



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่
ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว
๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางทัศนีย์ บุญอริยเทพ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลร้องกวาง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒.	นางอนามัย สมร่วง	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสอง กลุ่มงานการพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้น
ระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายขจร วินัยพานิช)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางทัศนีย์ บุญอริยเทพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลรื่องกวาง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๗๑๘๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลรื่องกวาง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๙๗๑๗๐	เลื่อนระดับ ๘๐ %
๒	นางอนามัย สมร่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี พยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๗๕๓๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสอง กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๙๗๕๒๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐ %

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานภายใต้ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน แนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว แนวคิดหลักการวางแผนวินิจฉัยทางการแพทย์ มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการและวางแผนการจัดการอาการและปัญหาของผู้ป่วย และญาติ มีทักษะในการสื่อสารสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจ ทักษะการเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษา มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการทำวิจัยการบริหารโครงการวิจัย ความรู้ทางด้านการวิเคราะห์และแปลผล ความรู้ทางด้านสถิติและการเขียนรายงานการวิจัย
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน มีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางกายและจิตใจ มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น มีอาการปวดอาการเหนื่อยหอบรับประทานอาหารได้ลดลงคลื่นไส้อาเจียนแผลมะเร็งนอนไม่หลับสับสนเพ้อคลั่งวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งมักร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนมากเป็นญาติใกล้ชิด เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง การดูแลรักษา ด้านร่างกาย และจิตใจทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยซึ่งนับเป็นภาระหนักและส่งผลต่อผู้ดูแลหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ความอ่อนล้าสภาพทางเศรษฐกิจสังคม และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รวมถึงส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองร้อยละ ๒๐.๑ โรงพยาบาลร็อกกาวงมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนหนึ่ง โดยในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนตามลำดับ ดังนี้ ๒๘๔, ๒๐๔ และ ๑๗๙ ตามลำดับ(๗) และพบว่าร้อยละ ๙๐ ของผู้ป่วยและญาติต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่ามาที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความยากลำบากในการเดินทาง

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านนี้ขึ้นจากแนวคิดจากรูปแบบการดูแลประคับประคองที่ได้มาตรฐานและแนวคิดการจัดการรายกรณี เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งหวังในการจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตลอดจนการลดภาวะเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

(One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคอง

ในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรื่องกวาง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก

ขั้นตอนการดำเนินงานตาม โปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ ๑. ผู้วิจัยและคณะแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ซึ่งแจ้งถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมแจกเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยหากยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยและผู้ดูแลลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ ๒. ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการรบกวนและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ ๓. ผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินความเครียด (ST-๕) ด้วยตนเองก่อนการทดลอง ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓ นาที ซึ่งหากพบว่ามีคะแนน ST-๕ มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน จะได้รับการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลรื่องกวาง

กิจกรรมที่ ๔ ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เมื่อได้รับการประสานให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามองค์ประกอบการดูแล ๔ ส่วน ดังนี้

- ๑) การจัดการโรค(Disease Management) – ทบทวนประวัติและแผนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาอย่างครอบคลุมจากโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยทุกระดับ เพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆได้อย่างเหมาะสม
- ๒) การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และวางแผนการดูแล
 - ประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม ตามแนวทาง INHOMESSS ร่วมกับใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล ประเมินและจัดการควบคุมอาการปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆร่วมกับแพทย์และเภสัชกร จัดการเบิกยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้านเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและญาติ
- ๓) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล
 - การประเมินความต้องการ โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว (IFFE) ประเมินความเครียด (ST-๕) วางแผนการดูแลล่วงหน้าและจัดประชุมครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ
- ๔) การติดตามและประเมินผล
 - ติดตามผลเป็นระยะๆ วันต่อวัน ทั้งทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ และทางการเยี่ยมบ้านเพื่อ ประเมินผลการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน ๒๔ ชม. ที่ผ่านมาและให้การดูแลเป็นระยะๆในการจัดการอาการตามอาการและให้ข้อมูลผลการตรวจ แผนการรักษา ให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมที่ ๕. ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการรบกวนและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลหลังการทดลอง ในวันที่ ๓ - ๗ ของการติดตามดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น

กิจกรรมที่ ๖. ผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินความเครียด (ST-๕) ด้วยตนเองหลังการทดลอง ในวันที่ ๓ - ๗ ของการติดตามดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓ นาที ซึ่งหากพบว่ามีความเครียด ST-๕ มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน จะได้รับการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลรื่องกวาง การวิเคราะห์ข้อมูล:

๑. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อศึกษาการกระจายของข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และจำนวน (Frequency), ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

๒. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics)

๒.๑ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระดับประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

๒.๒ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระดับประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Exemption Review Report) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH No. ๐๐๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

พบว่าผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๘.๖๙, P < .๐๐๑$) และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๓.๕๑, P < .๐๐๑$) ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๒.๗๙, P < .๐๐๑$)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลภาวะเครียดของผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรมการดูแลระดับประคับประคองที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่างๆ ได้ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และผู้ป่วยและผู้ดูแลยังได้รับการดูแล การสนับสนุนความรู้ ทักษะ และทรัพยากรตามที่จำเป็น โดยทีมสหวิชาชีพ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วยลดลงในขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษาไม่หายและผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการดูแลระดับประคับประคองที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระดับประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจนจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว และการมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น มีอาการรบกวนทางกายลดลง มีความสุขสบายขึ้นภาวะซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาที่ได้ใช้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและ ผู้ดูแล

๒. การนำผลวิจัยไปปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และควรติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายอาการรบกวนมักเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา การจัดการอาการต้องอาศัยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมงร่วมกับผู้ดูแล ทั้งในเวลาและนอกเวลา ราชการ

ภาวะเครียดของผู้ดูแล ปัญหาบางอย่างเราจัดการได้เอง บางอย่างไม่สามารถจัดการได้เอง เช่น ปัญหาทางการเงิน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสังคม เป็นต้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาเรื่องยาบรรเทาอาการปวด ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้บางอย่างไม่มีในรายการยาของโรงพยาบาล

ปัญหาของครอบครัวบางอย่างไม่สามารถจัดการได้เอง เช่น ปัญหาทางการเงิน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสังคม เป็นต้น ต้องอาศัยการประสานงานกับภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยดูแล

๙. ข้อเสนอแนะ

ปัญหาเรื่องรายการยาของโรงพยาบาลที่ไม่มี จะแนะนำให้ญาติไปเบิกกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือถ้าญาติไม่สามารถไปเบิกยาได้เอง ทีมจะประสานกับผู้รับผิดชอบงานศูนย์ดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในการเบิกยาและส่งยามากับรถส่งต่อคนไข้ของโรงพยาบาล แล้วนำส่งให้ผู้ป่วยต่อไป

ปัญหาของครอบครัวบางอย่างไม่สามารถจัดการได้เอง ควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน โดยการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมจัดการ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วารสารโรงพยาบาลแพร่ ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๖ (Journal of the Phrae Hospital Volume ๓๑ No.๑ January-June ๒๐๒๓)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางทัศนีย์ บุญอรินเทภ สัดส่วนของผลงาน ๘๐%

๒) นางสาวรภัคนันท์ อินทรารุธ สัดส่วนของผลงาน ๒๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางทัศนีย์ บุญอรินเทภ.)

