



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ 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 ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๕
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นายประพนธ์ กวางทอง	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง
๒.	นางสุรีย์รัตน์ สุกันธมาลา	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสูงเม่น กลุ่มงานการพยาบาล
๓.	นางวัชลี อินตะสงค์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายขจร วินัยพานิช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายประพนธ์ กวางทอง	จังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบสาย กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค (ปฏิบัติราชการที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่)		จังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง		เลื่อนระดับ
		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๔๗๔๒๔	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๔๗๗๔๔	๑๐๐ %
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “รูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC ” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ขับเคลื่อนรูปแบบการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอด้วยมาตรฐาน DHSA (District Health System Accreditation)” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					
๒	นางสุรีย์รัตน์ สุคันธมาลา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสูงเม่น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสูงเม่น กลุ่มงานการพยาบาล		เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๔๗๓๖๗	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๔๗๓๕๗	๑๐๐ %
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน (The Effect of Motivational Enhancement Therapy on Quality of Life for Relapse prevention Among Persons with Amphetamine Dependence)”

ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “พัฒนาระบบการดำเนินงานติดตาม ดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่”

รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง รูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๕ (๓ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย กลุ่มแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอเด่นชัย

อีกทั้งยังนำความรู้ด้านการบริหารจาก รูปแบบการบริหาร ด้วยกระบวนการบริหารแบบ POLC ซึ่ง POLC เป็นทฤษฎีการจัดการที่ใส่ใจกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ เริ่มตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ ไปจนถึงการประเมินผล มีจุดเด่นอย่างหนึ่งของ POLC ก็คือให้ความสำคัญกับภาวะการเป็นผู้นำซึ่งนี่ถือเป็นตัวแปรสำคัญในการบริหารจัดการการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และยังมี ข้อดีของ POLC คือการใส่ใจการสร้างมาตรฐานในทุกรายละเอียด เน้นปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้อย่างเคร่งครัด ส่งผลต่อการประเมินผลที่ชัดเจน สามารถวัดประสิทธิภาพของการทำงานได้ดี ดังนี้

P – Planning / การวางแผน

การวางแผน คือ การกำหนดกิจกรรมตลอดจนภาระกิจต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติเอาไว้ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้เป็นแนวทางตลอดจนทิศทางในการปฏิบัติงาน การวางแผนควรต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่จะทำให้บรรลุผลตามที่ต้องการ ซึ่งการวางแผนนั้นมีหลายประเภทได้แก่

- การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning) : การวางแผนกลยุทธ์นั้นจำเป็นต้องใส่ใจรายละเอียดมากมาย ตั้งแต่เรื่องของคู่แข่ง, โอกาสและอุปสรรคทางธุรกิจ, ไปจนถึงจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร ตลอดจนตำแหน่งทางการตลาดเมื่อเทียบกับคู่แข่ง การวางแผนเชิงกลยุทธ์ไม่ใช่แค่การวางแผนการทำงาน แต่เป็นการวางแผนยุทธศาสตร์ในการทำธุรกิจที่มีแผนครอบคลุมหลายมิติ ตลอดจนมีการวางแผนอย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางของการใช้กลยุทธ์บริหารจัดการรวมไปถึงปฏิบัติการนั่นเอง การวางแผนเชิงกลยุทธ์นั้นมักใช้ปฏิบัติงานกับฝ่ายบริหาร ตลอดจนระดับหัวหน้างาน

- การวางแผนเชิงยุทธวิธี (Tactical Planning) : การวางแผนเชิงยุทธวิธีนี้จะเน้นไปยังการปฏิบัติการเป็นหลัก ใส่ใจการปฏิบัติการทุกขั้นตอนที่จะทำให้การทำงานประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี การวางแผนเชิงยุทธวิธีนี้มักต่อยอดมาจากการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ต้องให้สอดคล้องกัน และมักใช้กับฝ่ายปฏิบัติในระดับหัวหน้าและลูกน้องนั่นเอง

