณะกรรมการมาตรฐาน DHSA (District Health System Accreditation) อ.เด่นชัย ที่มีนายอำเภอเป็นที่ปรึกษา จัดทำวิจัยรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยราย ใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อ.เด่นชัย ขึ้น และยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับสำนักงานสาธารณสุข จ.แพร่ เลขที่ PPH No. ๐๐๓/๒๕๖๓ ซึ่งงานวิจัยเป็นการจัดทำโดยประสานความร่วมมือกับรพ.สต. อสม. และอปท. เพื่อโอกาสพัฒนาให้ได้แนวทางคัดกรองโรคกับรพ.สต. ทั้ง ๘ แห่ง สร้างโอกาสค้นพบปัจจัยต่อการเกิดโรคที่เป็น ประโยชน์ให้กับเครือข่ายได้ทบทวนและพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยกับ ประชาชน ชุมชน และการแก้ไขปัญหาต่อไป อีกทั้ง “ยกระดับคุณภาพ เพิ่มคุณค่างานการพยาบาลเพื่อองค์กร สมรรถนะสูงด้วยแนวทาง ๔T” ด้วยการสร้าง Trust ความไว้วางใจกับประชาชน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ ภาวศเครือข่าย Teamwork & Talent ของการทำงานเป็นทีม สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ที่สร้างความ เปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี Technology การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประสิทธิภาพและบริการที่มีคุณค่า เพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็วแม่นยำและ Targets ทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย ทำให้อ องค์กรพยาบาลมีแนวปฏิบัติไปสู่ทิศทางนโยบายที่สอดคล้องกับการส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพประชาชน

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนไทยมีประมาณ ๖-๑๐ % ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอัตรา ตายในประชากรไทยสูงเป็นลำดับที่ ๖ เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกัน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการ รักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น โดยการรักษาในโรงพยาบาลแต่ ละครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ๑๕,๗๐๐ บาท จากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(๓)</sup>

จากสถิติคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย ๑๒ เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป มี แนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น ๑๖๔,๑๘๙ ๑๗๕,๐๖๗ และ ๑๘๑,๓๙๔ ราย โดย เขตบริการสุขภาพที่ ๑ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เป็น ๓๒,๘๒๔ ๓๒,๐๘๐ และ ๓๒,๓๐๔ ราย มี อัตรากำเริบเฉียบพลัน ๑๕๙,๒๓ ๑๕๖,๓๒ และ ๑๖๑,๗๗ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย ทำให้เขตบริการสุขภาพที่ ๑ กำหนดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญพื้นที่ในการตรวจราชการระดับเขต<sup>(๔)</sup>

จากการศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย เป็น ๒๐๕, ๑๘๘ และ ๑๙๕ ราย ตามลำดับ มีอัตรากลับมาตรวจซ้ำด้วย อาการกำเริบภายใน ๔๘ ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน เป็น ๒.๖,๒.๔ และ ๒.๙ ตามลำดับ<sup>(๕)</sup> อัตรากลับมารับไว้รักษาใน โรงพยาบาลด้วยโรคเดิมภายใน ๒๘ วัน เป็นอันดับ ๒ ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการ กำเริบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็น ๕, ๖ และ ๔ ราย มีค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นอันดับที่ ๕ ของโรงพยาบาล

จึงมีการวัด วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์โรคของพื้นที่เชิงลึก พบว่า ด้านข้อมูลพื้นฐานความชุก โรคของ อ.เด่นชัย จากการแบ่ง Mapping ตามความชุกโรคจากมากไปน้อย พบว่า อันดับ ๑ ตำบลเด่นชัย อันดับ ๒ ตำบลแม่จ๊ะ และ อันดับ ๓ ตำบลห้วยไร่ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางภูมิศาสตร์ของตำบลเด่นชัย ซึ่งเดิมมีหมู่ที่ ๕ เป็นชุมชนเผ่าชยะ และสำหรับพื้นที่ตำบลแม่จ๊ะ หมู่ที่ ๒ เดิมเป็นที่ตั้งโรงอบใบยาสูบ หมู่ที่ ๖



มีโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม่อยู่ตามบางพื้นที่หมู่บ้าน อีกทั้งติดถนนเส้นทางหลวงที่มีการสัญจรตลอดเวลา ทำให้มีปัญหาฝุ่นละอองและสภาพหมอกควัน โดยจากข้อมูลรายงานวิเคราะห์การเฝ้าระวังภัยสุขภาพพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ดัชนีคุณภาพอากาศที่วัดผลจากการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕) ของอำเภอเด่นชัย พบว่า ค่าบิลที่มีค่า PM ๒.๕ สูงเป็นอันดับ ๑ ได้แก่ ตำบลแม่จัน๊ะ ที่ ๙๔ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เป็นเขตพื้นที่สีแดงซึ่งอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้<sup>(๖)</sup> จึงแก้ปัญหาด้วยกระบวนการวิจัยเป็นบริการคัดกรองโรคเชิงรุกในชุมชน เป็น“รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อ. เด่นชัย”และเพื่อตอบสนองกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ในด้านที่ ๑ ที่ต้องการให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ

มีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

๑. เพื่อจัดทำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
๓. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและขยายผลรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ให้ได้รับการรักษาทันเวลา อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research PAR) ที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมโดยใช้วงจร PAOR ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

ขอบเขตการวิจัย เป็นการจัดทำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้จากการซักประวัติคัดกรองโรคด้วยวาจา การตรวจสมรรถภาพปอดเบื้องต้นด้วยเครื่อง Peak flow และตรวจยืนยันด้วยเครื่อง Spirometer การถ่ายภาพรังสีปอด พบแพทย์ตรวจร่างกายอย่างละเอียดจนได้รับการวินิจฉัยโรค และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยการจัดบริการชุมชนที่บ้าน

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในเขต ต.เด่นชัย และ ต.แม่จัน๊ะ จำนวน ๘๐ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ประชาชนที่มีประวัติ อาการและอาการแสดงเข้าได้กับสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดเบื้องต้นด้วยเครื่อง Peak Flow มีค่า Predicted % < ๖๒ จำนวน ๓๘ คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

**Planning** ศึกษาข้อมูลทั่วไปสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย และผลการพัฒนาตัวชี้วัด การตามรอยโรคทางคลินิกที่มีผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การบอกเล่าสภาวะเจ็บป่วยจากงานวิจัย Healing and Rehabilitation ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ศึกษาทฤษฎีทางการพยาบาลของรอยด์ แนวทางคัดกรองและการวินิจฉัยโรค การตรวจสมรรถภาพปอด กระบวนการดูแลผู้ป่วย ๖ ขั้นตอน และการจัดบริการชุมชนที่บ้าน

**Acting** จัดประชุมชี้แจงรูปแบบการคัดกรองโรคกับทีมคัดกรองได้แก่พยาบาลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ต.แม่จัน๊ะ และพยาบาลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ต. เด่นชัย นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีการสอน สาธิตการคัดกรองดังนี้

๑. ผู้ศึกษาลงพื้นที่เป้าหมายร่วมกับทีมคัดกรองโดยใช้แบบบันทึกการคัดกรอง
๒. ตรวจสมรรถภาพปอด Peak flow โดยผู้ศึกษาเอง หากค่า Predicted % < ๖๒ ให้ส่งตรวจที่รพ.
๓. ตรวจสมรรถภาพปอด Spirometer ก่อนและหลังใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล โดยให้ได้รับการตรวจถ่ายภาพรังสีเพื่อเฝ้าระวังโรควันโรคก่อน และตรวจ Spirometer หากพบมีค่า FEV<sub>1</sub> ๑.๐ %



๔. กรณีที่วินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา กำกับติดตามตั้งแต่แรกเริ่มเป็นเวลา ๖ เดือน โดยการติดตามมีการพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ด้วยการจัดบริการชุมชนที่บ้าน ที่ประกอบด้วย ๖ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีทักษะ ดังนี้

ก. การเข้าถึงและรับบริการ ได้แก่ การให้ข้อมูลการเข้าถึงศูนย์การดูแลต่อเนื่อง COC และการทักษะการเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข ๑๖๖๙

ข. การประเมิน ได้แก่ ประเมินสมรรถภาพกาย สุขภาพจิต ญาติผู้ดูแล เครือข่ายสุขภาพชุมชน

ค. การวางแผน ได้แก่ สัมพันธภาพครอบครัว บริหารยาสูดพ่น บำบัดบุหรี Care giver Burden และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

ง. การดูแล ได้แก่ คลินิกเลิกบุหรี สุขภาพช่องปาก ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ประสานรายการยา ทักษะการตอบสนองต่ออาการหอบกำเริบที่บ้าน

จ. การให้ข้อมูลและเสริมแรง ได้แก่ จัดการความรู้ Warning sign Sepsis Warning sign MI สร้างปฏิสัมพันธ์เสริมแรงการเลิกบุหรี การขอความช่วยเหลือจากออส. ในพื้นที่

ฉ. การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ติดตามนัดที่คลินิก ติดตามประวัติ Admit Refer และ Re-visit

**Observing** เป็นการสังเกตสัญญาณชีพ และอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างขณะรับการตรวจในตู้แรงดันลบเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัย และสังเกตทีมคัดกรองต่อการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน

**Reflecting** เป็นการให้การสนทนากลุ่ม Focus group สะท้อนผลการศึกษา ๒ ลักษณะ ได้แก่ ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ระหว่างทีมสหวิชาชีพด้วยกันเอง

จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการคัดกรอง ทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ ๗ ราย เป็นร้อยละ ๑๘.๔๒ สาเหตุมาจากสูบบุหรี ร้อยละ ๘๕.๗๑ ขึ้นทะเบียนรักษาและได้รับการตรวจกับแพทย์โดยมีการเริ่มรักษาด้วยยากลุ่ม ICS LABA ร้อยละ ๗๑.๔๒ ตั้งแต่แรกเริ่ม พบผู้ป่วยโรคหอบหืด ๔ ราย ร้อยละ ๑๐.๕๓ สาเหตุจากสัมผัสฝุ่นควัน ร้อยละ ๗๕ สัมผัสสารเคมี ร้อยละ ๒๕ ได้รับยากลุ่ม ICS ร้อยละ ๕๐ พบผู้ป่วยสงสัยโรคมะเร็งปอด ๑ ราย ร้อยละ ๒.๖๓ จากสูบบุหรี ได้รับการประสานส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมโรคปอด รพ.แม่ข่าย จากการติดตามพบ วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอด เข้าสู่กระบวนการรักษาต่อยังโรงพยาบาลศูนย์

สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ด้วยการจัดบริการชุมชนที่บ้านเพื่อติดตามอาการและการรักษา ๖ เดือน ไม่มีอาการกำเริบระหว่างรักษา ร้อยละ ๗๑.๔๓ จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า การใช้แนวทางจัดบริการชุมชนที่บ้านทำให้ทีมคัดกรองมีโอกาสถอดบทเรียนร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นระยะ ซึ่งได้แก่ ดูแลโรคร่วมอื่น การบริหารยาสูดพ่นให้ถูกต้อง การให้ข้อมูลโรคและเสริมแรงโทษของบุหรี กำลั้งใจของครอบครัว การปรับตัวดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่ยังสูบบุหรีเกิดการปรับตัวต่อสภาวะการเจ็บป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๔ ราย ร้อยละ ๕๗.๑๔ โดยเลิกสูบบุหรีสำเร็จ ๓ ราย ร้อยละ ๗๕ ซึ่งในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรีสำเร็จ พบว่า เป็นผู้ที่อายุ ๖๐ ขึ้นไป