(ตำแหน่ง)

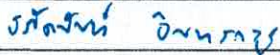
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)

๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๖


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธกัณันท์ อินทรารุธ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (.....นายรุ่งกิจ ปันใจ.....)
 (ตำแหน่ง)คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์.....
 (วันที่) ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายรุ่งกิจ ปันใจ)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
 (วันที่) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
 ๒๕ ส.ค. ๒๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
 เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง รูปแบบการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอร่องควาง

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ปัจจุบัน โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมีผู้สูงอายุร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลก ในประเทศอาเซียนมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปอยู่ประมาณ ๕๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๙ ของประชากรทั้งหมด ประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี ๓ ประเทศ คือ สิงคโปร์ ร้อยละ ๑๘ ไทยร้อยละ ๑๖ และเวียดนามร้อยละ ๑๐ ส่วนประเทศที่มีประชากรมากที่สุดของอาเซียน คือ อินโดนีเซีย มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๒๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๘ ของประชากรทั้งหมด

ประเทศไทยมีแนวโน้มของโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและครอบครัวจากที่เคยเป็นแบบขยายได้กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีแผนสวัสดิการหลายอย่างเพื่อเป็นการรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ทั้งในการจัดบริการด้านสุขภาพ ด้านสังคม ก็ตาม แต่ยังพบปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีประเด็นอีกมากมายไม่ได้รับการตอบสนองเพราะขาดความรู้ ขาดการรับรู้ รัฐบาลจึงได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (๒๕-๕๙ ปี) และผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ รัฐบาลมีแผนส่งเสริมเน้นเรื่องการออม การไม่มองผู้สูงอายุว่าเป็นภาระ วิธีการดูแลผู้สูงอายุและการปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ เน้นการเสริมทักษะใหม่แก่แรงงานผู้สูงอายุการออกแบบการทำงานให้ยืดหยุ่นและสร้างแรงจูงใจให้นายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดทำแผนบูรณาการด้านสุขภาพมีการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจ ป้องกัน และดูแลสุขภาพพระยะยาวที่บ้านและในชุมชนตามระดับความจำเป็น สามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีความสุข มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รัฐบาลจึงมีนโยบายที่สำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับประชากรสูงอายุ หลายหน่วยงานตื่นตัวในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ(Aging society) จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง หน่วยงานกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง ได้กำหนดแนวทางและพัฒนามาตรการ กลไก เน้นดำเนินการในการส่งเสริมการใช้ศักยภาพ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพ คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนการปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นหลักเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ของกรมฯ รวมทั้งการพัฒนาแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก พันธกรณี และข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงในวงกว้างไปด้วย เป็นเรื่องที่ทำนายที่ต้องหาแนวทางและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๔ โดยเกณฑ์ที่ว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ ในปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ๑๒ ล้านคน(ร้อยละ ๑๘) คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๔ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ตามการเปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยของโลก ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์ (Population Reference Bureau, ๒๐๑๒ อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) จังหวัดแพร่เป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์โดยในปี ๒๕๖๖ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๔.๐๒ ของประชากร และในส่วนของอำเภอร่องควางพบว่ามีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ

๒๑.๙๙ จากผลการคัดกรองภาวะสุขภาพพบว่า ด้านความคิดความจำ มีความเสี่ยงจำนวน ๖๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๔ ด้านการเคลื่อนไหว มีความเสี่ยงจำนวน ๑,๒๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๗ ด้านการขาดสารอาหาร มีความเสี่ยงจำนวน ๔๘๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๕ ด้านการมองเห็น มีความเสี่ยงจำนวน ๑,๘๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๓๖ ด้านการได้ยิน มีความเสี่ยงจำนวน ๖๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๘ ด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงจำนวน ๒๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๘ ด้านการกลั่นปัสสาวะ มีความเสี่ยงจำนวน ๔๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๐๑ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความเสี่ยงจำนวน ๖๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๙ และด้านสุขภาพช่องปาก มีความเสี่ยงจำนวน ๑,๕๐๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑๑

จากผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมากด้านร่างกาย คือ ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี รองลงมา ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ คือ ต้องการดูแลสุขภาพใจใฝ่จากลูกหลาน รองลงมา มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการความปลอดภัยความเป็นอยู่ของชุมชน ด้านสังคม เศรษฐกิจ คือ มีการสนับสนุนสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง รองลงมา ต้องการมีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน ต้องการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในชุมชน ด้านจิตวิญญาณ คือ ต้องการใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข และมีความหวัง ได้รับการยอมรับ เคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว รองลงมา คือต้องการแสวงหาสิ่งที่ทำให้มีความสุข

แนวความคิด

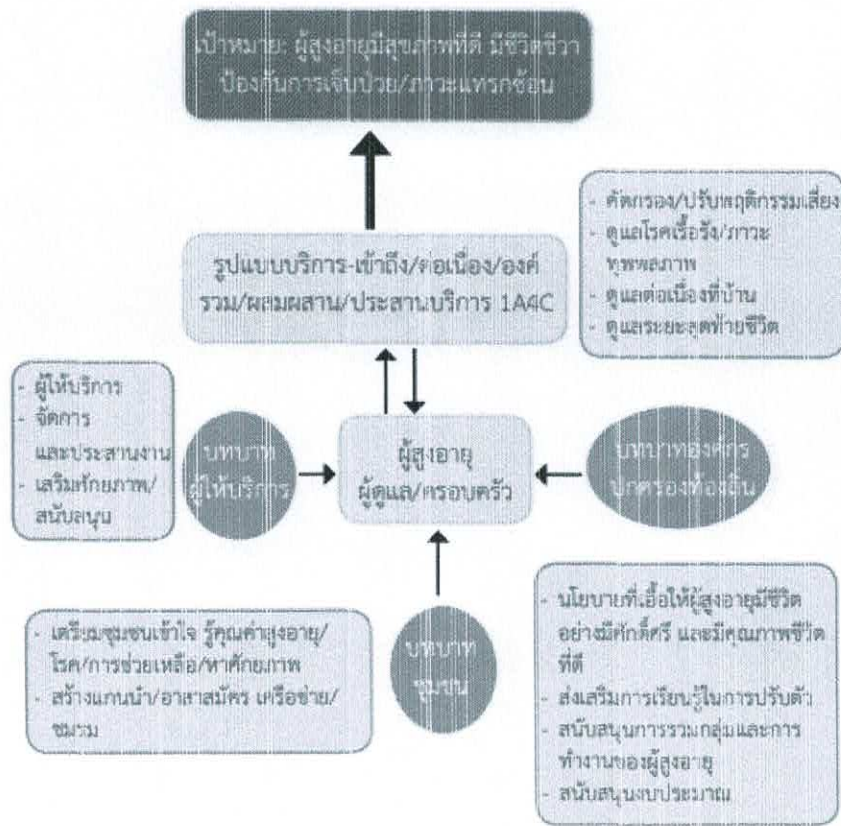
แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ การบริหารจัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เชื่อมประสานแบ่งปันทรัพยากร เพื่อให้เกิดการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชาชนในอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายร่วมกันสนับสนุนการทำงานของหมอครอบครัว จะทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แนวคิดทีมหมอครอบครัว นโยบายทีมหมอครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอซึ่งมีความเชื่อมั่นว่าจะสร้างความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างประชาชนกับระบบสุขภาพ ให้ประชาชนและครอบครัวเกิดความมั่นใจร่วมสร้างสุขภาพ อุ่นใจยามเจ็บป่วย ดูแลตัวเองทั้งยามแข็งแรง หรือเมื่อยามเจ็บป่วย โดยมีทีมหมอครอบครัวเป็นกลไกมิตร นำไปสู่การใช้ทรัพยากรของทุกฝ่ายอย่างคุ้มค่าไม่เป็นภาระกับประชาชน เกิดประสิทธิภาพกับระบบบริการ และยังระดมกำลังจากภาคีเครือข่ายท้องถิ่น และชุมชนเข้าร่วมกัน สร้างสุขภาพอย่างจริงจังต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีม ตั้งแต่ระดับ ชุมชนตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยจะมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) เป็นเจ้าของครอบครัว ทำหน้าที่ ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยม ให้บริการสุขภาพที่บ้านและ ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจะ มีทีมงานดูแลสุขภาพของ รพช. รพศ. และ รพท.เข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงทีมงานระดับชุมชน เช่น นักบริหาร ชุมชน อสม. อปท. เป็นต้น เข้ามาร่วมกันในการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำงานแบบใหม่นี้ไม่ได้มุ่งเพียงเรื่องการพัฒนา คุณภาพการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุม ในทุกมิติ แบบองค์รวม โดยความร่วมมือร่วมใจของทุกคนเพื่อการดูแลประชาชนในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ

แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิรูปแบบที่ใช้ชุมชนและพื้นที่เป็นฐาน ผ่านรูปแบบการทำงานเชิงรุกและผสมผสาน โดยมีการทำงานตามบทบาทหน้าที่ดังนี้ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำเรื่องของนโยบายสวัสดิการสังคม สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม และการทำงานของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องการจัดสรรงบประมาณ ทางด้านบทบาทของผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง หน่วยบริการทั้งหลาย จะต้องทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการให้ได้มากที่สุด รวมทั้งรูปแบบการบริการต้องผสมผสาน บูรณาการ ตั้งแต่การคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนกระทั่งถึงการดูแลสุขภาพทั่วไปและในส่วนบทบาทของชุมชน ต้องเตรียมความพร้อมให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สร้างระบบแกนนำ

อาสาสมัคร และเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พึ่งพากันเองภายในชุมชน ก่อนที่จะพึ่งพาผู้ให้บริการ ดังจะเห็นได้จากแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิ แนวทางการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้
ครอบคลุมและมีคุณภาพ



ที่มา : คู่มือการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปี 2552

ข้อเสนอ

เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป โรงพยาบาลรื่องขวาง จึงได้นำแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ แนวคิดที่มหมอครอบครัว แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิมาใช้เป็นรูปแบบการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอรื่องขวาง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ ๑ คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอรื่องขวาง ตามแนวทางการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ของกรมอนามัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบคัดกรองภาวะถดถอย ๙ ด้าน ใน step ๑ โดย อสม. และคัดกรอง step ๒ โดยบุคลากรสาธารณสุข แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากนั้น แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงคือเสียงต่ำ เสียงปานกลาง เสียงสูง และกลุ่มป่วย นำข้อมูลไปวิเคราะห์เป็นค่าความถี่ และร้อยละ

กิจกรรมที่ ๒ ประชุมเครือข่ายสุขภาพอำเภอรื่องขวาง กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพอำเภอรื่องขวาง ประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ ตัวแทนผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนผู้นำท้องที่ สมาชิกสภาตัวแทนทีมสุขภาพในเครือข่าย ตัวแทน อสม. เป็นต้น ตำบลละ ๕-๖ คน จำนวน ๖๐ คน เพื่อคืนข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันวางแผนดูแลตามบทบาทหน้าที่ และจัดระบบบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๓ จัดระบบการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

ด้านสุขภาพ

กลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติ

- ประเมินและคัดกรองสุขภาพประจำปี
 - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้ง รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน เช่น สอนการดูแลตนเองโดยการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรม ๓ อ ๒ ส กิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ
- กิจกรรมการบริหารร่างกายและบริหารสมอง เป็นต้น

- ส่งเสริมการเป็นแกนนำ หรือเป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- ส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มติดสังคมที่มีภาวะเสี่ยง

- ติดตามประเมินและคัดกรองสุขภาพประจำปี
- กลุ่มเสี่ยงต่ำ และเสี่ยงปานกลาง หน่วยบริการปฐมภูมิจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล
- กลุ่มเสี่ยงสูง จัดทำแผนส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล และติดตามดูแลต่อเนื่อง
- จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการสนับสนุนแว่นตา โครงการปรับสภาพแวดล้อม เป็นต้น

กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

- ประเมินและคัดกรองสุขภาพประจำปี
- จัดระบบการดูแลระยะยาว ที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน
- จัดระบบการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และดูแลต่อเนื่องโดยทีมหมอครอบครัว
- จัดระบบการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สำหรับการดูแลที่บ้าน ร่วมกับหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน
- จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น โครงการสนับสนุนผ้าอ้อม โครงการสนับสนุนอุปกรณ์จากงปฟื่นฟูฯ เป็นต้น

กลุ่มป่วย

- ประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนประจำปี
- สนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและในชุมชนออกให้บริการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกเครือข่าย บริการทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและดูแลที่บ้าน
- จัดระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่ออำนวยความสะดวก ลดความยากลำบากในการเดินทาง และลดค่าใช้จ่ายจากการมารับบริการในโรงพยาบาล

ด้านสังคม และเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ
 - ส่งเสริมการสนับสนุนด้านจิตใจ
 - ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมในชุมชน และการให้ข้อมูลข่าวสาร
 - ประสานงานกับพัฒนาชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การรับเบี้ยยังชีพ เบี้ยคนพิการ และการจัดหาเงินช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ
 - ส่งเสริม การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยครอบครัว ชุมชน หรือโดยพัฒนาชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - การจัดบริการรถ รับ-ส่ง การมาโรงเรียน หรือมารับบริการสุขภาพ
- กิจกรรมที่ ๔ ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของทีมสุขภาพในพื้นที่
๒. ด้านอัตรากำลังบุคลากรในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม เช่น การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ในแต่ละด้าน การให้ความรู้ในด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุ
๓. ด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมที่มีจำกัด เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น

แนวทางแก้ไข

๑. ด้านความรู้ความเข้าใจ แก้ไขโดยการจัดประชุมชี้แจง และติดตามให้คำแนะนำในการดำเนินงานให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่และเครือข่าย จัดทีมพี่เลี้ยงในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
๒. ด้านอัตรากำลัง เช่นในประเด็นการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล แก้ไขโดยการกำหนดด้านที่จะจัดทำแผน เป็นปีละ ๑-๒ ด้านตามความจำเป็นเร่งด่วน ไปเรื่อยๆจนครบทั้ง ๔ ด้าน หรือพัฒนาแกนนำขึ้นมาช่วยในการดำเนินงานเช่น แกนนำสุขภาพประจำชุมชน หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
๓. ด้านงบประมาณ อาจประสานทางงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เช่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ งบกองทุนฟื้นฟูฯ งบ PPA งบ คปสอ. เป็นต้น หรืออาจใช้วิธีแบ่งระดับตามความเหมาะสมหรือความจำเป็นเร่งด่วน เช่นโครงการแว่นตา โดยการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาในการมองใกล้ ไกล ก่อน คัดคนที่ยังไม่มีแว่นตา และมีปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน คัดคนที่มีปัญหาโรคตาออกก่อน เนื่องจากกลุ่มนี้จะต้องส่งรักษาให้ดีขึ้นก่อนเช่น ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม ฯ รวมถึงการต่อรองกับร้านตัดแว่นตาที่ให้ราคาที่เหมาะสมกับงบประมาณและมาตัดให้ถึงที่ในชุมชน เป็นต้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการดูแลแบบบูรณาการและครบวงจร ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของประชากรสูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๕
๒. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐
๓. ร้อยละของประชากรสูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ร้อยละ ๘๐
๔. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐
๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ)

(.....(นางทัศนีย์ บุญอริมเทพ).....)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

(วันที่) ๑๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “ผลลัพธ์ของรูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่”

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ – วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความสำคัญของการพัฒนาระบบการผ่าตัดเล็ก

แผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากแบบเดิมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงวางแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี และการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพราะสุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) ซึ่งในปัจจุบันพบว่าระบบสุขภาพยังมีส่วนขาดของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการจึงเป็นนโยบายสาธารณสุขที่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นและให้ความสำคัญ อาทิ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแบบทำแผลน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) ซึ่งมีการกำหนดเป็นนโยบาย โดยมีการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อพัฒนาสุขภาพให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