- การวางแผนเชิงบริหารจัดการ (Operational Planning) : การวางแผนเชิงบริหารจัดการนี้จะเน้นไปยังกระบวนการในการทำงาน ตลอดจนการประสานให้การทำงานแต่ละแผนกสอดคล้องกันเสียมากกว่า และทำให้การทำงานราบรื่นทั้งในส่วนแผนกและองค์กรรวม เน้นระบบ ระเบียบ และการแก้ไขปัญหาด้านระบบการทำงาน มักนำไปใช้ตั้งแต่ฝ่ายบริหารไปจนถึงฝ่ายปฏิบัติการในระดับหัวหน้า เพื่อให้การทำงานภาพรวมสอดคล้องและราบรื่น

O – Organizing / การจัดการองค์กร

การจัดการองค์กร คือ การกำหนดโครงสร้างตำแหน่ง กำหนดบทบาท หน้าที่ ตลอดจนการทำงานของทุกภาคส่วนให้สอดคล้อง ราบรื่น และไม่ทับซ้อนกัน การจัดการองค์กรยังรวมถึงการจัดระเบียบในการทำงานที่จะทำให้การทำงานไม่สะดุด จัดสรรคนให้เหมาะสมกับงาน จัดการงานให้เป็นระบบระเบียบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากที่สุด

L – Leading / ภาวะการเป็นผู้นำ

ภาวะการเป็นผู้นำ คือ ภาวะในการควบคุมการทำงานให้สำเร็จลุล่วง โดยต้องสามารถสร้างแรงจูงใจให้ทุกคนอยากร่วมทำงานได้ ต้องบริหารงานบุคคลได้ดี ต้องเข้าใจการทำงานของตนเองและผู้อื่นได้ บังคับบัญชา รวมถึงมีทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ดี และมีการตัดสินใจที่รอบคอบ ฉับไว ดีเยี่ยม สามารถที่จะนำพาทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่ความสำเร็จได้

C – Controlling / การควบคุม

การควบคุม คือ การดูแลบุคลากรตลอดจนการทำงานต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ ตลอดจนการติดตามประเมินผลว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นไปตามที่วางไว้หรือไม่ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มีความสำเร็จมากน้อยเพียงไร การควบคุมนั้นยังหมายถึงการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลกระทบกับการทำงานน้อยที่สุดอีกด้วย

รวมถึงเป้าหมายการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ที่ส่งผลต่อการดำเนินการในประเด็น VUCA ที่เป็นนโยบายของส่วนกลาง และเป็นคำย่อของกรมควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย Vaccine การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ครอบคลุม ลดอาการป่วยหนัก Universal Prevention การป้องกันตนเองตลอดเวลา สวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง ตาม มาตรการ DMHTT COVID Free Setting สถานที่บริการพร้อมผู้ให้บริการฉีดวัคซีนครบ ตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ Antigen test kit (ATK) พร้อมตรวจเสมหะเมื่อใกล้ขีด คนติดเชื้อ/คนที่มีอาการทางเดินหายใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย กลุ่มแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอเด่นชัย

มีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

๑. ศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย และหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด ได้มีการนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการติดตามในพื้นที่ การนำเสนอผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์เอกสารหลักฐานข้อมูลประกอบ ที่ส่งผลต่อมาตรการ VUCA

๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง (Brain storming) ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบและนโยบายการดำเนินการในพื้นที่ นำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๓. แบบสอบถาม ประชุมกลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มแกนนำชุมชน ท้องที่ท้องถิ่น อสม.ของแต่ละพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการบริหาร โดยมีเป้าหมายจาก ๕ ตำบล ๕๒ หมู่บ้าน จำนวน ๑๕๖ คน กลุ่มตัวอย่างตามตารางขนาดของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, ๑๙๗๐) จำนวน ๑๑๓ คน ใช้เวลาประชุมกลุ่ม ๖๐ นาที และสรุปผลการประชุมกลุ่ม