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการให้บริการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาพื้นที่ หรือ Area Base ของเขตสุขภาพที่ ๑ และของอำเภอเด่นชัย อีกทั้งยังเป็นประเด็นการติดตามในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ ๑ จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของพื้นที่ด้วยกระบวนการศึกษาวิจัยและพัฒนา ในมิติเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง จากเดิมที่เป็นการตั้งรับสถานการณ์โรค สถานะสุขภาพ และคาดการณ์สุขภาพเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้นสำหรับกลุ่มโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจ เมื่อโครงการศึกษาวิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นเมื่อนำมาวิเคราะห์การพัฒนากระบวนการบริการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลในลักษณะของการบูรณาการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในส่วนที่รักษาเฉพาะโรคกับสาขาการพยาบาลชุมชน ทำให้พบผลสำเร็จของงานดังนี้

**เชิงปริมาณ** พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็น



ตนเองด้านสุขภาพ ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑. ด้านประชาชนที่เข้ารับบริการคัดกรองโรค

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๔๐
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองที่สูบบุหรี่ที่มีอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๕๐
- ประชาชนที่เข้ารับบริการคัดกรองโรคได้รับความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ฝ้า

ระวัง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ร้อยละ ๕๒.๒

๒. ด้านประชาชนที่เข้ารับบริการคัดกรองโรคและพบเป็นโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ

- ผู้ป่วยโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจรายใหม่ ร้อยละ ๒๘.๙๔
- ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดได้รับการประสานส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ ๒.๖๓
- ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ ๑๐๐

ทั้งนี้จากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรายใหม่หลังจากได้รับการเข้ากระบวนการรักษาด้วยการติดตาม จัดบริการชุมชนที่บ้าน พบว่า การปรับพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยครั้งแรก ทำให้มีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์กับ ตัวชีวิตของมทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ไม่พบอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินภายใน ๔๘ ชั่วโมง และอัตราการกลับมารักษาไว้ในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วันโดยไม่ได้วางแผนในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความถูกต้องของการใช้ยาสูดพ่นเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๘.๑๘ อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ ๗๕ โดยมีการ เที่ยบเคียงจากตัวชีวิตของกลุ่มงานการพยาบาลในเชิงกลุ่มโรคและทีมนำทางคลินิกของโรงพยาบาล

**เชิงคุณภาพ** พบว่า การวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาลเชิงรุกในชุมชน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ทำให้เกิดคุณภาพกับระบบการจัดบริการสุขภาพ ของพยาบาลสาขาเฉพาะ โรคเรื้อรัง และผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ดังนี้

๑. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกทีมสหวิชาชีพเฉพาะโรค
๒. กิจกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพแบบภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม
๓. การยกระดับพยาบาล และเพิ่มคุณค่างานการพยาบาลต่อการจัดการสุขภาพของชุมชน
๔. การตอบสนองและสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งระดับกระทรวง

สาธารณสุข เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และนโยบายมาตรฐานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHSA) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

๕. การจัดบริการชุมชนที่บ้านภายหลัง เพื่อติดตามผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอีกกระบวนการในการช่วยยืนยัน การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจจริง เพราะมีความสำคัญในการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามสภาวะโรคที่แท้จริง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลงานวิจัยและพัฒนาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วย รายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อ.เด่นชัย จ.แพร่ ทำให้ได้ผลผลิตได้แก่ ๑.)แบบบันทึกคัดกรองประชาชนสงสัย ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒.) รูปแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอเด่นชัย ๓.) รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ด้วยการจัดบริการชุมชนที่บ้าน และ ๔.) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสุขภาพตำบล

ซึ่งมีการนำรูปแบบ แนวทางไปใช้ประโยชน์ภายหลังการศึกษาวิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ได้แก่

๖.๑ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประยุกต์การประสานรายการยาเดิม (Drug Reconcile) กับการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และประยุกต์ใช้ ๖ กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการวางแผนการจัดการรายกรณีที่บ้าน

๖.๒ ร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปรับระบบ Lean ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยหอบหืดรายใหม่



การเดินทางมารพ. เพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรายใหม่มารับบริการตั้งแต่แรกเริ่มรักษาอย่างต่อเนื่อง

๖.๓ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC คปสอ. เด่นชัย และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลเด่นชัย ร่วมถอดบทเรียนและทบทวนปรับปรุงเกณฑ์บริการพยาบาลชุมชนที่บ้าน

๖.๔ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค จัดทำการศึกษาวิจัยแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย มีการประยุกต์ศึกษาแนวทางแบบเดิม กับ แนวทางที่พัฒนาเฉพาะ ประเด็นจัดบริการชุมชนที่บ้านกับการทวนสอบยาสูดพ่นแบบสทวิซซ์ เพิ่มความร่วมมือใช้ยากลุ่ม ICS LABA

๖.๕ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู จัดทำแผนปฏิบัติการรายปี กำหนดจัดทำแผนกำกับจัดซื้อเครื่องมือตรวจสมรรถภาพปอด Spirometer ไว้รายปี เพื่อวางแผนเตรียมพร้อมสำหรับขยายบริการสุขภาพในอนาคต

๖.๖ ทึมนำทางคลินิก งานอาชีวอนามัยบูรณาการรูปแบบที่ครอบคลุมการเข้าถึงและเข้ารับบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนวางระบบแนวทางส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค และเฝ้าระวังภัยสุขภาพจาก PM ๒.๕

๖.๗ สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนหลวง และไทร้อย ในปี ๒๕๖๔ มีการประยุกต์ใช้แนวทางการคัดกรองโรคที่กำกับไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มีการประสานส่งต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการคัดกรองโรคที่โรงพยาบาล พบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอดรายใหม่ เข้ารับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มทันเวลา

๖.๘ ในปี ๒๕๖๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ คัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิจัยให้กับเครือข่าย Service Plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดแพร่ ร่วมให้ข้อคิดเห็นจากโครงการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไปที่สูบบุหรี่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จากงบจัดสรร PPA เขตบริการสุขภาพที่ ๑ มีการประยุกต์แบบบันทึกคัดกรองประชาชนสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย ประเด็นกลุ่มอาการที่เข้าได้กับสงสัยป่วย นอกเหนือจากประวัติการสูบบุหรี่

โดยผลของการนำไปใช้ประโยชน์ ส่งผลกระทบต่อการทำงานภารกิจหลักในแต่ละระดับ ดังนี้

#### ก. ผลกระทบต่อการทำงานหรือภารกิจหลักของกอง/สำนัก/โรงพยาบาล

๑. ผลกระทบกับหลายหน่วยงานของโรงพยาบาล ได้แก่ งานคลินิกโรคเรื้อรัง งานห้องฉุกเฉิน งานผู้ป่วย ใน งานเภสัชกรรม งานกายภาพบำบัด งานสุขภาพจิต ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง COC งานอาชีวอนามัย ได้แก่ ตัวชี้วัดความร่วมมือในการใช้ยาสูดพ่น อัตราการกำเริบเฉียบพลันภายใน ๔๘ ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน อัตรารับไว้รักษาในรพ. ภายใน ๒๘ วัน อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จ อัตราตรวจคัดกรองโรคด้วยเครื่อง Spirometer อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับดูแลจากศูนย์ COC สอดคล้องภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ในโครงการที่ ๕ ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมาย และปัญหาสำคัญในพื้นที่

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ต.เด่นชัย จัดบริการคัดกรองภาวะสุขภาพในพื้นที่ที่มีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจกระทบสุขภาพประชาชน ทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่ ๑๑ ราย เข้ารับการรักษา ส่งผลกระทบด้านตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพื้นที่ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพอำเภอ ตามแผนยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ข้อที่ ๓ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป้าหมายที่ ๓.๒.๓ การค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคเรื้อรัง ที่มีอาการแรกเริ่ม เพื่อการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน

ข. ผลกระทบต่อการทำงานหรือภารกิจหลักของเขต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑ กระทบกับเป้าประสงค์แบบแผนพัฒนาระบบสุขภาพ Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องการพัฒนามาตรฐานเข้าถึงบริการ การรักษา วิจัยภัยโรคภัยต้อง ลดการกำเริบ ลดค่าใช้จ่าย



ค. ผลกระทบต่อการดำเนินงาน หรือภารกิจหลักของกรมหรือระดับกระทรวง การเกิดผลของการทำงานร่วมกับ Service plan สาขาอื่น ได้แก่ NCDs RDU และความร่วมมือเครือข่ายสุขภาพชุมชนจัดบริการสุขภาพที่ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำการศึกษาวิจัย การออกแบบกระบวนการ วิธีการทำงานจัดบริการสุขภาพแบบใหม่แก่ประชาชนให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข กระทบภารกิจหลักกองบริหารการสาธารณสุข ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ตามแผนยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ในส่วนแผนงานที่ ๑๔ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๑ พัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ ๗๔ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพ

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

สำหรับการศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ พบ ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ แบ่งเป็น ๓ ประเด็น ของระยะของการศึกษา ดังนี้

๑. การทบทวนวรรณกรรม ในฐานะข้อมูลสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และงานวิจัยจากแหล่งสืบค้นอื่นทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นปีที่เริ่มศึกษาวิจัย พบว่า มีการศึกษาการจัดบริการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเชิงรุกในชุมชนไม่มาก ยังไม่มีการศึกษาเพื่อประเมินวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือที่มีความแม่นยำ ตามข้อมูลวิชาการสากล Gold Guideline COPD ที่ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Peak Flow และ Spirometer เป็นต้น พบการศึกษาในต่างประเทศเป็นการคัดกรองระดับปฐมภูมิและให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าควรทำในสุขภาพปฐมภูมิ ในประเทศไทยเป็นการศึกษาจัดบริการตรวจคัดกรองตั้งรับในโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดเครื่องตรวจ Spirometer ไม่มีกระจายในทุกโรงพยาบาลชุมชน ทำให้จำเป็นต้องมีการปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาลแพร่ ในการเปรียบเทียบความคุ้มค่าการประยุกต์ขั้นตอนการใช้เครื่องมือวิจัย ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการศึกษาเนื่องจากพื้นที่มีผลกระทบค่าละอองฝุ่น PM ๒.๕ มีปัจจัยทางภูมิศาสตร์เดิม นอกเหนือจากสูบบุหรี่

๒. การจัดทำเครื่องมือวิจัย ซึ่งแบ่งลักษณะความยุ่งยากและซับซ้อนที่พบเป็น ๒ ขั้นตอน ได้แก่

ก. การจัดทำแบบบันทึกคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นแบบ Verbal Screening ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่รพ.สต. ยังมีประเด็นความเข้าใจไม่ตรงกันในการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรประเด็นอาการและอาการที่แสดงเข้าได้กับโรค ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของอาการเจ็บป่วย ผู้ศึกษาจึงวางแผนแก้ปัญหาและตัดสินใจให้บริการคัดกรองด้วยตนเองร่วมกับทีมคัดกรองในพื้นที่เป้าหมาย เป็นที่เสี่ยงปรึกษาคู่ขนานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจนเสร็จสิ้นกิจกรรมคัดกรองระยะเวลา ๑ สัปดาห์

ข. การปฏิบัติตามขั้นตอนการเข้ารับตรวจสมรรถภาพปอด ซึ่งขั้นตอนตรวจด้วยเครื่อง Peak Flow เป็นการตรวจโดยผู้ศึกษาเองในพื้นที่ สำหรับในขั้นตอนที่พบกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้า และต้องได้รับการตรวจด้วยเครื่อง Spirometer กับนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลนั้น เป็นช่วงเวลาแรกเริ่มของสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ในประเทศไทย แต่สำหรับจังหวัดแพร่ ยังไม่มีประกาศมาตรการงดบริการรวมกลุ่ม แต่เพื่อให้เกิดความปลอดภัยตามนโยบาย ๒P Safety จึงได้วางแผนร่วมกับทีมคัดกรองปฏิบัติงาน IC และปรับมีการตรวจในตัวแรงดันลบ เพื่อป้องกันการกระจายละอองฝอยจากการออกแรงเป่าลมหายใจของกลุ่มตัวอย่าง

๓. พัฒนาการจัดบริการชุมชนที่บ้าน เพื่อการพยาบาลดูแล ติดตามอาการ การบริหารยาสูดพ่นและให้ข้อมูลเสริมแรง ภายหลังพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังมีการสูบบุหรี่ ที่มีความกังวลใจต่อการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จเป็นเรื่องที่ยากมาก อีกทั้งรวมถึงช่วงเวลานั้นคลินิกเลิกบุหรี่ขาดอัตรากำลังพยาบาลที่กำกับดูแลประจำ ซึ่งรูปแบบจัดบริการชุมชนที่บ้านเป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาร่วมกับพยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย จึงปรับใช้การปรับตัวต่อปัญหาและสิ่งเร้าของการเจ็บป่วยครั้งแรก ร่วมกับผู้ป่วย และญาติ ซึ่งดังความต้อง...