ปัจจุบันการรักษาโรคที่ต้องใช้การผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์อยู่ ได้แก่ ระยะเวลารอการผ่าตัดนาน เช่น การนัดหมายคิว การรอวันมานอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมตัวผ่าตัด การนอนพักฟื้นสังเกตอาการ รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเนื่องมาจากการรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ท้ายที่สุดทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อยลง

ระบบบริการผ่าตัดแผลเล็ก และการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ได้รับความนิยมนมากขึ้น เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและประเทศไทย โดยมีความร่วมมือจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ราชวิทยาลัยฯ กองทุนเบิกจ่ายทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคม ผลักดันทำให้เกิดระบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสม โดยประโยชน์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบนี้ คือ ลดระยะเวลารอการผ่าตัด ประหยัดค่าใช้จ่าย ทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาสูง ซึ่งแนวคิดของ การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ตรงกับแนวทางยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างทั่วถึง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการ รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลในปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๔ พบว่าการทำหัตถการแบบผ่าตัดเล็ก และ ODS จำนวน ๔๑,๕๓๒ รายนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน ได้จำนวน ๖๖,๔๕๑,๒๐๐ บาท [ประมาณการค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วย: ค่าอาหาร ๒๐๐ บาท/ค่าเดินทาง ๒๐๐ บาท/ค่าเสียเวลา ๔๐๐ บาท (รวม ๘๐๐ บาท/คน/วัน)] ลดวันนอนโรงพยาบาลได้ ๘๓,๐๖๔ (๔๑,๕๓๒ ราย x ๒ วัน) จึงเห็นได้ว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่าย รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (กองวิชาการกรมการแพทย์, ๒๕๖๖)

๓.๒ กระบวนการผ่าตัดเล็ก

การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัดน้อย เนื่องจากใช้ระยะเวลาของการผ่าตัดสั้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย เช่น การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) และเลาะตัดถุงก้อนเนื้อ (Excision of cyst) เป็นต้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, ๒๕๓๔ หน้า ๒) การผ่าตัดเล็ก จึงเป็นการรักษาด้วยการทำหัตถการ หรือการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นโรคทางศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และอื่นๆทั่วไป หลังจากได้รับการวินิจฉัยและให้คำแนะนำการให้การรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมผ่าตัดจากทีมวิสัญญีหรือทีมผ่าตัดแล้วให้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และต้องนอนพักฟื้นต่อในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาลหลังการรักษา หรือการผ่าตัดจะมีความแตกต่างกัน แล้วแต่พยาธิสภาพ สภาพร่างกาย การฟื้นตัวของผู้ป่วย ตลอดจนสภาพจิตใจ และความเจ็บปวด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนกระทั่งได้รับอนุญาตให้กลับบ้านโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา

รูปแบบการผ่าตัดเล็ก เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง เป็นการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน แพทย์ทั่วไปสามารถทำการผ่าตัดได้ ใช้ระยะเวลาสั้น ใช้การระงับความรู้สึกโดยยาชาเฉพาะที่ สามารถทำการผ่าตัดได้เลยโดยที่ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ยุ่งยาก การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ตลอดจนการพักฟื้นหลังผ่าตัด และการติดตามผลการรักษา แต่การผ่าตัดบางประเภทจำเป็นต้องผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่นการผ่าตัดกระดูกและข้อ ผ่าตัดมือ ซึ่งมีความแตกต่างจากการผ่าตัดเล็ก เนื่องจากมีการดูแล และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนการพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดจึงมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งให้ทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมีกระบวนการดูแล ดังต่อไปนี้ (Atkinson, ๑๙๙๒)

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่

- ๑) การอธิบาย และการแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่นการหยุดทานยา / ทานยาที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด
- ๒) การอธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด
- ๓) การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ

ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขณะผ่าตัด ดังนี้

- ๑) การตรวจสอบความพร้อมผ่าตัดโดยทีมผ่าตัด
- ๒) เข้ารับการผ่าตัด
- ๓) การดูแลหลังผ่าตัด
- ๔) การประเมินความพร้อมก่อนการกลับบ้าน หรือจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัด
- ๕) อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การนัดติดตาม
- ๖) ข้อเสนอแนะอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาโรงพยาบาล

การพักผ่อนหลังผ่าตัด และการติดตามหลังผ่าตัด

- ๑) การออกกำลังกายหลังผ่าตัด
- ๒) การรับประทานอาหารหลังผ่าตัด หรือข้อห้ามการปฏิบัติตัว
- ๓) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

๓.๓ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

การรักษาด้วยการผ่าตัด บุคลากรต้องคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ จึงควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ มีแนวทางการปฏิบัติการผ่าตัดในโรงพยาบาลให้กับสหวิชาชีพได้ยึดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดร่วมกัน รวมถึงสถานที่ ห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ ต้องมีมาตรฐานเช่นเดียวกัน ความสำเร็จของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญที่สุดในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล มาตรฐานการผ่าตัดของผู้ป่วย ต้องยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วย

ประเทศไทยพบรายงานการร้องเรียนของผู้รับบริการมีเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัยและมาตรฐานการรักษาดูแลผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานเพื่อเพิ่มความปลอดภัย และความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ซึ่งทำให้ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยระดับชาติ (National patient Safety Goals ๒๐๑๖) ไว้ทั้งหมด ๗ ประเด็น ได้แก่ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

- ๑) การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง (Identify patients correctly)
- ๒) การปรับปรุงการสื่อสารของบุคลากร (Improve staff communication)
- ๓) การใช้ยาอย่างปลอดภัย (Use medicine safety)
- ๔) การใช้สัญญาณเฝ้าระวังความเสี่ยง (Use alarms safety)
- ๕) การป้องกันการติดเชื้อ (Prevent infection)
- ๖) การระบุความเสี่ยงที่จะเฝ้าระวังผู้ป่วยแต่ละคน (Identify patient safety risk)
- ๗) การป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัด (Prevent mistake in surgery)

ส่วน สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และองค์กรระหว่างประเทศเพื่อคุณภาพการบริการสุขภาพ ได้กำหนดคู่มือมาตรฐานความปลอดภัย Patient Safety Goals: SIMPLE โดยรวบรวมประเด็นปัญหาจากโรงพยาบาลและประมวลแนวทางปฏิบัติที่ดี ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ ที่ประกาศโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรมาตรฐานระดับนานาชาติต่างๆ โดย

กำหนดประเด็นความปลอดภัยตามตัวอักษร SIMPLE ซึ่งกำหนดความหมายไว้ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๕๒)

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication & Blood safety

P = Patient care Processes

L = line, Tube, Catheter

E = Emergency Response

๓.๔ สถานการณ์การผ่าตัดเล็กของโรงพยาบาลสอง

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง มีการให้บริการผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งทีมผ่าตัด เครื่องมือ ห้องผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการผ่าตัด แต่เมื่อ พ.ศ.๒๕๖๐ โรงพยาบาลสองไม่มีวิสัญญีพยาบาลทำให้ไม่สามารถให้บริการผ่าตัดใหญ่ จึงมีการให้บริการผ่าตัดที่มีการระงับความรู้สึก โดยใช้ยาชาเฉพาะที่เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการผ่าตัดเล็ก เช่น การผ่าตัดเลาะก้อนเนื้อถุงน้ำ ตัดหูด ตัดไฝ เป็นต้น สถิติผู้ป่วยผ่าตัดเล็กของโรงพยาบาลสอง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นคือ ๑๒๐, ๑๔๘, ๑๕๗ คน ตามลำดับ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ รพ.สอง ร่วมมือกับแพทยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลแพร์ จัดทำโครงการผ่าตัดมือสัจจร ให้บริการผ่าตัดพังผืดมือ นิ้วล็อคและอื่นๆ พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก จำนวน ๒๕ ราย ส่วน ปี พ.ศ.๒๕๖๑ มีผู้ป่วยผ่าตัด ๓๒ ราย โดยมีการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบผู้ป่วยนอก หลังผ่าตัดกลับบ้านได้ ซึ่งพบปัญหาคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีแผลผ่าตัดแยก และเกิดเลือดออกมาก แผลผ่าตัดติดเชื้อ จากการติดตามผู้ป่วยที่แผลแยก สาเหตุเกิดจากแผลโดนน้ำที่เกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาทำแผลต่อ แผลหายล่าช้า สูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พักงาน ขาดรายได้ กรณีแผลติดเชื้อต้องรักษาด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะทำให้รพ.ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา สูญเสียงบประมาณเพิ่มขึ้น และยังพบว่าประชาชนชาวอำเภอสองร้อยละ ๘๐ มีอาชีพเกษตรกร และโรคที่มักพบจากการทำงานคือ พังผืดที่มือ ร้อยละ ๔๒ และนิ้วล็อค ร้อยละ ๒๓ ซึ่งวิธีการรักษาคือต้องผ่าตัด (รายงานผลการดำเนินการผ่าตัดในโรงพยาบาลสอง,๒๕๕๙)