๔. ทบทวนข้อมูลเอกสาร ข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๕. วัดประสิทธิผลการดำเนินงานภายใต้ มาตรการ VUCA โดยเน้นการบริหารจัดการประเด็นการฉีดวัคซีน COVID-19 ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยแบ่ง

แบบสอบถามออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเข้าดำรงตำแหน่ง มีข้อคำถามทั้งหมด ๖ ข้อ

ส่วนที่ ๒ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ในด้านต่าง ๆ ทั้ง ๔ ด้าน จำนวน ๒๐ ข้อ

โดยในส่วนที่ ๒ ได้แบ่งคำตอบระดับความคิดเห็น ออกเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

๑ หมายถึง มีความคิดเห็นน้อยที่สุด

๒ หมายถึง มีความคิดเห็นน้อย

๓ หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง

๔ หมายถึง มีความคิดเห็นมาก

๕ หมายถึง มีความคิดเห็นมากที่สุด

ส่วนที่ ๓ เป็นแบบเก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มแกนนำในชุมชน ในด้านต่าง ๆ ทั้ง ๔ ด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

๑. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมากำหนด กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษากำหนดนิยามและเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

๒. การสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้นำชุมชนต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการชี้แนะ ด้านการควบคุม และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่า ครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุง ตามคำแนะนำ

๓. แบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับหน่วยงานในอำเภอข้างเคียง จำนวน ๓๐ คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือของแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

๑. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเข้าดำรงตำแหน่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

๒. ระดับความคิดเห็นของผู้นำชุมชนต่อการบริหารงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การบริหารจัดการ โดยเน้นด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำ ด้านการควบคุม และกำกับติดตาม จำนวนผู้ร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๑๓ คน ดำเนินการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ตามกรอบการดำเนินงาน เพื่อมุ่งตามประสิทธิผลการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการ VUCA มุ่งเน้นประเด็น การให้บริการ ฉีด Vaccine COVID-19

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำเอากรอบแนวคิดรวมถึงหลักการบริหารจัดการในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงประยุกต์ใช้ผลจากงานวิจัยมีความสำคัญ โดยนำหลักการบริหารมาเป็นกรอบการดำเนินงาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ใช้การบริหารด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำ ด้านการควบคุม พบว่า สามารถดำเนินงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึง เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาก็ได้ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๔) ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ซึ่งพบว่า ประชาชนบางส่วนยังมีความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เพียงแค่ ร้อยละ ๔๗.๗ เนื่องจากมีเหตุผล คือ กลัวผลข้างเคียง (ร้อยละ ๑๖.๔) ไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนจะสามารถป้องกันได้ (ร้อยละ ๔.๙) มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น พิการ มีโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ เป็นต้น (ร้อยละ ๔.๖) สามารถป้องกันตัวเองได้ (ร้อยละ ๓.๖) และไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่เพียงพอ สำหรับการตัดสินใจ (ร้อยละ ๓.๒) จึงต้องมีการเพิ่มความน่าเชื่อถือของบุคคลแกนนำในท้องถิ่น และแกนท้องถิ่น ในการสร้างความเชื่อมั่นต่อคุณภาพชีวิตของวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ รวมถึงเพิ่มสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การนำกรอบการบริหารจัดการเพื่อดำเนินการในระดับพื้นที่ ทำให้รับทราบมุมมองจากบุคคลภายนอก เพื่อนำมาทบทวนแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการประยุกต์ใช้ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำ ด้านการควบคุม ให้เป็นไปตามกรอบที่กำหนดไว้ อีกทั้งการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นวิธีการที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการวิจัยที่นำตัวเองหรือผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่บุคคลดำเนินการอยู่ เพื่อที่จะปรับปรุงงานที่ปฏิบัติงานอยู่ให้ดียิ่งขึ้น ดำเนินการผ่านขั้นตอน การวางแผนการ ดำเนินงาน การสังเกต การสะท้อนข้อมูล และหลังจากนั้นก็ย้อนกลับไปเป็นวัฏจักร