ตัดสินใจเลิกบุหรี่ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทย และติดตามร่วมกันทั้งที่บ้านและที่คลินิก และเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยรายใหม่มีความสบายใจในการที่ต้องเป็นผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยและมีกำลังใจ

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เป็นการมุ่งศึกษาจัดระบบสุขภาพเฉพาะโรคให้ครอบคลุมมิติการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค การให้ข้อมูลและเสริมแรงกับผู้ป่วยรายใหม่โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ภายใต้ต้องการความรู้ใหม่ทางคลินิก ที่เป็นการบูรณาการมาตรฐาน HA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากนานาชาติ กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน ด้วยมีเครื่องมือทางคลินิกคุณภาพสากล ที่ทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนนำไปใช้ ได้แก่ การตามรอยโรคทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ๑๓ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คัดเลือกมาประยุกต์ใช้เพียง ๖ กระบวนการ สำหรับขั้นตอนการ Development รูปแบบการคัดกรองโรค

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการพัฒนาที่มุ่งทางคลินิกของโรงพยาบาลในประเทศไทย ให้เกิดแนวทางปฏิบัติ แต่ยังไม่พบการจัดทำวิจัยประสิทธิผลของเครื่องมือทางคลินิกมากนัก เนื่องจากเป็นลักษณะติดตามตัวชี้วัดจากการใช้ประโยชน์ ทำให้ความเข้าใจเครื่องมือ วิเคราะห์ สังเคราะห์ จึงมีความท้าทาย ปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

๑. การทำวิจัยและพัฒนา ร่วมกับสหวิชาชีพ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๒. การจัดบริการชุมชนที่บ้านเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ที่ผู้ศึกษายังมีทักษะไม่ครอบคลุมกระบวนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
๓. เครื่องมือทางคลินิกสากลเป็นมาตรฐาน มีการตีความที่ซับซ้อนกับความเข้าใจของสมาชิกผู้ร่วมวิจัย
๔. การวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ บริบทปัญหาผู้ป่วยรายใหม่มีความแตกต่างในการวางแผนการพยาบาล

ซึ่งผู้ศึกษาถือเป็นโอกาสท้าทาย และมีการวางแผนการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยเพิ่มการศึกษาให้เข้าใจการทำงานกับชุมชนต่อการจัดการสุขภาพทั้ง ๔ มิติ ให้มากขึ้น ให้ความสำคัญในการวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ภายใต้หลักการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รวมถึงศึกษาศาสตร์ทางการแพทย์แนวใหม่ของประเทศที่ค้นพบได้แก่ Narrative medicine เผยแพร่โดยอายุรแพทย์ ดร.ริต้า ชารอน มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ที่ใช้หลักสูตรโปรแกรมวรรณกรรมทางคลินิกมารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการบอกเล่าสภาวะความเจ็บป่วยให้ค้นพบสมรรถนะทางการแพทย์ ซึ่งในประเทศไทยมีการใช้ประโยชน์ด้านการแพทย์เฉพาะบางสถาบันการแพทย์ เมื่อเทียบกับการใช้สนทนากลุ่มซึ่งมีความเป็นทางการ จึงถอดบทเรียนนำมาประยุกต์การบอกเล่าสภาวะการเจ็บป่วยระบบการดูแลกับผู้ให้และผู้รับบริการ ทบทวนวางแผนบูรณาการกับ ๒ แนวคิด ได้แก่

๑) ทฤษฎีทางการแพทย์การปรับตัวของรอยด์ ที่มีความโดดเด่นและเชื่อมโยงสุขภาพ กับการพยาบาลเป็นทฤษฎีที่ช่วยตัดสินใจของผู้รับบริการ ทำหายตนเองเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วยและปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เน้นสืบค้นหาสาเหตุที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ กำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ

๒) การบริหารผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เป็นแนวคิดวิธีการภาคธุรกิจ ที่มีข้อดีทำให้เกิดการทบทวนถึงผลกระทบ ปัจจัยรอบด้าน เสริมสร้างการตั้งศักยภาพด้านที่มีอิทธิพลมาต่อรองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และที่มสุขภาพต่อทัศนคติในการปรับปรุงระบบงานเชิงรุกในชุมชนให้กับทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่

ซึ่งในระหว่างดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนา มีทั้งโอกาสที่จะเกิดความล้มเหลว แต่ก็มีการพยายามแก้ไข ปัญหาและอุปสรรค จนเกิดเป็นความสำเร็จ ดังนี้

#### ความล้มเหลว

- ด้านผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษา บางส่วนเป็นกลุ่มเปราะบางเป็นผู้สูงอายุ มีความกังวลใจต่อการ



ทางรักษาหายขาด การเลิกบุหรี่ให้สำเร็จเป็นเรื่องที่ยากมาก

- ด้านทีมผู้ร่วมวิจัย ซึ่งมีข้อคิดเห็น การตีความการทดสอบ ทดลองเมื่อได้การวินิจฉัยโรคกลุ่มแรกเริ่มมีอาการ สามารถติดตามอาการได้ที่คลินิกของโรงพยาบาล และเพื่อควบคุมการทดลอง และตัวแปรสอดแทรก

**ความสำเร็จ**

- ด้านผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เป็นการให้เวลาเปิดโอกาสให้บอกเล่าสภาวะการเจ็บป่วยครั้งแรกเพื่อค้นหาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การแสดงความคิดเห็นขณะอยู่ที่บ้านต่อการปรับตัวกับสิ่งเร้าทางตรงและทางอ้อมเมื่ออาการกำเริบ เช่น สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การสูบบุหรี่ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ลดความกังวล ให้ความร่วมมือ และมีความต่อเนื่องในการรับการติดตามการดูแลรักษา และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย

- ด้านทีมผู้ร่วมวิจัย การปรับวิธีคิดนำการบอกเล่าทางการแพทย์ให้ทีมผู้ร่วมวิจัยบอกเล่าสภาวะความเจ็บป่วยมุมของการดำเนินงาน สะท้อนประเด็นการทบทวนการบริหารผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพ การใช้เครื่องมือ Care Process ๖ กระบวนการ มาตั้งต้นเพื่อ Re-access ประเมินซ้ำทั้งที่ในโรงพยาบาล และที่บ้าน อาจทำให้มีการตั้งข้อสังเกตจากการจัดบริการแบบเดิม เพียงพอต่อการวัดประเมินผลการศึกษามากน้อยเพียงใด การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลตนเองทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤติฉุกเฉินขณะอยู่ที่บ้าน อาจพบข้อมูลที่ยังไม่ถูกค้นพบ ทำให้ทีมผู้ร่วมวิจัยมองปัจจัยรอบด้าน มีทัศนคติที่ดีมากขึ้นต่อการจัดบริการชุมชนที่บ้าน

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคดังกล่าวทำให้งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ที่ได้ผลผลิตคือ กระบวนการจัดบริการพยาบาลชุมชนที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่มีโอกาสสะท้อนพฤติกรรมปรับตัว มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการสุขภาพ และทักษะการดูแลตนเองเพื่อลดอาการกำเริบของโรค ตั้งแต่เริ่มรักษาเกิดความร่วมมือในการบริหารยาสูดพ่นได้ถูกต้อง มีกำลังใจในการดูแลรักษาตนเอง ในบางรายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมถึงทีมผู้ร่วมวิจัยได้เกิดการตระหนักและรับรู้ในรูปแบบการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้รับการวินิจฉัยโรคและเข้าสู่กระบวนการรักษาทันเวลาตั้งแต่แรกเริ่มพร้อมทั้งติดตามการวินิจฉัยโรคที่บ้านและการติดตามอาการช่วยสามารถทำให้ควบคุมโรคได้ดี

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา อ.เด่นชัย จ.แพร่ ตั้งแต่จัดทำรูปแบบการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน พัฒนาเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ด้วยการจัดบริการชุมชนที่บ้าน พบว่า ช่วยทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคมะเร็งปอดรายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษาทันเวลา และได้รับการติดตามอาการตั้งแต่เริ่มแรกรักษา ลดการอาการกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน ช่วยควบคุมโรคได้ดี มีการเลิกบุหรี่สำเร็จในผู้ป่วยบางราย จึงมีการนำไปใช้และนำเสนอข้อเสนอแนะ ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จากการศึกษาและทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ มีการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเชิงกลุ่มโรคโดยใช้กระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่องในช่วงปี ๒๕๕๘ -๒๕๖๓ ที่เป็นผลจากบูรณาการเครื่องมือทางคลินิกสากล Clinical Tracer คัดเลือกกระบวนการดูแลผู้ป่วย ๖ กระบวนการ ได้แก่ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ประเมิน วางแผน ดูแลรักษา ให้ข้อมูลและเสริมแรง และการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ทำให้เกิดผลลัพธ์รูปแบบการดูแลและจัดการสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

๑.๑ พัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นจากบริบทระบบสุขภาพของพื้นที่เอง ที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดของสาขาโรค การสะท้อนคืนค่าให้กับทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาล เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ต่อยอดขยายผลไป Service Plan สาขาโรคเรื้อรังอื่นเกิดการศึกษา CQI และปรับปรุงแนวปฏิบัติใน รพ.สต. ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไต และการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

๑.๒ จากผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคระบบ



จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพ และกระทรวง ในประเด็น PP&P Excellence เพิ่มโอกาสสนับสนุนจัดซื้อเครื่องตรวจ Spirometer เพิ่มจากเครื่องเดิมที่มีอายุการใช้งานมานาน เพื่อรองรับบริการสุขภาพในอนาคต

๑.๓ ค้นพบผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ที่คัดแยกตามกลุ่มโรค มีการทบทวนกับแพทย์อายุรกรรม จัดทำแนวทางการซักประวัติข้อชี้บ่งการสืบค้นมะเร็งปอดโดยใช้การทบทวนเป็นรายกรณี ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคปอด โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาและส่งต่อที่ชัดเจน

๑.๔ การนำเสนอกับงานอาชีพอนามัย และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการคัดกรองโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจในการสืบค้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากกลุ่มตรวจสุขภาพประจำปีในสถานประกอบการที่มีปัจจัยต่อการเกิดภัยคุกคามสุขภาพ เป็นต้น