กอรกับ สถานการณ์การเงินโรงพยาบาลสอง ประสบปัญหาการเงินการคลังที่มีสภาพคล่องต่ำ หนี้สินมาก มีเงินสำรองติดลบ ทำให้โรงพยาบาลพยายามแก้ไขปัญหสถานการณ์การเงินด้วยการหารายได้เพิ่มให้แก่โรงพยาบาล ถ้าหากมีการหารายได้ชดเชยการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เป็นการเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมือแบบผู้ป่วยนอก หรือการผ่าตัดเล็ก จะทำให้โรงพยาบาลได้รับค่าชดเชยต่อการรักษาผู้ป่วย ประมาณ ๒๕๐ - ๓๐๐ บาทต่อราย แต่ถ้าหากเป็นแบบผู้ป่วยใน จะมีค่าชดเชยต่อการรักษาผู้ป่วย ประมาณ ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ บาทต่อราย (รายงานสถานการณ์การเงินการคลัง โรงพยาบาลสอง, ๒๕๖๑)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนรูปแบบการผ่าตัดเล็กของผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอย ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย และญาติต่อโรงพยาบาลสอง ต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัย “ผลลัพธ์ของรูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่” เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) เนื่องจากงานวิจัยฉบับนี้แสวงหาความรู้ และประยุกต์ใช้ความรู้หรือวิทยาการต่างๆ ให้เป็นประโยชน์ ในทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมือ และเป็นการวิจัยที่นำผลที่ได้ไปแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ของผู้ป่วยผ่าตัดมือของ รพ.สองโดยตรง โดยมีระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดเล็กของโรงพยาบาลสอง ที่มีการพัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ จากโรงพยาบาลแพร่ มีส่วนร่วมในการรักษา และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก ซึ่งมี ขั้นตอนการวิจัยโดยสรุป ดังนี้

- ๑) ศึกษาสถานการณ์การผ่าตัดเล็กของโรงพยาบาลสอง ปัญหาของผู้ป่วยผ่าตัด
- ๒) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาล
- ๓) กำหนดแนวคำถามวิจัย และวัตถุประสงค์วิจัย
- ๔) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาถึงรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ เช่น การผ่าตัดเล็ก หลักการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก หลักความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก เป็นต้น
- ๕) จัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบไปด้วยชุดตัวแปรต้นคือรูปแบบการผ่าตัดเล็ก และชุดตัวแปรตามคือผลลัพธ์ของการผ่าตัดเล็ก และกำหนดนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการในการวิจัย
- ๖) พัฒนาเครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
- ๗) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยใช้สูตรของ โรวินลลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton, ๑๙๗๗: ๔๙-๖๐) โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ได้แก่
 - ก) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นายแพทย์จิรายุทธ์ พุทธิรักษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอง
 - ข) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด นางยุวเรศ เสนาธรรม พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่
 - ค) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ดร.มาศโมณี จิตวิริยธรรม หัวหน้างานการศึกษา วิจัยและวิชาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๘) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มี ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมือ ที่โรงพยาบาลสอง จำนวน ๕๐ ราย และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ คือ ศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์, แพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สอง, พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลงานผู้ป่วยใน และพยาบาลงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน รพ.สอง, พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพสต.พื้นที่ อ.สอง รวม ๑๐ คน
- ๙) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) และเก็บข้อมูลจากทะเบียนประวัติย้อนหลัง ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)
- ๑๐) วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)
- ๑๑) สรุปผลการวิจัย “ผลลัพธ์ของรูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่”

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ส่วนที่ ๒ รูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ๒) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Acting) โดยแบ่งออกเป็นขั้นตอนก่อนการพัฒนาารูปแบบ และขั้นตอนหลังการพัฒนาารูปแบบ ซึ่งมีรายละเอียดดัง ตารางที่ ๒ - ๓

ขั้นที่ ๑ Planning

๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลสอง ประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ รพ.แพร่, แพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สอง, พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลงานผู้ป่วยใน และ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.สอง, พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พื้นที่ อ.สอง รวม ๑๐ คน

๑.๒ Focus group คณะทำงานพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก โดยใช้ประเด็นคำถามตามแบบสัมภาษณ์

๑.๓ นำผลการสัมภาษณ์มาจัดทำารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก กรณีผ่าตัดมือ ของ รพ.สอง

ขั้นที่ ๒ Acting

ตารางที่ ๒ แสดงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังผ่าตัดเล็ก กรณีผ่าตัดมือ รพ.สอง ก่อนการพัฒนาารูปแบบ

ตำแหน่ง	หน้าที่
ระยะก่อนผ่าตัด	
พยาบาล OPD	๑) ชักประวัติ ๒) ประเมินอาการ/ประวัติการรักษา ๓) ชักประวัติการใช้ยา ก่อนการผ่าตัด
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	๑) ตรวจวินิจฉัย และรักษา ๒) ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการผ่าตัด ร่วมกับผู้ป่วย ๓) อธิบายการแนวทางการรักษา การผ่าตัด ๔) บันทึกคำสั่งการรักษา การผ่าตัด
พยาบาล OPD จุดนัด	๑) การสอบถามความพร้อมผ่าตัด / การมีญาติ ๒) เซ็นต์ยินยอมการรักษา ๓) ส่งต่อผู้ป่วย ไป ห้องผ่าตัด
พยาบาลห้องผ่าตัด	๑) เตรียมร่างกายผู้ป่วย / ตรวจสอบประวัติ ผล Lab ๒) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ๓) การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ด้านร่างกาย/จิตใจ ๔) แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด ๕) ทำผ่าตัด และดูแลขณะผ่าตัด

ตำแหน่ง	หน้าที่
ระยะหลังผ่าตัด	
พยาบาล ห้องผ่าตัด	๑) ประเมินอาการภาวะเลือดออก/ภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด หลังผ่าตัดทันที ๒) ประเมินผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้าน ๓) พยาบาลห้องผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผล นัดตัดไหม ให้ใบนัดเพื่อตัดไหมที่ รพ.สอง หรือ รพ.สต. ๔) ติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ๑ เดือน และรวบรวมผลการผ่าตัด
พยาบาล ER พยาบาล รพ.สต.	๑) ตัดไหมแผลผ่าตัด /ส่งต่อการรักษา กรณีแผลผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน ๒) บันทึกข้อมูลแผลผ่าตัด หลังตัดไหม

ตารางที่ ๓ แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเล็ก กรณีผ่าตัดมือ รพ.สอง หลังการพัฒนารูปแบบ