การประสานงานในระดับเครือข่ายพื้นที่ ยังเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ โดยใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหา ในการสื่อสาร และประสานงานทั้งระดับผู้บริหารระดับอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ ประจำอำเภอ รวมถึงผู้บริหารท้องถิ่นระดับตำบล ชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ต้องการวัดประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อมุ่งตามประสิทธิผลการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการ VUCA มุ่งเน้นประเด็นการให้บริการ ฉีด Vaccine COVID-๑๙ พบว่าประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรค คือ ประชาชนบางส่วนยังมีความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 จำนวนน้อย เนื่องจากมีเหตุผล คือ กลัวผลข้างเคียง ไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนจะสามารถป้องกันได้ มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น พิการ มีโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ เป็นต้น และไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่เพียงพอ สำหรับการตัดสินใจ จึงต้องมีการเพิ่มความน่าเชื่อถือของบุคคลแกนนำในท้องถิ่น และแกนท้องถิ่น ในการสร้างความเชื่อมั่นต่อคุณภาพชีวิตของวัคซีนป้องกันโรค COVID- 19

ทางผู้วิจัยจึงได้สะท้อนข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยซึ่งเป็นแกนนำชุมชน แกนนำท้องถิ่น รับทราบข้อมูลจากการสำรวจ โดยใช้แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา โดยไม่มองชุมชนแบบแยกส่วน ต้องมองแบบภาพรวม และพัฒนาแนวคิดในการดำเนินงานที่หลากหลายตามบริบทของชุมชน

๙. ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยซึ่งเป็นแกนนำชุมชน แกนนำท้องถิ่น เป็นเหมือนผู้สะท้อนการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยและหน่วยบริการในสังกัด ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รับทราบข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเด็นการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๙.๑ ใช้การบริหารจัดการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำ ด้านการควบคุม เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในทุกขั้นตอน

๙.๒ เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชน ประชาชนในแต่ละแห่ง เข้ามาร่วมศึกษา หาข้อมูลรวมทั้งประเด็นปัญหาเชิงพัฒนา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านวัคซีนเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน

๙.๓ ค้นข้อมูลความเป็นจริง แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม หรือพอดีกับบริบทของชุมชนนั้น

๙.๔ ขับเคลื่อนชุมชน ประชาชนเข้าด้วยกัน เป็นกระบวนการในการรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน และแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน

๑๐ การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑).....สัดส่วนของผลงาน.....
- ๒).....สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓).....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายประทวน กวางทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมชาย โลกคำลือ)

สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

วันที่ ๑๖ ก.ย. ๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายจร วิญญานิช)

ตำแหน่ง.....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

วันที่ ๒๓ ก.ย. ๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

ขับเคลื่อนรูปแบบการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอด้วยมาตรฐาน DHSA (District Health System Accreditation) พื้นที่อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

๒. หลักการและเหตุผล

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นวิวัฒนาการของการจัดการร่วมกัน โดยมีเป้าหมายชัดเจน คือ คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่ดี มีการขับเคลื่อนการทำงานโดยมีความร่วมมือกันในทุกภาคส่วน ทั้งส่วนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นการทำงานที่ “เข้าใจปัญหา เข้าถึงความทุกข์ รื้อข้อจำกัด และคิดวิธีการแก้ไขที่ตรงจุด” เป็นความร่วมมือของคนในพื้นที่ ที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในระดับบุคคล ภายใต้แนวคิด “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน”

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการบูรณาการ ไม่ให้เกิดการแบ่งแยกมาตรฐานที่ผ่านมา ได้แก่ โรงพยาบาล ใช้มาตรฐาน HA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้ มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว หรือ อดีตที่ผ่านมาใช้ PCA สำหรับระดับอำเภอ ใช้การขับเคลื่อนผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ.