## ๒. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

๒.๑ การนำเสนอองค์กรพยาบาลจัดเวทีวิชาการเชิงปฏิบัติการจัดการความรู้ศาสตร์บูรณาการในเรื่อง Narrative Medicine กับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลทุกสาขาด้าน Spiritual Health Care

๒.๒ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรืออบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดบริการชุมชนที่บ้านในลักษณะการประสานงานความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานการพยาบาล และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างโอกาสพัฒนาการยกระดับการพยาบาลเฉพาะสาขาเฉพาะทาง และเฉพาะโรคในการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลต่อการตอบสนองนโยบายการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) ระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือ นโยบายแบบแผนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรค

## ๓. ด้านการวิจัยและพัฒนา

๓.๑ การวางแผนพัฒนาต่อยอดขยายผลงานวิจัยจากเชิงกลุ่มโรค เป็นวิจัยเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพเชิงกลุ่มโรคเรื้อรัง ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๓.๒ การขยายผลและวางแผนศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล ได้แก่ ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอยด์ ที่โดดเด่นการเชื่อมโยงสุขภาพกับการพยาบาล การตัดสินใจผู้รับบริการต่อการทำร้ายตนเอง เรื่องสุขภาพ กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ผู้ป่วยระยะท้ายของโรค หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของการพยาบาลทุกสาขา

## ๔. ด้านมาตรฐานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHSA) ของ อ. เด่นชัย

๔.๑ นำเสนอความร่วมมือการทบทวนประเด็นท้าทาย ของมาตรฐาน DHSA อำเภอ ในลักษณะการจัดทำแผนปฏิบัติการรายปี ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือ เวทีกิจกรรมสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในการคืนค่าข้อมูลสถานสถานการณ์โรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจของอำเภอ สถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ปัญหาฝุ่นควัน การประกอบอาชีพ และขยายฐานกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น นักเรียนนักศึกษา กลุ่มแม่บ้านสตรี และกลุ่มวัยทำงานที่เสี่ยง เช่น พนักงานโรงอบไບยาสูบ คลังน้ำมันปตท. โรงงานเฟอร์นิเจอร์ ศูนย์ควบคุมไฟฟ้า เป็นต้น

๔.๒ การทบทวนจัดทำมาตรการทางสังคม หรือ สร้างเสริมสนับสนุนรณรงค์การลด ละ เลิกบุหรี่

๔.๓ นำเสนอการวางแผนศึกษาเทียบเคียง Branch Marking รูปแบบการคัดกรองในกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อการสร้างมาตรฐานการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน


## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation) ประเภทงานวิจัยทางการพยาบาล Nursing research ของเวทีการประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ ๑๕ (HoRNetS ๒๐๒๓) “Redesign, Resilience, Reconnect and Rehearsal for the Optimal Research” ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ที่จัดโดยชมรมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ณ



๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%
- ๑) นางสาวประกายวรรณ ใจชอบ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐
- ๒) นางพัชรีภรณ์ โปธาตุ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๒๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....


( นางสาวประกายวรรณ ใจชอบ )

(ตำแหน่ง) ....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....


(วันที่) 24 / ตุลาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพัชรีภรณ์ โปธาตุ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาววิภา ทรัพย์ )

(ตำแหน่ง) หมอ พ.ว. รักษารักษาโรคผิวหนัง

(วันที่) 25 / ตุลาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาววรรณวิภา นพรัตน์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

(วันที่) 25 / ตุลาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบาย : ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของแบบแผนบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

### ๒. หลักการและเหตุผล

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙ ขึ้น เพื่อเป็นกลยุทธ์การดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศ ภายใต้การกำหนดกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตโดยมีเป้าหมาย ในเรื่อง “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”<sup>(๗)</sup> อีกทั้งการเชื่อมโยงไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕) ที่ว่าด้วยนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพสู่ความเป็นประเทศไทย ๔.๐ ที่กล่าวถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs)<sup>(๘)</sup> โดยแผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วยสถานการณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ และยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ซึ่งผู้เสนอแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงานขอเสนอถึงในด้านที่ ๑) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ซึ่งในปี ๒๕๖๗ มีแผนงาน/โครงการทั้งสิ้น ๑๔ แผนงาน ๓๕ โครงการ มีเป้าหมาย ตัวชี้วัด มาตรการสำคัญในแต่ละโครงการ<sup>(๙)</sup>

เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ จากการประชุมผู้บริหารสูงสุดกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๙/๒๕๖๖ มีการสรุป (ร่าง) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ และเผยแพร่ให้กับทุกหน่วยงานในสังกัดได้ทราบเป้าหมาย “ประชาชนคนไทยสุขภาพดี ประเทศไทยสุขภาพดี” กำหนด ๑๓ ประเด็นโครงการริเริ่มส่งผลสำเร็จเร็ว (Quick Win) ให้เป็นรูปธรรม ผ่าน ๓ กรอบการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ “แก้ปัญหา” “วางรากฐาน” และ “สร้างเศรษฐกิจ”<sup>(๑๐)</sup>

เมื่อได้ศึกษาในรายละเอียด Quick Win กรอบการปฏิบัติงานของ (ร่าง) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในส่วน “แก้ปัญหา” อ้างถึงข้อที่ ๑ โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ ที่มุ่งเน้นถึงการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง ๒๑ แห่งไว้ โดยมีเป้าประสงค์ให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ<sup>(๑๑)</sup>

จากความสำคัญดังกล่าวผู้เสนอแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงาน ในฐานะที่ปฏิบัติราชการภายใต้สังกัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จึงทบทวนบริบทพื้นที่ในลักษณะเชิงนโยบาย ซึ่งพบว่า ในส่วนแผนการพัฒนายุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย มีการวางกรอบการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่ว่าด้วย “เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบบริการสุขภาพผสมผสาน การแพทย์แผนไทยอย่างปลอดภัย ภาควิชาความร่วมมือ” มีพันธกิจที่เน้นพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นเลิศ แต่มีข้อจำกัดการเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๑ รับผิดชอบดูแลประชากรที่ไม่มากเพียง ๓๔,๗๒๔ คน สำหรับในด้านทรัพยากรกำลังคน เงิน และสิ่งของนั้น โดยที่ผ่านมามีปัญหาที่เกี่ยวกับกำลังคนด้านแพทย์เฉพาะทาง พบว่า แพทย์สาขาอายุรกรรม กุมารเวชกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น มีการโอนย้ายไปโรงพยาบาลจังหวัดเนื่องจากด้วยข้อจำกัดโรงพยาบาลชุมชน จึงมีสัดส่วนจำนวนไม่มากของกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาเชิงลึก และอีกด้วยข้อจำกัดการตรวจเครื่องมือพิเศษเพิ่มเติมในบางกลุ่มโรคทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่แพทย์เฉพาะสาขาจำเป็นต้องย้ายไปปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับสมรรถนะหลัก เกิดการขาดแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาในบางช่วงเวลา หากแต่ด้วยอีกปัจจัยเชิงนโยบายที่มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาในทศวรรษที่ ๑๐ (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ที่กำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างศักยภาพชุมชนเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน (Community Happiness) และยุทธศาสตร์ที่ ๒ ต้นแบบการเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนโดยพัฒนา Service Plan (Patient Happiness) โดยสนับสนุนคนพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพปฐมภูมิขึ้น



นั้น ถือเป็นจุดแข็งองค์กรที่มีต้นทุนพัฒนาที่ยังคงมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นมา เกิดผลลัพธ์ที่ดีในปี ๒๕๖๔ ผ่านการรับรองมาตรฐานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ หรือ DHS (District Health System Accreditation) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นแห่งแรกของจังหวัดแพร่

จากการถอดบทเรียนเชิงนโยบายดังกล่าว ผู้เสนอแนวคิดพัฒนาปรับปรุงงานซึ่งเป็นพยาบาลงานวิจัยและพัฒนา อีกทั้งยังได้รับมอบหมายจากประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข อ.เด่นชัย ให้เป็นผู้จัดการสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอำเภอ หรือ Project manager ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลงานวิจัยและพัฒนา ที่ต้องใช้กระบวนการวิจัย และศึกษาศาสตร์องค์ความรู้ใหม่ที่มีความก้าวหน้าทันสมัยประยุกต์ให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพและยกระดับพัฒนาบริการพยาบาล จึงตระหนักและมีแนวคิดพัฒนาขยายผลกรอบการปฏิบัติงานแบบแผนบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Service Plan COPD ด้วยกระบวนการด้านวิจัยและพัฒนาแบบเป็นระบบ ซึ่งจากเดิมที่แก้ไขปัญหาด้วยลักษณะงานประจำสู่งานวิจัย R๒R (Routine To Research) และ R&D (Research and Development) เฉพาะที่เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษา ซึ่งมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ ทำให้พื้นที่ อ.เด่นชัย เกิดการศึกษางานวิจัยโดยทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพด้วยกันจำนวน ๔ ผลงาน แต่ก็ยังเป็นการศึกษาถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในมิติการเข้าถึงและเข้ารับบริการ ประเมินเพื่อวินิจฉัย วางแผนดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพ ให้ข้อมูลและเสริมพลัง และดูแลต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าครบใน ๖ กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA<sup>(๑๐)</sup> ที่กำหนดโดยทีมนำทางคลินิก (PCT) และจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการรายปี

หากแต่เมื่อสังเคราะห์การคาดการณ์ของ Service Plan COPD ตามการบริหารจัดการเชิงพัฒนาตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงไปของเขตบริการสุขภาพที่ ๑ ในปี ๒๕๖๓ ที่มีการกำหนดตัวชี้วัดแบบ OKR (Objective Key Result) กับ Service Plan ทุกสาขาโรค จึงพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัยยังไม่ครอบคลุมถึงการศึกษาศึกษาเพื่อกำกับให้เป็นเชิงนโยบายสุขภาพของอำเภอ รวมถึงนโยบายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชต่อการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ จึงมีแนวคิดนำองค์ความรู้ใหม่เรื่องระบบวัดผล OKRs ประยุกต์ใช้ผลักดันจุดเด่น อ.เด่นชัย ในการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจแบบชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำให้เกิดนโยบายสุขภาพต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพเชิงกลุ่มโรคต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอได้หรือไม่

จากความสำคัญดังกล่าวจึงนำมาเป็นกลยุทธ์ตั้งต้นให้เกิดแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงานการศึกษารายงานเชิงนโยบาย หรือ Policy Research เพื่อให้โรงพยาบาล และทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างมีส่วนได้พบเห็น วางแผนคัดเลือกปัญหา โอกาสพัฒนาในการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อกำหนดนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ ของพื้นที่ สร้างโอกาสทางสังคมร่วมกันให้เป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศเชิงกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ทันต่อสภาพการณ์ทุกกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนให้เกิดชุมชนเข้มแข็งนำไปสู่สุขภาวะที่ดีของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

**๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

#### **บทวิเคราะห์**

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases : COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั่วโลก เป็นปัญหาที่ทำนายในการป้องกันและรักษาโรคเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มขึ้น จากสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรค และประชากรสูงอายุที่มีมากขึ้น<sup>(๑๑)</sup>

สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกนั้นพบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ๒๑๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของประชากรวัยผู้ใหญ่ คาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ ๓ ของประชากรโลกในปี พ.ศ. ๒๕๗๓<sup>(๑๒)</sup> ซึ่งสาเหตุหลักของโรคมามากกว่าร้อยละ ๙๐ เกิดจากการสูบบุหรี่ และการ



สูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันมานานหลายปี จำนวนในการสูบบุหรี่นั้นมีปริมาณมากกว่า ๑๐ มวนต่อวัน จะทำให้การทำงานของปอดลดลง จากตรวจสมรรถภาพปอดจะมีการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่และรวดเร็วภายใน ๑ วินาที (Force Expiratory Volume in One Second: FEV๑) พบว่า ในผู้ที่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยของ FEV๑ น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่<sup>(๑๑)</sup>

สำหรับการเกิดโรคจากสาเหตุอื่น ซึ่งก็คือ มลพิษในอากาศที่เกิดจากอุตสาหกรรม เช่น ฝุ่นละออง สารมีพิษ แก๊สต่างๆ ซึ่งตามสถิติพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเมืองใหญ่ หรือในเขตโรงงานอุตสาหกรรมมากกว่าในชนบท<sup>(๑๒)</sup> การสัมผัสฝุ่นและสารเคมีจากประกอบอาชีพ ซึ่งจากประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยพบว่า มลพิษภายในอาคารจากการเผาผลาญเชื้อเพลิงประเภทไม้ ชากพีช มูลสัตว์ ในการประกอบอาชีพเพื่อประกอบอาหารและให้ความร้อนเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้<sup>(๑๓) (๑๔)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจที่พบว่าประชากรไทยสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น แม้ว่าภาครัฐจะมีมาตรการควบคุมการผลิตยาสูบ และมาตรการราคาและภาษีเพื่อลดกำลังซื้อของผู้บริโภคก็ตาม ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบต่างๆ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น และเพิ่มมากขึ้นในหมู่เด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยที่ลดลง ถึงแม้ภาครัฐมีกลยุทธ์กำหนดและดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบทุกระดับอย่างครอบคลุมในมาตรการที่ไม่ใช่ราคาที่จะลด ได้แก่ การป้องกันสัมผัสกับควันบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับสาระผลิตภัณฑ์ยาสูบ การให้ความรู้ และสื่อสารโทษยาสูบและสนับสนุนมาตรการลดความต้องการเกี่ยวกับการพึ่งพาบุหรี่และเลิกสูบ<sup>(๑๓)</sup>

นอกจากสถานการณ์การสูบบุหรี่แล้ว ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเทศไทยยังประสบกับปัญหาสภาพฝุ่นควัน จากค่าดัชนีอากาศ PM ๒.๕ สูง เป็นอันดับ ๑๑ ของโลกมลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรกว่า ๑๔,๐๐๐ รายใน ๖ จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี สมุทรสาคร ขอนแก่น และระยอง คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจประมาณ ๑๔๙ แสนล้านบาท ในปี ๒๕๖๕ การสำรวจผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ในชุมชนเมืองและชุมชนรอบนอกนครเชียงใหม่ พบความชุกร้อยละ ๓.๗ และ ๗.๑ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะแรก ส่วนที่รับรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นระยะรุนแรง<sup>(๑๔)</sup>

จากรายงานการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศของศูนย์แก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ พบว่าเดือนมีนาคม ปี ๒๕๖๖ จังหวัดเชียงใหม่ มีค่าฝุ่น PM ๒.๕ สูงเกินมาตรฐานที่ ๑๙๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ถูกจัดเป็นเมืองที่มีคุณภาพอากาศแย่ที่สุดในโลก<sup>(๑๕)</sup> ผลกระทบต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิน ๒.๕ ไมครอน ในปริมาณสูงหรือเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบได้ในหลายระบบ โดยมีกลไกที่สำคัญในการก่อพิษ คือ เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน และกระตุ้นกระบวนการอักเสบของร่างกายทำให้เกิดโรคที่สำคัญได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็งปอด และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง<sup>(๑๕)</sup> สำหรับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความเสียหายที่เกิดขึ้นคือ ระยะเวลา ความหนาแน่นของประชากร และกิจกรรมทางเศรษฐกิจภายในจังหวัด ซึ่งปัญหามลพิษทางอากาศไม่ได้ลดน้อยลงและกำลังคุกคามสุขภาพของประชาชน และระบบเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง<sup>(๑๕)</sup>

ในปี ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนระบบการวัดผล โดยนำเอา OKRs หรือ Objective Key Result มาวัดประสิทธิภาพนโยบาย เป้าประสงค์ของ Service Plan ทุกสาขาโรค เพราะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความท้าทายผลสัมฤทธิ์ระดับผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลงานด้านสาธารณสุขตามแนว OKRs ในการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า แนวคิดวิธีการตั้งเป้าหมายเพื่อวัดผลความสำเร็จแบบ OKRs นั้น เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพช่วยให้การปฏิบัติงานด้านสุขภาพมีเป้าหมายตั้งแต่ระดับหน่วยงานใหญ่ จนถึงเป้าหมายของบุคลากรสุขภาพระดับปฏิบัติการ<sup>(๑๖)</sup> เป็นแนวทางปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยมีความยืดหยุ่นในการกำหนดเป้าหมายแบบบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน ผลการประเมินงานด้านสุขภาพที่ดี ควรเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการทุกระดับ และก้าวระยะด้วยผลลัพธ์เป้าหมายไปยังผลงานต่างๆ โดยกำหนดความเชื่อมโยง OKRs แต่ละระดับขึ้น



ด้วยกัน อีกทั้งเป็นการยกระดับการพัฒนาของผู้ปฏิบัติงาน สร้างความร่วมมือกันทุกฝ่ายจากการตั้งผลลัพธ์เป้าหมายจากผู้ปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติแต่ละระดับได้เห็นขั้นตอนการพัฒนาไปถึงเป้าหมายได้อย่างชัดเจน จะส่งผลต่อคุณภาพการบริการและผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด เนื่องจากแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพการดำเนินงาน การบริหารองค์กรของแต่ละพื้นที่นั้นๆ<sup>(๒๐)</sup>

จากการศึกษาในทฤษฎีวงจรรโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle) ที่ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ซึ่งก็ได้แก่ ๑. การก่อตัวของนโยบาย เป็นการเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ลักษณะสภาพของปัญหาสาธารณะว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาอะไร กับคนกลุ่มใด มีผลกระทบต่อสังคมอย่างไร ๒. การกำหนดนโยบาย เป็นอีกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมตามมา การกำหนดนโยบายสาธารณะในปัจจุบันนั้น มิใช่เป็นเพียงแค่ภารกิจผูกขาดที่เป็นของรัฐโดยเฉพาะเท่านั้น ตัวแบบระบบต่างหากที่มีผลทำให้เกิดกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ จากผลประเมินทางเลือกและรับทราบการประกาศใช้เป็นนโยบาย ๓. การตัดสินใจนโยบาย ถือเป็นทางเลือกวิถีทางหรือแนวนโยบายที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งเชื่อว่าหลักจริยธรรมหรือคุณธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อค่านิยมที่เป็นรากฐานสำคัญในการเลือกนโยบาย ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับแนวความคิดของ Jeremy Bentham ที่เห็นว่าการกระทำที่ดีที่สุดคือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดของคนจำนวนมากที่สุด หรือที่เรียกว่า หลักอรรถประโยชน์นิยม นโยบายใดก็ตามที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือความสุขแก่คนส่วนใหญ่มากที่สุดถือว่าเป็นนโยบายที่ดีควรนำไปปฏิบัติ ๔. การนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่ง Thomas R. Dye กล่าวว่า ความต่อเนื่องนโยบายมิได้สิ้นสุดที่ผ่านกฎหมาย แต่อยู่ที่นำนโยบายไปปฏิบัติจากผู้นำประเทศไปสู่ระบบราชการ สำหรับส่วนราชการมอบหมายหน่วยงานในสังกัดนำประเด็นยุทธศาสตร์ส่วนราชการแปลงเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และกลยุทธ์ที่จะต้องใช้ดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์ ส่งมอบผลผลิตตามตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความยากง่ายของสถานการณ์ ปัญหาที่เผชิญอยู่ เป็นต้น สำหรับกระบวนการที่เป็นปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัญหาด้านสมรรถนะ เช่น ปัจจัยบุคลากร เงินทุน วัสดุ ข้อมูลข่าวสาร เวลา เทคโนโลยี ความสำเร็จประสานงานความร่วมมือ เป็นต้น<sup>(๒๑)</sup>

สำหรับขั้นตอนสุดท้าย ๕. การประเมินผล ถือเป็นกระบวนการนโยบายที่จะให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการดำเนินการตามนโยบายว่า ตอบสนองความต้องการหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงใด โดยมี ๒ ประเภท คือ ๑. ประเมินเพื่อกำหนดนโยบาย เป็นขั้นก่อนการกำหนดนโยบาย ส่วนมากเป็นการประเมินความต้องการหรือความเป็นไปได้ และ ๒. ประเมินผลเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว เป็นขั้นนำนโยบายไปปฏิบัติในรูปโครงการแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งการประเมินเป็นการติดตามแผนกลยุทธ์ว่าสามารถทำได้ มีคุณค่าระดับใด<sup>(๒๒)</sup>

จากสถิติคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ เขตบริการสุขภาพที่ ๑ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด ๓๑,๔๗๖ ๓๐,๓๙๒ และ ๓๐,๕๕๐ ราย อัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น ๒๔.๘๕ ๒๐.๒๘ และ ๓๖.๒๔ มีอัตราค่าเรีบเฉียบพลัน ๑๓๖.๘๘ ๑๓๖.๔๑ และ ๑๔๑.๘๕ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วย มีอัตราการป่วยตายด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็น ๕.๐๒ ๔.๔๙ และ ๔.๗๕ และเป็นอัตราตายก่อนวันอันควร อายุ ๓๐-๖๙ ปี ซึ่งมากกว่าภาพรวมของประเทศ และเมื่อเทียบกับพื้นที่เขตบริการสุขภาพอื่นๆ<sup>(๒๓)</sup>

สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพื้นที่อำเภอเด่นชัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วย เป็น ๒๑๓, ๑๙๖ และ ๑๘๕ ราย อัตราค่าเรีบเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป เป็น ๑๔๔.๒๒ ๑๒๒.๗๖ และ ๑๐๖.๙ ครั้งต่อผู้ป่วย ๑๐๐ คน มีอัตรากลับมาตรวจซ้ำด้วยอาการกำเริบภายใน ๔๘ ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน เป็น ๓.๓๔ ,๒.๗๑ และ ๒.๐๓ ตามลำดับ อัตรากลับมารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมภายใน ๒๘ วัน เป็นอันดับ ๔ ในปี ๒๕๖๖ ซึ่งจากเดิมเป็นอันดับที่ ๓ ในปี ๒๕๖๕ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของโรคลดลง ซึ่งจากการวิเคราะห์ส่วนหนึ่งเกิดจากคณะกรรมการประเด็นสำคัญ ประเด็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เขตสุขภาพที่ ๑ แก้ไขปัญหาอย่าง ๒ โครงการที่สำคัญ ได้แก่ โครงการเข้าถึงยากลุ่ม LAMA หรือ Long-acting



muscarinic antagonists ซึ่งมีราคาแพงให้โรงพยาบาลทุกระดับภายในเขตสุขภาพและสิ้นสุดโครงการขยายเวลาในปี ๒๕๖๖ นี้ และโครงการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไปที่สูบบุหรี่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๖ หากแต่ก็ยังพบว่ามีความใช้จ่ายด้านยาเป็นอันดับที่ ๓ ของโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้ป่วย การเลิกบุหรี่สำเร็จมีเพียงร้อยละ ๑.๘๒<sup>(๕)</sup>