ตำแหน่ง	หน้าที่
ระยะก่อนผ่าตัด	
พยาบาล OPD	๑) ชักประวัติ ๒) ประเมินอาการ/ประวัติการรักษา ๓) ชักประวัติการใช้ยาก่อนการผ่าตัด
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	๑) ตรวจวินิจฉัย และรักษา ๒) ประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการผ่าตัด ร่วมกับผู้ป่วย ๓) อธิบายการแนวทางการรักษา การผ่าตัด ๔) บันทึกเวชระเบียน สั่ง Admit
พยาบาล OPD จุดนัด	๑) สอบถามความพร้อมผ่าตัดของผู้ป่วย และญาติ ๒) ทำ Admit ส่งผู้ป่วยไปตักผู้ป่วยใน
พยาบาลงานผู้ป่วยใน	๑) เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ด้านร่างกาย/ จิตใจ ๒) ตรวจสอบประวัติ LAB เซ็นยินยอมผ่าตัด ๓) บันทึกเวชระเบียน ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด
พยาบาล ห้องผ่าตัด	๑) เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ด้านร่างกาย/ จิตใจ ๒) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด โดยภาพพลิก ๓) สอนและฝึกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อปฏิบัติหลังผ่าตัด

ตารางที่ ๓ (ต่อ)

ระยะผ่าตัด

พยาบาล ห้องผ่าตัด

- ๑) แพทย์ และพยาบาลทำการผ่าตัด
- ๒) พยาบาลช่วยผ่าตัด ประเมินอาการขณะผ่าตัด ดูแลแผลผ่าตัด หลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยยกมือสูงหลังการผ่าตัด ๓ ชั่วโมง
- ๓) บันทึกข้อมูลการผ่าตัด และส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลงานผู้ป่วยใน
- ๔) ย้ายผู้ป่วยสังเกตเพื่ออาการต่อที่งานผู้ป่วยใน

ระยะหลังผ่าตัด

แพทย์ รพ.สอง

๑) แพทย์ตรวจรักษาหลังผ่าตัด

พยาบาล ห้องผ่าตัด

- ๑) ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการภาวะเลือดออก/ภาวะแทรกซ้อน อาการเจ็บปวด หลังผ่าตัด
- ๒)) แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผล การทวนสอบการยึดเหยียดกล้ามเนื้อมือหลังผ่าตัด และมอบแผ่นพับ
- ๓) นัดตัดไหม ๑๕ วันหลังผ่าตัด ที่รพ.สอง หรือ รพ.สต. ใกล้บ้าน ส่งต่อไปบันทึกติดตามแผล หลังการตัดไหม
- ๔) ติดตามอาการผู้ป่วยหลังการตัดไหม ทางโทรศัพท์ และบันทึกข้อมูล
- ๕) นัดติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ๑ เดือน ที่รพ.สอง
- ๖) บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน
- ๗) รวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ ๓ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลสอง

ผลการใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเล็ก ที่ห้องผ่าตัดของ โรงพยาบาลสอง จำนวน ๕๐ คน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดที่มีแผลอักเสบ บวม แดง จำนวน ๒ คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน ๑ ต่อ ๒๕ คน รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก ของโรงพยาบาลสอง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ๗ วัน	จำนวน (๕๐ คน)	สัดส่วน
๑ แผลแยก	๐	๐
๒ แผลเลือดออกมากผิดปกติ	๐	๐
๓ แผลเป็นหนอง	๐	๐
๔ แผลอักเสบ บวม แดง	๒	๑:๒๕

ส่วนที่ ๔ การคืนข้อมูลผลการใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลสอง

ทำ Focus group เพื่อคืนข้อมูลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก ของ รพ.สอง ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการผ่าตัดเล็ก รพ.สอง สำเร็จ และประเด็นที่ควรพัฒนาต่อยอดรูปแบบการผ่าตัดเล็ก ซึ่ง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการผ่าตัดเล็กสำเร็จ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดเล็ก รพ.สอง โดยเฉพาะลึกเพื่อแก้ปัญหา กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดมือ โดยเฉพาะเป็นการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยอย่างแท้จริงและตรงประเด็น อีกทั้งยังเป็นการพัฒนางานโดยระดมความคิด ประสบการณ์ และองค์ความรู้จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจาก รพ.แพร่ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ ในการผ่าตัดผู้ป่วยจำนวนมาก พยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. อีกทั้งยังมีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมถึงการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ มีการติดตามนัดหมาย และดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยเฉพาะ ผู้ป่วยจึง ได้รับจากดูแลที่มีมาตรฐาน และมีคุณภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสอง พบว่า ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเล็กไม่พบรุนแรง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดเล็กไม่พบ ซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการผ่าตัด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการตามหลัก ๒P Safety ร่วมมือกันดำเนินการตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้โดยมีการทำงานเป็นทีม คือการรวมกลุ่มกันทำงานที่มีความชำนาญ แต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร มีความร่วมมือกัน ตัดสินใจร่วมกัน ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ร่วมกันวางแผนให้สำเร็จ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยเพื่อให้ความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ สปริตเซอร์ (Spreitzer) ที่กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเอง ว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดเล็ก ของโรงพยาบาลสอง ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งในส่วนบริการ และส่วนสนับสนุน เช่น แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ตรวจรักษาทั่วไป พยาบาลตึกผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด ตึกผู้ป่วยใน และพยาบาลใน รพ.สต. รวมถึง เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกัน ที่จะต้องบันทึกผลการรักษาพยาบาลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจาก สปสช. จึงเห็นได้ว่าหากทีมสหวิชาชีพ และทีมสนับสนุนไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลชุมชนแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่จะได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ และขาดการบูรณาการ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การผ่าตัดมือ เป็นการผ่าตัดโดยศัลแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ที่มีความชำนาญและต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ การเปิดให้บริการผ่าตัดมือจะต้องมีศัลแพทย์ เป็นแพทย์ผ่าตัดทุกครั้ง ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดของการผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทำให้การเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ยาก และผู้ป่วยต้องรอคิวการผ่าตัดนาน

๒. การเปิดบริการผ่าตัดมือมีข้อจำกัด ที่มีการให้บริการเพียงเดือนละ ๑ ครั้ง เนื่องจากต้องมีศัลแพทย์ออร์โธปิดิกส์จากโรงพยาบาลแพร่ เป็นผู้ทำการผ่าตัด แพทย์มีการหมุนเวียนให้บริการกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นในจังหวัดแพร่ ส่งผลให้ระยะเวลาตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทางมือ และการผ่าตัดมือ มีจำกัดเพียง ๑ วัน ทำให้จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมาก ต้องรอการตรวจรักษาระยะเวลานานที่โรงพยาบาลสอง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ก่อนการนำรูปแบบการผ่าตัดเล็กในโรงพยาบาลสองไปเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ควรมีการเตรียมความพร้อมของสหวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพของทีมในการร่วมมือการดูแลตามหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมือ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมือได้อย่างครอบคลุม และเหมาะสม

๙.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การผ่าตัดมือในโรงพยาบาลสอง ต้อง Admit ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้รับค่าชดเชย ในการรักษาพยาบาลที่คุ้มค่า คุ้มทุน ดังนั้นถ้าหากการผ่าตัดมือสามารถเป็นหนึ่งในหัตถการที่ถูกระบุตามหลักเกณฑ์ของ One Day Surgery ของ สปสช. ทำให้สามารถให้บริการที่มีความคุ้มค่า คุ้มทุน และส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้เกิดสภาพคล่องมากยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานรูปแบบ Oral Presentation ในงานประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขจังหวัดน่าน และเขตสุขภาพที่ ๑ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕ หอประชุมมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางอนามัย สมร่าง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........ผู้ขอประเมิน

(นางอนามัย สมร่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 15 ส.ค. 2566.....

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางอนามัย สมร่าง สักส่วนของผลงาน ๑๐๐%
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(นางอนามัย สมร่าง)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 15 ส.ค. 25๖๖

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอนามัย สมร่าง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นส. สาร์นแท้ ววศ์พดมิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 15 / ส.ค. / 25๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นงนง นงนง พงศ์รักษ์)

(ตำแหน่ง) 10 ข. หัวหน้าทีม นส. วันที่ ๑๕/๘

(วันที่) 15 / ส.ค. / 25๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

บรรณานุกรม

- ธิดา ยุคันตวรานันท์. ๒๕๕๐. การพัฒนาระบบการรับผู้ป่วยเข้าวันผ่าตัดในกลุ่มงาน ศัลยกรรม โรงพยาบาลโยธธ. วิทยาลัยสาร.; ๓๓(๑): ๒๑-๘.
- ธิดา ยุคันตวรานันท์. วิเคราะห์ผลการศึกษาด้านทุน บริการสถานพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เขตสุขภาพที่ ๑๐. การประชุมคณะกรรมการบริหาร การเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๑๐ วันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗. ๒๕๕๗. ห้องประชุมสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี
- ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น. ๒๕๕๗. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการ ความปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องพักรักษาตัว โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี้ กรุงเทพ; ๑๐ (๑): ๘๖-๙๙.
- ยุทธนา อุดมพร. ๒๕๕๖. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยนอก. ใน :อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์สุขสมpong, ปฎิภาณตุมทอง, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน: หน้า ๖๖๗-๙๐.
- ยูวเรศ เสนาธรรม. ๒๕๕๕. การพัฒนาคุณภาพกระบวนการ ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. [การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๗. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการ same day surgery. การประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗; ห้องประชุมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติศูนย์ราชการ กรุงเทพมหานคร
- เจือกุล อโนธรมณ์. ๒๕๕๐. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ ; ๒๕ (๑) : ๑๔ - ๒๓.
- The Joanna Briggs Institute. 2009. Systematic review – The review process. [On line]. 2006 [cited 2009 June] ; Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>.
- Verdugo RJ, Salinas RS, Castillo J, Cea JG. 2005. Surgical versus non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome (Review). The Cochrane Library ;4. 3. Susan EM, Christine BN. Compression neuropathies. Green's Operative Hand Surgery, 5 ed, vol.1 :999-1043. 4. Rodner CM, Katarincic J. Open Carpal Tunnel
- Kuschner SH, Brien WW, Johnson D, Gellman H. 1991. Complications associated with carpal tunnel release. Orthop Rev.;20:346-352.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

๒. หลักการและเหตุผล

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นแต่บางครั้งอาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลพบประมาณร้อยละ ๙-๑๑ ร้อยละ ๔๔-๕๕ เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และประมาณร้อยละ ๗ - ๑๐ ของเหตุการณ์เป็นอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะได้รับการนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลมีวันนอนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น ๑๐.๗ วัน ในประเทศไทยพบว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในผู้ป่วยในร้อยละ ๓๕.๑๐ โดยร้อยละ ๑๕.๔๐ ส่งผลถึงเสียชีวิตและร้อยละ ๑๙.๐๐ จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา และปลอดภัยนั้นขึ้นอยู่กับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย และมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้ปลอดภัย ไม่ใช่เพียงแต่มีระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่ดีและมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยเท่านั้น แต่ต้องมีการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่มโดยผู้พบเห็นหรือรับรู้อาการของผู้ป่วยคนแรก และเชื่อมต่อกับระบบการดูแลรักษาขั้นตอนต่อไปอย่างต่อเนื่องจนถึงขั้นตอนสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ (มาลี คำคง, ๒๕๖๑)

สมรรถนะ (Competency) เป็นบุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคลซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ สมรรถนะประกอบด้วย ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attributes) และยังรวมถึงทัศนคติ ค่านิยม ความคิด บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Trait) และแรงจูงใจหรือแรงขับภายใน (Motive) (McClelland & Parry, ๑๙๙๗ อ้างถึงใน นิศาชล วงษ์ประชุม, ๒๕๕๙) สมรรถนะของบุคคลเป็นผลมาจากการฝึกอบรมและประสบการณ์ผู้ปฏิบัติงานแต่ละอาชีพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้น Benner (๑๙๘๔ อ้างถึงใน นิศาชล วงษ์ประชุม, ๒๕๕๙) เชื่อว่าระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต้องอาศัยช่วงเวลาเพื่อการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์จนสามารถพัฒนาทักษะความชำนาญระดับของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเรียนรู้งานที่ยุ่ยากมีความซับซ้อนของปัญหา อาทิเช่นสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงถึงความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยง และติดตามเฝ้าสังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อน ค้นพบอาการ/อาการแสดงเริ่มต้นของอาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะวิกฤต และสามารถแก้ไขเบื้องต้น/ลดความรุนแรงเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์ทุกครั้ง จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิตได้ (กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, ๒๕๖๔) สมรรถนะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย การตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีเหตุผล และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนและยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม การปฏิบัติการอย่างเหมาะสมโดยยึดหลักของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายเป็นสำคัญ การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รับผิดชอบหน้าที่ และการกระทำของตนเอง บุคลากรในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ๆ สร้างและหรือนำนวัตกรรมมาส่งเสริม

การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด บริหารจัดการความเสี่ยงทั้งระบบ และการปฏิบัติต่อบุคคล (วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๕) สมรรถนะเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายผลการปฏิบัติงาน หรือเป็นส่วนหนึ่งของผลการปฏิบัติงาน จากแนวคิดของโมเดลที่กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดเลือกบุคลากรว่า สมรรถนะสามารถใช้เป็นสิ่งที่วัดเพื่อทำนายผลการปฏิบัติงาน (Binning & Barrett, ๑๙๘๙ อ้างถึงใน คณะทำงานโครงการสมรรถนะ สำนักงาน ก.พ.ม, ม.ป.ป.)

ดังนั้น เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง เพื่อลดอุบัติการณ์ ข้อผิดพลาดของผู้ป่วย ที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงมีการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในบุคลากรผู้ใหญ่พบว่าการ Coaching เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่ผู้รู้หรือมีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยสนใจเทคนิคการสอนงานตามแนวคิด COACH model ของ มิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, ๒๕๕๘) โดยมุ่งหวังให้ผู้รับการสอนงานพัฒนาความรู้ ความสามารถและใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) เป็นตัววัดผล เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการทบทวนรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิกของโรงพยาบาลสอง ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ตามลำดับ มีจำนวน ๔๒, ๔๘ รายงาน พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงนำไปสู่ภาวะวิกฤตจำนวน ๑๐, ๑๒ รายงาน คิดเป็นร้อยละ ๒๔, ๒๕ โดยพบว่าเป็นอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ๒, ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐, ๒๕ เสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหมายจำนวน ๐, ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐, ๘ มีภาวะช็อกจำนวน ๑, ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐, ๘ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุโดยใช้เครื่องมือ root cause analysis พบว่าสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดจากการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเน้นเพียงการประเมินสัญญาณชีพ ไม่มีการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังไม่ต่อเนื่อง และเหตุการณ์ส่วนใหญ่จะเกิดที่งานผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเวรตึก ที่ส่วนใหญ่จะมีพยาบาลระดับปฏิบัติขั้นปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีข้อจำกัดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะ ด้านความรู้ ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หรืออาการทรุดลงที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง ถ้าการเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะวิกฤต ไม่เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