จากการวัด วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคของพื้นที่เชิงลึกพบว่า พื้นฐานความชุกโรคของ อ.เด่นชัย อันดับ ๑ ต.แม่จิวะ อันดับ ๒ ต.เด่นชัย และ อันดับ ๓ ต.ไทรย้อย มีปัจจัยภูมิศาสตร์ของพื้นที่ต.แม่จิวะ มีโรงงานเฟอร์นิเจอร์ในหมู่บ้าน อยู่ติดถนนทางหลวงที่มีการสัญจรทางถนนตลอดเวลา ตำบลเด่นชัย เป็นชุมชนเผาขยะและที่ตั้งโรงอบใบยาสูบเด่นชัย พื้นที่ตำบลไทรย้อย มีโรงงานผลิตกำมะถัน และการก่อสร้างถนนเส้นทางเด่นชัย - ลำปาง ที่มีระยะเวลาก่อสร้างล่าช้า รวมถึงปัญหาไฟป่าจนถึงปัจจุบัน โดยจากข้อมูลรายงานวิเคราะห์การเฝ้าระวังภัยสุขภาพพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ดัชนีคุณภาพอากาศที่วัดผลจากการเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕) ของ อ.เด่นชัย พบ ตำบลที่มีค่าเฉลี่ย PM ๒.๕ สูงเป็นอันดับ ๑ ได้แก่ ตำบลแม่จิวะ ที่ ๙๔ , ๑๓๖ และ ๑๒๙ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เขตสีแดงอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ ในปี ๒๕๖๕ พื้นที่ต.ไทรย้อย พบ ดัชนีคุณภาพอากาศที่ฝุ่นละออง (PM ๒.๕) เป็นอันดับ ๑ ของจังหวัดแพร่ในช่วงเดือนมีนาคม <sup>(๖)</sup>

นอกจากนี้ใน ปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗ จังหวัดแพร่ ที่ถือเป็นจังหวัดนาร่อง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากการปฏิรูปการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ให้ไปอยู่กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่าถ้าความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ การทำให้หน่วยงานในท้องถิ่นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ตรงจุด ภายใต้ความมีธรรมาภิบาล การถ่ายโอนรพ.สต. ก็ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะไปสู่เป้าหมาย<sup>(๗)</sup> โดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ยังคงมีบทบาทและหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทั้งด้านรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการแพทย์ฉุกเฉินและการคุ้มครองผู้บริโภค <sup>(๘)</sup>

### แนวความคิด

จากการวิเคราะห์ข้างต้น และทบทวนสาเหตุการเกิดโรค ประสบการณ์ที่พบในการศึกษาวิจัย ๒ เรื่องที่ผ่านมา พบว่า อาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ โรคหอบหืดมีความทับซ้อนกันอยู่ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคมียุทธศาสตร์คล้ายคลึงกัน จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาเชิงกลุ่มโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจรวมไว้ใน Service Plan COPD บูรณาการองค์ความรู้ใหม่ของตนเองที่เกี่ยวกับระบบวัดผล OKRs ร่วมกับทฤษฎีวัฏจักรนโยบายโดยนำมาถอดบทเรียนกับผลการวิจัยและพัฒนา Service Plan COPD ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓ เรื่องประสิทธิภาพ Healing and Rehabilitation เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลา เพื่อสร้างเสริม สนับสนุนให้เกิดนโยบายสุขภาพเชิงกลุ่มโรคต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพื้นที่ และให้เป็นประโยชน์กับเครือข่ายได้ทบทวน กำหนดคาดการณ์ระดับวิทยาลัยล่วงหน้าให้ทันเวลากับการลดปัจจัยที่กำลังคุกคามสุขภาพประชาชนในทุกกลุ่มวัย โดยอาศัยแรงขับเคลื่อนด้านนโยบายสาธารณะต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ หรือ ทัศนคติเชิงบวกกับทุกภาคส่วน ลดผลกระทบการกระจายอำนาจของภารกิจถ่ายโอนรพ.สต. อีกทั้งเพื่อเพิ่มศักยภาพความร่วมมือจากภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพโดยยึดถือความปลอดภัยของประชาชนเป็นที่ตั้ง

นอกจากนี้เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขมีการประกาศนโยบายความปลอดภัยระบบสุขภาพไทยจากนโยบายเดิม ๒P Safety ยกระดับเป็น ๓P Safety นั่นคือ P๑ = Personal Safety ผู้ให้บริการปลอดภัยจากจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้กับประชาชน P๒ = Patient Safety ผู้รับบริการปลอดภัยจากได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และ P๓ =Community Safety ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้กับประชาชน สาธารณชน และชุมชน



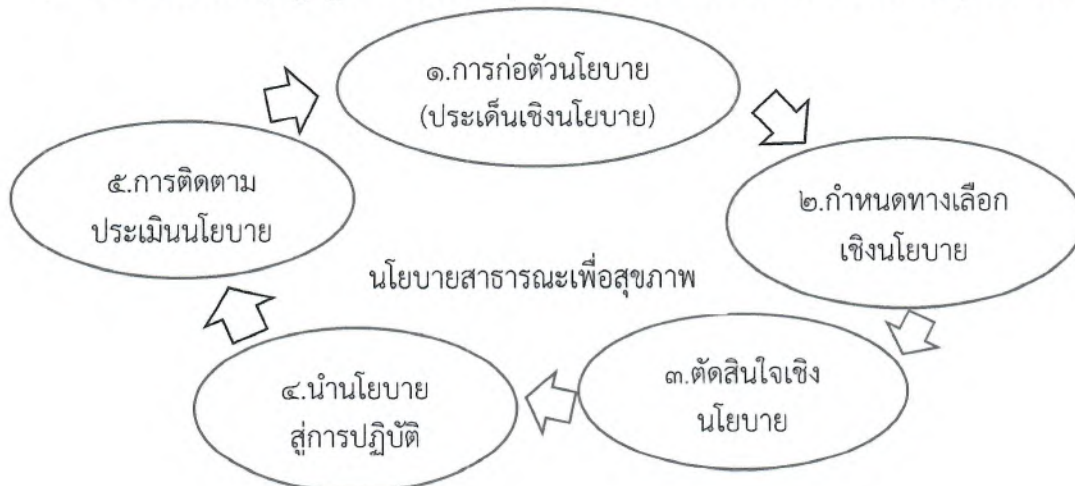
ดังนั้นผู้เสนอแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงาน จึงอยากพัฒนาระบบงานที่ช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยเชิงกลุ่มโรคจากเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมเป็นวงระบบ ควบคุมกำกับเป็นเชิงนโยบายด้านสุขภาพของ อ.เด่นชัย นำไปสู่วิถีทางการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่เกิดขึ้นได้จริง ผ่านแผนงานเรื่อง การพัฒนา “งานวิจัยเชิงนโยบาย: ยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของแบบแผนบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่” ขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสต่อยอดขยายผลไปยังสาขากลุ่มโรคอื่นต่อไป อีกทั้งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ในด้านที่ ๑ ที่ต้องการให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ และตอบสนองนโยบายกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๗) พันธกิจที่ ๑ การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพ และการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีความเข้มแข็ง และที่สำคัญยิ่งเพื่อให้เกิดการยกระดับคุณภาพระบบบริการพยาบาล เพิ่มคุณค่ากระบวนการทางการแพทย์ และดำเนินงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล ต่อการเป็นพยาบาล SMART NURSE ในการผลักดันระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลไปจัดบริการสุขภาพชุมชนที่บ้าน สังคม และชุมชน มีศักยภาพบริหารจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกับทุกภาคส่วนแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดีเพื่อให้ประชาชน และชุมชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อภัยคุกคาม

โดยสรุป ผู้เสนอแนวคิดพัฒนาปรับปรุงงาน จึงศึกษาและจัดการความรู้กับ ๒ องค์ความรู้ใหม่ ได้แก่

๑. ระบบการวัดผลแบบ OKRs มีการค้นคว้าและศึกษานำไปสู่การเปรียบเทียบความแตกต่างของ KPI และ OKRs และผู้เสนอแนวคิดการพัฒนาปรับปรุงงาน สามารถสรุปมาเป็นแนวคิดดังนี้

รายละเอียดความคิด	KPI (Key Performance Indicator)	OKRs (Objective and Key Results)
จุดมุ่งเน้น	การวัดตัวบ่งชี้ที่สำคัญ	การกำหนดเป้าหมายและการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์
การสื่อสารระบบวัด	เน้นจากบนลงล่าง	การสื่อสาร ๒ ทาง
ความถี่การเปลี่ยนแปลง	กำกับติดตามการคงที่ของการวัด	กำกับติดตามการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการ
การให้รางวัล	การให้รางวัลความสำเร็จคำนวณโดยตรงจากผลลัพธ์	การให้รางวัลความสำเร็จขึ้นอยู่กับประเมินของผู้บังคับบัญชา
การขับเคลื่อน	ขับเคลื่อนผลลัพธ์	การขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน

๒. จากการศึกษาทฤษฎีวิถีจักรนโยบาย สรุปเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพได้ดังนี้





ดังนั้น ผลการจัดการความรู้ OKRs ทำให้นำไปออกแบบ ประยุกต์กับนโยบายประเด็นสำคัญพื้นที่ หรือ Area base กลุ่มโรคสำคัญ อ. เด่นชัย คือ Service plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นดังนี้

รายละเอียด ความคิด	OKRs แบบแผนสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย	ทฤษฎีนโยบาย
จุดมุ่งเน้น	<p>พัฒนานโยบายการจัดการสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่ต้องสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๗) พันธกิจที่ ๑ เสริมสร้างการดูแลสุขภาพ และจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้มีความเข้มแข็ง : <u>แนวคิด</u> ภายใต้สถานการณ์กลไกทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา</p> <p><u>กำหนดระบบการวัด</u></p> <p>ก. วัดอุปสงค์ทั่วไป ล่างขึ้นบน (บุคคล ครอบครัว สังคม ชุมชน ผู้บริหาร)</p> <p>ข. วัดอุปสงค์เฉพาะ จากบนลงล่าง (ผู้บริหาร ชุมชน สังคม ครอบครัว บุคคล)</p> <p>- OKRs นโยบายการจัดการสุขภาพเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของ อ.เด่นชัย มีการนำไปปฏิบัติ &gt; ร้อยละ ๘๐</p>	<p><u>ประเด็นเชิงนโยบาย</u></p> <p>- การก่อตัวนโยบาย</p> <p>ก. อาศัยก่อตัวเริ่มที่หลักการ วัดวิเคราะห์สภาพปัญหาแบบแผนสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ Service Plan COPD ของ อ.เด่นชัย</p> <p>ข. แผนปฏิบัติการโดยใช้การจัดการสุขภาพชุมชนยั่งยืน</p> <p>ค. ก่อนนโยบายที่มุ่งเน้น “การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ” กับทุกกลุ่มวัย</p>
การสื่อสารระบบวัด	<p>พิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการกำหนดทางเลือกนโยบาย</p> <p>ก. ผู้บริหารองค์กร – service plan COPD</p> <p>ข. ผู้บริหารอำเภอ – ภาครัฐ และเอกชนของชุมชน</p> <p>ค. service plan COPD –บุคลากรทางการแพทย์</p> <p>ง. บุคลากรทางการแพทย์ – ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน</p> <p>จ. ภาคประชาชน – นโยบายการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพื้นที่ อ.เด่นชัย จ.แพร่</p>	<p><u>ทางเลือกนโยบาย (หลัก)</u></p> <p>๑. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ <u>นโยบาย (ประเด็นท้าทาย)</u></p> <p>๒. การคัดกรองโรค และการเข้าถึงและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล</p> <p>๓. ลด ละ เลิกบุหรี่</p> <p>๔. เยาวชนเด่นชัยปลอดบุหรี่</p> <p>๕. ควบคุมไฟฟ้า</p> <p>๖. ดัชนีคุณภาพอากาศ PM ๒.๕</p> <p>๗. พยาบาลประจำบ้าน</p> <p>๘. บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ</p>
ความถี่การเปลี่ยนแปลง	<p>การปรับเปลี่ยนตามทิศทาง หรือ แนวโน้มการเคลื่อนที่ของสถานการณ์ที่มีอิทธิพลกับโรค</p>	<p>ตัดสินใจเลือกจากสถานการณ์ที่จะช่วยให้ประชาชน ชุมชนเกิดประโยชน์มากที่สุด ยืดหยุ่นได้</p>
การให้รางวัล	<p>การประกาศระดับความสำเร็จของการจัดการสุขภาพชุมชนระดับอำเภอ</p>	<p>ประกาศนโยบาย</p> <p>- สื่อสารเชิงประจักษ์สังคมชุมชน</p> <p>- กลุ่ม/บุคคลต้นแบบการนำไปใช้ปฏิบัติ</p>
ขับเคลื่อน	<p>ทีมมาตรฐาน DHSA คปสอ.เด่นชัย กับทุกภาคส่วนในชุมชน</p>	<p>ติดตามประเมินผลร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงานแต่ละภาคส่วน</p>



**ข้อเสนอกรอบการศึกษาวิจัย** การพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายมีขั้นตอนการพิจารณาเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดโดยการใช้ยุทธศาสตร์ที่ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. สถานการณ์ปัจจุบันของการแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ อ.เด่นชัย
๒. ปัจจัย และสภาพปัญหา การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ ของพื้นที่ อ.เด่นชัย
๓. สถานะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพเหมาะกับบุคคลกลุ่มใดของพื้นที่ อ.เด่นชัย
๔. ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ที่เน้นเฉพาะ ด้านที่ ๑ (PP&P Excellence)

**ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยเชิงนโยบาย**

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

- เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

**สมมติฐานงานวิจัย** โรงพยาบาลชุมชนที่บูรณาการระบบวัดผล OKRs กับวัฏจักรนโยบายสามารถทำให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบชุมชนมีส่วนร่วมเกิดนโยบายการจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเชิงกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ ของ อ.เด่นชัย ได้จริงหรือไม่

**ขอบเขตของการวิจัย** งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ที่เป็นการนำ OKRs และวัฏจักรนโยบายมาใช้กำหนดขั้นตอนการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบจำลองขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเชิงกลุ่มโรค นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะต่อการจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนที่เหมาะสมกับบริบทของ อ.เด่นชัย ซึ่งโดยขอบเขตการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายสุขภาพ มีการพิจารณาความครอบคลุมดังนี้

๑. **ขอบเขตด้านเนื้อหา** แนวทางการจัดการสุขภาพเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในองค์ประกอบภารกิจหลัก ๔ ด้าน ประกอบด้วย

๑.๑ **การบริหารจัดการด้านบริหารบุคลากร**

๑.๑.๑ นำเสนอผู้บริหารระดับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

๑.๑.๒ วางแผนประสานงานชี้แจงแพทย์ประธาน Service Plan COPD และ PM

ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๑.๑.๓ วางแผนประสานขอความอนุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ซึ่งได้แก่

- แพทย์สาขาโรคอายุรกรรมปอด โรงพยาบาลแพร่ จำนวน ๑ ท่าน

- แพทย์สาขาอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน ๑ ท่าน

- พยาบาลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองแพร่ จำนวน ๑ ท่าน

๑.๑.๔ วางแผนประสานขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญด้านนักจัดการสุขภาพชุมชน

เพื่อเป็นผู้ให้ความเห็นด้านนโยบายและการติดตามประเมิน

๑.๒ **การบริหารจัดการด้านวิชาการ**

โดยมีการกำหนดการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจเชิงนโยบาย และที่เกี่ยวกับข้อมูลด้านนโยบาย ด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ให้มีการครอบคลุมซึ่งได้แก่

๑.๒.๑ สถานการณ์โรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ

๑.๒.๒ นโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๑)

๑.๒.๓ นโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๑.๒.๔ นโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖- ๒๕๗๐)

๑.๒.๕ นโยบายแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๗)

๑.๒.๖. นโยบายสิ่งแวดล้อมและการควบคุมมลพิษ



๑.๒.๗ สรุปสาระสำคัญพระราชบัญญัติการยาสูบแห่งประเทศไทย

๑.๒.๘ องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-๔T

๑.๒.๙ การประกันคุณภาพพยาบาล QA และแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลประจำปี ๒๕๖๔ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

๑.๒.๑๐ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ (HA) ในหมวดที่ I การนำองค์กร หมวดที่ II-๘ และ ๙ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน และหมวดที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ๑๓ กระบวนการ

๑.๒.๑๑ คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑.๒.๑๒ ระบบวัดผลแบบ OKRs และทฤษฎีจรรยาบรรณ

๑.๒.๑๓ จัดประชุมวางแผนถอดบทเรียนทางคลินิกงานวิจัยในช่วงปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ ซึ่งกำหนดกลุ่มงาน/หน่วยงานและบุคลากรทางการแพทย์เป้าหมาย ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่

- ทีมนำทางคลินิกที่เป็นทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ
- กลุ่มงานการแพทย์ ได้แก่ อายุรแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- กลุ่มงานการพยาบาล ได้แก่ งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ได้แก่ งานระบาดวิทยา งานการพยาบาลชุมชน

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ได้แก่ พยาบาลคลินิกเล็กบุตรี

๑.๒.๑๒ รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นโยบายเชิงกลุ่มโรค และข้อคิดเห็นจาก

ทุกภาคส่วนมาจัดทำเครื่องมือวิจัย

### ๑.๓ การบริหารจัดการด้านสังคมและชุมชน

๑.๓.๑ ศึกษาเตรียมจัดทำกรรณียุทธธรรมวิจัย กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๑.๓.๒ วางแผนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมมาตรฐาน DHSA (DHSA (District Health System Accreditation) ที่มีนายอำเภอเป็นที่ปรึกษาตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย
- กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลเด่นชัย ตำบลแม่จั่ว และปงป่าหวาย
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๓.๓ จัดทำหนังสือราชการขออนุเคราะห์ความร่วมมือและข้อคิดเห็น ดังนี้

- องค์กรบริหารส่วนจังหวัดแพร่ กลุ่มเป้าหมายวัดวิเคราะห์ปัญหาดัชนีคุณภาพอากาศ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.ไทรย้อย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ต.แม่จั่ว

- องค์กรภาครัฐกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับภัยสุขภาพใกล้ตัว ได้แก่ ครูอาจารย์ นักเรียนระดับโรงเรียนมัธยมศึกษา อุดมศึกษาในเขตอ.เด่นชัย สถานีควบคุมไฟฟ้าเด่นชัย เป็นต้น

- หน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชนที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามสุขภาพ ได้แก่ โรงอบไผ่เด่นชัย บริษัทปตท. คลังน้ำมันเด่นชัย ผู้ประกอบการโรงงานเฟอร์นิเจอร์ โรงงานกำมะถัน เป็นต้น

### ๑.๔ การบริหารจัดการด้านงบประมาณ

๑.๔.๑. ประสานงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ในการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อหาแหล่งทุนสนับสนุน

### ๒. ขอบเขตผู้ให้ข้อมูลและตัวแปร

ประชากร คือ ๑) บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๗ แห่ง สถานีอนามัยเฉลิม



แห่ง ๒) บุคลากรสถานศึกษาระดับมัธยม จำนวน ๑ แห่ง อุดมศึกษา จำนวน ๑ แห่ง และ ๓) ประชาชนในสถานประกอบการมีปัญหาค่าดัชนีคุณภาพอากาศมีผลต่อสุขภาพ ปัญหาไฟฟ้า อ.เด่นชัย จำนวน ๕๖๐ คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ๑) บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ พร.เด่นชัย ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง จำนวน ๓ คน พยาบาล จำนวน ๕ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน ๒) บุคลากรที่ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน ๓) บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘ แห่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๘ คน ๔) พยาบาลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเขต อ.เด่นชัย จำนวน ๓ คน ๕) ครู อาจารย์สถานศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษา ได้แก่ครู อาจารย์ และนักเรียนโรงเรียนวิไลเกียรติอุปถัมภ์ จำนวน ๕ คน และอาจารย์ และนิสิตนักศึกษาวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีแพร่จำนวน ๕ คน ๖) ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้แทนชุมชนพื้นที่เสี่ยง จำนวน ๑๕ คน ๗) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน ๓ คน รวมทั้งสิ้น ๕๐ คน

**ระยะเวลา** ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘

**สถานที่** พื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย และพื้นที่ในเขต อ.เด่นชัย จ.แพร่

**กรอบแนวคิด** เป็นการต่อยอดและขยายผลจากการการถอดบทเรียนงานวิจัย Service Plan COPD ตั้งแต่ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ ต่อการจัดการความรู้และคุณภาพบริการพยาบาลที่มีต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพบูรณาการกับระบบวัดผลแบบ OKRs และทฤษฎีวัฏจักรนโยบายจัดทำเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งอาศัยการพิจารณาจากกรอบแนวคิดการใช้ยุทธศาสตร์ ๔ องค์ประกอบของข้อเสนอแนวคิดการศึกษาวิจัย

**ตัวแปรต้น** ๑) การกำหนดเป้าหมาย OKRs เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพประเด็นท้าทายของมาตรฐาน DHSA อ.เด่นชัย ๒) ก่อตัวนโยบายสาธารณะจากสถานการณ์หรือแนวโน้มที่เป็นโอกาสสุขภาวะสุขภาพจากนโยบายหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากปัญหาสุขภาพ และฝุ่นควัน ๓) ชุมชนกำหนดทางเลือกเชิงนโยบายรอง ได้แก่ คัดกรองโรค การลด ละ เลิกบุหรี่ในกลุ่มป่วย เยาวชนเด่นชัยปลอดบุหรี่ ควบคุมไฟฟ้า ค่าดัชนีคุณภาพอากาศ PM ๒.๕ พยาบาลประจำบ้าน และบุคคลต้นแบบ ๔) ตัดสินใจนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และ ๕) ติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงานแต่ละภาคส่วน

**ตัวแปรตาม** แผนยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

**เครื่องมือการวิจัย** ประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม/แบบประเมินความพึงพอใจยุทธศาสตร์ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

๑. การศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการนำแนวคิด OKRs เพื่อทำการพัฒนาเป็นตัวแบบองค์ประกอบนโยบายสาธารณะในเรื่องการจัดการระบบสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกตามหัวข้อที่กำหนดขึ้น

๓. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ ด้านจัดการสุขภาพชุมชนในการให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่มุ่งเน้นการวิพากษ์องค์ประกอบนโยบายการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็น และข้อเสนอแนะภาคประชาชน และภาคเอกชนต่อการคัดเลือกนโยบายนำไปปฏิบัติ

๕. แบบสอบถาม/แบบประเมินความพึงพอใจยุทธศาสตร์ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ อ.เด่นชัย



### การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. การวิเคราะห์เอกสาร โดยการนำแนวคิด นโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการระบบสุขภาพชุมชน

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบจัดหมวดหมู่เนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหา ข้อมูลที่เป็นหมวดหมู่เดียวกันตามหัวข้อที่กำหนดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาวิจัย

๓. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งข้อมูล บุคคล เวลา สถานที่ที่ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