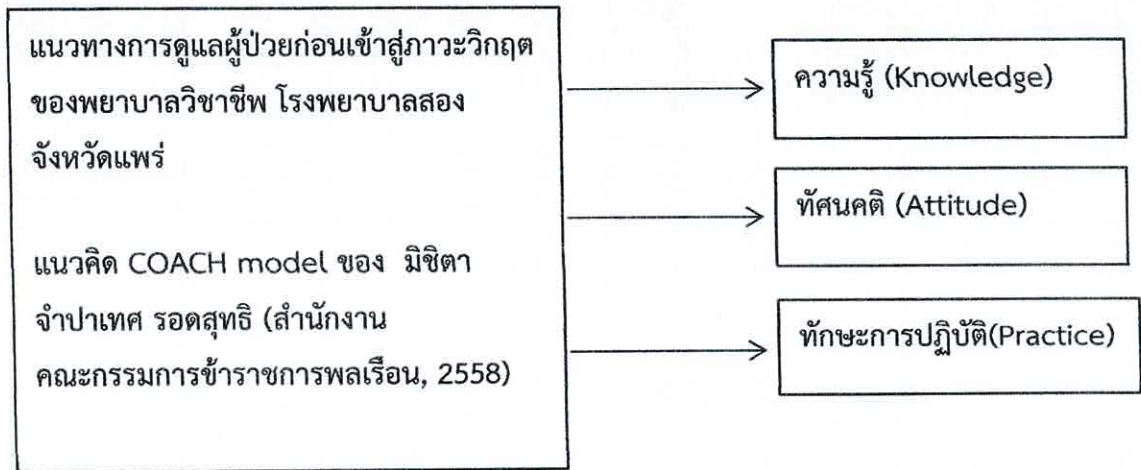
แนวความคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในบุคลากรผู้ใหญ่พบว่าการ Coaching เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่ผู้รู้หรือมีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยสนใจเทคนิคการสอนงานตามแนวคิด COACH model ของ มิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, ๒๕๕๘) ประกอบด้วย ๑) Clarifying needs บอกให้ฟังถึงวัตถุประสงค์ ๒) Objective Setting ตั้งเป้าเรียน ๓) Action Plan Designing ร่วมเขียนแผน ๔) Checking Activity แ่่นประเมิน และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ (KAP) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร ๓ ตัวคือความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภนี้่จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสาร

จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติและขั้นตอนสุดท้ายคือก่อให้เกิดการปฏิบัติ ทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่าเมื่อเราใช้เทคนิคการสอนงานการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต จะทำให้พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ มีความรู้เกิดขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทิศทางที่ดี สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอ

เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง ในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ผู้วิจัยจึงพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการใช้เทคนิคการสอนงาน ตามแนวคิด COACH model ของ มิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลการใช้เทคนิคการสอนงานต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด COACH model ระยะเวลา ๒๔ สัปดาห์

ระยะที่ ๑ การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานใช้ระยะเวลา ๔ สัปดาห์

เก็บข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ โดยดำเนินการดังนี้

๑) ให้พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทั่วไป ตอบแบบสอบถามทดสอบความรู้ และแบบสำรวจ ทัศนคติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง

๒) ทำการสังเกตการปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน

๓) ทำการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกต โดยวิธีการทำเครื่องหมาย ✓ หากพยาบาลได้ปฏิบัติ กิจกรรม และ ✗ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติไม่ครบถ้วนในกิจกรรมที่กระทำตามแบบสังเกต

ระยะที่ ๒ ดำเนินการตามแนวคิด COACH model ของมิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, ๒๕๕๘) ใช้ระยะเวลาประมาณ ๔ สัปดาห์โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ ๑ บอกให้ฟังถึงวัตถุประสงค์ (Clarifying Needs) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้
ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการการพยาบาลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

- ๑) จัดอบรม ใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์โปรแกรมพาวเวอร์พอยท์
- ๒) สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต กับการจำลองสถานการณ์สมมติ
- ๓) นำเสนอผลการสังเกตการปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต
- ๔) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต
แบบเดิม และนำมาเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่

กิจกรรมครั้งที่ ๒ ตั้งเป้าเรียน (Objective setting)

วัตถุประสงค์การใช้แนวทางการในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ได้รับพัฒนาขึ้น

- ๑) ผู้วิจัยพบพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล ให้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต
ไปใช้เน้นให้เห็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์และความสำคัญ
- ๒) สาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งให้ข้อมูลด้านบวก และให้คำแนะนำหรือสาธิตซ้ำในกิจกรรมที่
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ ๓ สัปดาห์ที่ ๒ - ๔ ร่วมเขียนแผน (action plan designing) ใช้เวลาประมาณ ๓ สัปดาห์

วัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพร่วมวางแผนและปฏิบัติตามแนวทาง

- ๑) ค้นข้อมูล และปัญหา อุปสรรคที่พบ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
- ๒) ให้ข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมครั้งที่ ๔ สัปดาห์ที่ ๔ แม่นประเมิน (checking activity) วัตถุประสงค์เพื่อประเมินหา
ข้อสรุปและยืนยันการนำแนวทางการไปใช้ร่วมกัน

- ๑) จัดประชุมร่วมทบทวนแนวทางการพยาบาลที่ร่วมกันพัฒนา
- ๒) ยืนยันการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสอง ไปใช้ร่วมกัน

ระยะที่ ๓ ขึ้นประเมินผล ใช้เวลาประมาณ ๑๖ สัปดาห์

๑) เก็บข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการทดสอบความรู้ และสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการ
พยาบาลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง และรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

๒) บันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ ใน
หน่วยงาน และรวบรวมข้อมูล

๓) ติดตามรายงานอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจาก
ข้อผิดพลาดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง และรวบรวมผล

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเด็นการสังเกตการปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของ
พยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังการใช้เทคนิคการสอนงาน อาจมีความล่าช้า เพราะผู้วิจัยไม่ได้ร่วมปฏิบัติงาน
กับกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ดังนั้นจึงแก้ไขโดยการแต่งตั้งให้มีผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานผู้ป่วยใน
เป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒) เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired T- test)

๓) เปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired T- test)

๔) เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired T- test)

๕) เปรียบเทียบอุบัติการณ์ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t - test)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) พยาบาลวิชาชีพ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง

๒) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง ได้รับการพัฒนาสมรรถนะโดยใช้เทคนิคการสอน ให้มีความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติ ด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

๓) อุบัติการณ์ความผิดพลาด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่มีสาเหตุจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง ลดลง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) ร้อยละ ๘๐ ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสอง ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ได้พัฒนาขึ้น

๒) จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสอง ด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต หลังการได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้วยการใช้เทคนิคการสอน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐

๓) จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่มีสาเหตุจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสอง ลดลงร้อยละ ๑๐

(ลงชื่อ)..... 

(นางอนามัย สมร่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

(วันที่) 15 ส.ค. 25๖๖

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ศิริแสน. ๒๕๕๘. ประสิทธิภาพของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย
วิกฤติ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย
กรุงเทพคริสเตียน; ๑๐๒ หน้า.
- กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี. ๒๕๖๓. ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานการพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตาม
แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร์ วารสารโรงพยาบาลแพร์;
๒๘ (๒) :๑๘
- นิตยาภรณ์ จันทน์นคร และคณะ. ๒๕๖๓. การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับ
ผู้ป่วยหนัก วิทยาลัยพยาบาลสกลนคร. วารสารกองการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๒๒
มกราคม ๒๕๖๒. แหล่งข้อมูล: <https://heo๑.tci.thaijo.org/index.php/JND/article/view/๒๔๒๖๑๐/๑๖๔๙๐๔>
- พนิดา จันทน์รัตน์. ๒๕๖๖. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความ
เสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๖๖;๓๒(๑):๑๐๙.
- ภคินี ชุนเศรษฐ์ ๒๕๖๓. การประเมินผลการสอนงานพยาบาลในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต
ในมารดาตกเลือดหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลา [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].
สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า. ๒๕๕๙. ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อ
การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม TUH
Journal online. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๓ มกราคม ๒๕๖๓]
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. ๒๕๖๐. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๔. นนทบุรี:
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. ๒๕๕๘. การสอนงาน เปิดโลกทัศน์พัฒนา ทุนมนุษย.
[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oscc.go.th>