๔. สถิติ สำหรับแบบสอบถาม/แบบประเมินความพึงพอใจ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ด้านงบประมาณ/แหล่งทุน ด้วยลักษณะการวิจัยเชิงนโยบายด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์แบบภาพกว้างของสังคม ชุมชน เป็นการศึกษาที่อาจต้องใช้ระยะเวลาที่นานเกิน ๖ เดือนขึ้นไป เพื่อให้มีความเพียงพอที่จะคาดการณ์ให้เกิดการก่อตัวเชิงนโยบายด้านสุขภาพ การประกาศนโยบายไปสู่การนำไปปฏิบัติ และประเมินผลของพื้นที่ศึกษาได้ รวมถึงต้องอยู่บนพื้นฐานการใช้การรวบรวมเอกสารวิชาการจำนวนมาก รวมถึงการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในชุมชนต่ออาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณหรือแหล่งทุนที่ช่วยสนับสนุนให้กลไกการศึกษาวิจัยนโยบายเป็นไปด้วยความราบรื่น เรียบร้อย และบรรลุตามเป้าประสงค์

๒. ด้านบุคลากรและหน่วยงาน เนื่องจากวิจัยเชิงนโยบายสุขภาพเพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพชุมชนเชิงกลุ่มโรคที่ยั่งยืนได้นั้น ควรจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเกิดจากการครอบคลุมด้านคัดเลือกบุคลากรทางด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขที่เหมาะสมตรงประเด็น ตลอดจนถึงต้องประสานกับหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดเป็นนโยบายสุขภาพเชิงกลุ่มโรคต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคของประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงทำให้มีโอกาสเกิดตัวแปรสอดแทรกขึ้นได้จากข้อคิดเห็นที่หลากหลายของกลุ่มตัวอย่างทั้งในด้านกระบวนการคิด จัดการความรู้ที่มีต่อสภาวะการเกิดโรคและระบบการดูแลรักษา และสภาพแวดล้อมต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

๓. ด้านความร่วมมือด้านวิชาการ ด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนต่อความพยายามการผลักดันการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย อาจต้องพบกับปัญหาอุปสรรคในเรื่องแหล่งสืบค้นข้อมูลหรือหลักฐานทางวิชาการที่มีความก้าวหน้า ทันสมัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งจากภายนอกเพื่อให้ศึกษาด้านนโยบายสุขภาพทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงยังขาดผู้เชี่ยวชาญด้านนักจัดการสุขภาพชุมชนช่วยถอดบทเรียน หรือ ให้ข้อคิดเห็นด้านเศรษฐศาสตร์มหภาคที่อาจเป็นข้อมูลที่ได้มาซึ่งประเด็นหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์สุขภาพของชุมชน ในอันที่จะนำไปสู่การก่อตัวนโยบายสุขภาพที่มีความครอบคลุมต่อการกำหนดทางเลือกนโยบายสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายสร้างโอกาสเกิดนโยบายสุขภาพที่เป็นอรรถประโยชน์นิยมมากที่สุด

### แนวทางแก้ไข

๑. ด้านงบประมาณ/แหล่งทุน ควรจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการขึ้น และกำหนด คัดเลือกตัวชี้วัดทั้งที่เป็นการวัด OKRs และ KPI เพื่อให้การศึกษาวิจัยเชิงนโยบายสุขภาพชุมชน มีผลลัพธ์ และผลผลิตที่ชัดเจนเพียงพอต่อการสนับสนุนในการนำเสนอการขอแหล่งทุนในการศึกษาวิจัย โดยเฉพาะกับแหล่งทุนใกล้ชิดตัวที่มุ่งเน้นการยกระดับสุขภาพพี่น้องประชาชน อ.เด่นชัย ซึ่งได้แก่ มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสาขาเด่นชัย หรือการเพิ่มโอกาสแหล่งทุนหลักจากหน่วยงานภาครัฐด้านพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) และภาคเอกชน ได้แก่ มูลนิธิ ดร.วรรณวิไล เป็นต้น



๒. ด้านบุคลากรและหน่วยงาน เพื่อลดปัจจัยการเกิดตัวแปรสอดแทรกจากการวิจัยเชิงนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวแปรตาม และเป็นตัวแปรที่ผู้ศึกษาวิจัยไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ควรเน้นการประสานงานทั้งภาครัฐ เอกชน โดยกำหนดความปลอดภัยของประชาชนเป็นที่ตั้ง ทั้งแบบบนลงล่างในลักษณะเอกสารหนังสือราชการที่แนบรายละเอียดที่ชัดเจนของประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และจากล่างขึ้นบนด้วยการพัฒนาทักษะการฟัง จับสังเกตที่ดี เพื่อสร้างโอกาสโน้มน้าวแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ หรือ ทักษะคิดเชิงบวกแบบไม่เป็นทางการ สร้างความน่าสนใจ ค้นหาและลดความวิตกกังวลของบุคลากรแต่ละระดับ ความเท่าเทียมทางความคิดเป็นเชิงสร้างสรรค์ร่วมกัน ให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดี โดยอาจกำหนดเน้นที่อัตลักษณ์คุณธรรม จริยธรรมในตัวบุคคล และหน่วยงานมาประยุกต์ใช้ให้ทุกภาคส่วนเห็นว่าตนเองนั้นมีประโยชน์มีคุณค่ากับสังคม ชุมชนร่วมแก้ปัญหาเพื่อพื้นที่ เป็นต้น

๓. ด้านความร่วมมือด้านวิชาการเพื่อให้ได้การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพครอบคลุมข้อคิดเห็นครบตามขั้นตอนการศึกษาวิจัยเนื้อหาที่กำหนด ควรจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรึกษาผู้บริหารสูงสุดขององค์กร และระดับอำเภอ จังหวัด เพื่อร่วมคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญนักจัดการสุขภาพชุมชนที่ด้านที่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของพื้นที่ และวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลาในการประสานงานซึ่งอาจเป็นการประสานถึงภายในเขตสุขภาพที่ ๑ หรือ ระหว่างเขตสุขภาพอื่น สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเอกสาร ข้อคิดเห็นต่างๆ ควรให้ความสำคัญกับตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ช่วงเวลา และแหล่งข้อมูลที่นำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหา มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง หรือมีความสอดคล้องกับสถานะสุขภาพ และทางเลือกนโยบายสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ และสร้างโอกาสพัฒนาให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเห็นวามนโยบายสุขภาพนำไปปฏิบัติได้จริง

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สถานพยาบาลเกิดผลลัพธ์การต่อยอดพัฒนาการและศักยภาพการจัดการความรู้ด้านวิชาการงานวิจัย นวัตกรรมสุขภาพ ที่ยกระดับจากงานประจำสู่งานวิจัย งานวิจัยและพัฒนา จนเกิดเป็นงานวิจัยระดับนโยบาย

๒. เกิดเครือข่ายภาคประชาชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการร่วมกันพัฒนาระบบการบริหารจัดการเชิงนโยบายสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

๓. ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายของกลุ่มโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจได้รับการดูแลภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ และกำกับกำกับการวัดผลเป็นแผนระยะยาว และระยะท้ายของโรค

๔. ชุมชนมีแนวทางการแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสภาพปัญหา PM ๒.๕ มีความปลอดภัยจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจกับทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๕. สถานพยาบาลมีการถอดบทเรียนจากองค์ความรู้ใหม่ระบบการวัดผล OKRs ในการต่อยอดขยายผลการศึกษาเชิงนโยบาย Service Plan สาขากลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

๖. การเพิ่มโอกาสในการนำเสนอนโยบายกับระดับจังหวัด ระดับเขตบริการสุขภาพ เพื่อรายงานผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนดถึงระดับสำนักหรือกอง

๗. สร้างโอกาสปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกันให้คงอยู่ในระบบจัดบริการสุขภาพ อ. เด่นชัย ในส่วนของทีมสาธารณสุข ทีมด้านการพยาบาล จากร่วมมือร่วมใจแบบชุมชนมีส่วนร่วมต่อการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อประชาชน ช่วยลดผลกระทบข้อจำกัดการปฏิบัติงาน สร้างความตระหนัก ความเข้าใจความเชื่อมโยงบูรณาการบริหารราชการภายใต้บริบทกระจายอำนาจภารกิจถ่ายโอน รพ.สต. ที่เปลี่ยนแปลงไป

๘. ยกระดับเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่มีผลลัพธ์เชิงประจักษ์นำไปสู่การปฏิบัติจริงที่สอดคล้องกับนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ด้านที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) และตอบสนองแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๗) พันธกิจที่ ๑ การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพ และจัดการสุขภาพที่



๔. ยกระดับระบบบริการพยาบาล กระบวนการพยาบาล และเพิ่มคุณค่างานทางการพยาบาลต่อการตอบสนองกับนโยบายองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยแนวทาง ๔T” ของกองการพยาบาล

๕. **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** ซึ่งการจัดการเชิงนโยบาย เป็นโอกาสพัฒนาให้เกิดการทบทวน ปรับปรุงตัวชี้วัดที่เกิดจากปัจจัยด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดที่กำหนดตาม Service Plan ดังนี้

#### ผลงานเชิงปริมาณ

๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเข้าได้กับโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจได้รับการคัดกรองสุขภาพและตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมจากสถานพยาบาลมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒. ปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพที่เครือข่ายพบจัดการได้มากกว่าร้อยละ ๘๐

๓. เครือข่ายภาคประชาชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน COPD community อย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี

๔. จำนวนครัวเรือนพื้นที่สีแดงที่มีดัชนีคุณภาพอากาศส่งผลกระทบต่อสุขภาพมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพของโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจมากกว่าร้อยละ ๘๐

๕. สัดส่วนผลสำเร็จ (Success rate) การเลิกสูบบุหรี่ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป

๖. จำนวนพยาบาลประจำบ้านต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากบุหรี่ และ PM ๒.๕

#### ผลงานเชิงคุณภาพ

๑. ตอบสนองตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ ๑ ในเรื่อง จำนวนจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนมาตรการลดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามกฎหมายและปัญหาสำคัญในพื้นที่

๒. การพัฒนาตัวชี้วัดร้อยละระดับความสำเร็จต่อการจัดการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่

๓. มีเครือข่ายเฝ้าระวังและควบคุมไฟฟ้าในชุมชนเพื่อคืนข้อมูลและส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนใกล้เคียง

๔. มีระบบการคัดกรองประชาชนที่สูบบุหรี่ และที่ได้รับผลกระทบ PM ๒.๕ มีผลต่อสุขภาพ เริ่มแสดงอาการที่เข้าได้กับโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจส่งต่อการเข้าถึงที่เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม

๕. มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กและเยาวชนอย่างสมเหตุสมผลของชุมชน

๖. โอกาสพัฒนารูปแบบนั้กจัดการสุขภาพชุมชนที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดการสุขภาพชุมชนเชิงกลุ่มโรคอย่างยั่งยืน ได้แก่ ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พยาบาลประจำบ้าน, บุคคลต้นแบบ และเยาวชน เป็นต้น

๗. บูรณาการผลลัพธ์เชิงนโยบาย Service Plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขยายผลคัดเลือก Best Practice สาขาโรคอื่นเพื่อยกระดับการศึกษาเชิงนโยบายทั้งแบบยุทธศาสตร์ระดับโรงพยาบาล หรือ ระดับนโยบายอำเภอ

๘. โอกาสพัฒนาการนำ OKR ใช้กำหนดแผนดำเนินงานตามกรอบนโยบายสุขภาพเชื่อมโยงมาตรฐานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ทั้ง Social Sector และ Health sector

๙. โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอและการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล การจัดการบริการสุขภาพกับเครือข่ายมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอีก ๒๐ แห่ง

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวประกายวรรณ ใจชอบ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 24 / ๗.๓.๒๖ / 2566

ผู้ขอประเมิน