ดังนั้นการใช้แนวคิดตามที่สถานบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) หรือ สรพ. ได้ดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่พัฒนาขึ้นใหม่ ซึ่งยังคงระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอที่พัฒนาขึ้นใหม่ ยังคงแนวคิดและกรอบการประเมินเช่นเดียวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แต่ได้เพิ่มเนื้อหาที่สะท้อนแนวคิดการสร้างสุขภาวะที่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต, แนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ด้วย UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing and human development, and Essential care), แนวคิดการบริหารจัดการเครือข่าย ซึ่งไม่ได้ใช้อำนาจสั่งการตามสายการบังคับบัญชาเท่านั้นในการขับเคลื่อนงาน แต่ใช้การสร้างเป้าหมายร่วม การแบ่งบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมชัดเจนและการติดต่อสื่อสารเพื่อการติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ, และการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ทั้งในเรื่องขั้นตอนบริการ การไหลของสิ่งของ และการไหลของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการสร้างสังคมสุขภาวะที่มีการดูแลเอื้ออาทรกัน ในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอไม่เพียงแต่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังรวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน ทุกกลุ่มองค์กร ทั้งนี้อำเภอไหนที่จะประเมินด้วย DHSA โรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอต้องผ่านการประเมิน HA ซึ่งเป็นคุณสมบัติเบื้องต้นด้วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การขับเคลื่อนด้วยมาตรฐานการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอด้วยมาตรฐาน DHSA (District Health System Accreditation) เน้นบูรณาการ ผ่านมาตรฐานที่เชื่อมโยงกับ HA โดยยกตัวอย่างตามเกณฑ์ DHSA ดังนี้

- I-๑ หมวด การนำ, เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่เครือข่ายระดับอำเภอ ไม่เพียงแต่การมีคำสั่งแต่งตั้งเกี่ยวกับ พขอ. หรือ นโยบายอื่นๆ เช่น ประชารัฐ ไทยนิยม เป็นต้น แต่การมีนายอำเภอนั่งหัวโต๊ะทำให้การดำเนินงานผ่านการสั่งการเป็นไปอย่างรวดเร็ว เป็นจุดคานงัดที่สำคัญ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็ง และต่อเนื่องของทีมนำเครือข่ายระดับอำเภอ (ไม่เน้นเพียงโครงสร้าง แต่ Function ต้องเข้มแข็ง)
- I-๒ หมวด แผนกลยุทธ์, บูรณาการยุทธศาสตร์ที่มองภาพรวมทั้ง Hospital-based และ Community-based ในระดับอำเภอ โดยสำหรับโรงพยาบาลภายใต้ยุทธศาสตร์ร่มใหญ่ จะมีแผนปฏิบัติการสำหรับโรงพยาบาลที่ชัดเจน (แผนเดียวกัน แต่ Action Plan ต่างกัน) ทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกันกับพื้นที่เครือข่ายชุมชน
- I-๓ หมวด การมุ่งเน้นประชาชนและผู้รับผลงาน, ควรมีการวิเคราะห์กลุ่มประชากร และกระบวนการเรียนรู้ความต้องการของประชาชนในแต่ละกลุ่ม เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงระบบสุขภาพ มีการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบในการกำกับติดตามที่ชัดเจนในแต่ละประเด็นสำคัญ มีการกำหนด Clinical Population ที่เชื่อมกับชุมชน
- I-๔ หมวด การจัดการความรู้ วัด วิเคราะห์, มีข้อมูลสุขภาพในระดับอำเภอจำนวนมาก เช่น ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม DHC Thai Refer ฯลฯ แต่ขาดการนำมาวิเคราะห์เป็นสารสนเทศที่ใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจในภาพระดับอำเภอ, มีการใช้ KM นำบทเรียนสิ่งดีหรือภูมิปัญญาในพื้นที่มาเรียนรู้ เพื่อขับเคลื่อนเชิงระบบ
- I-๕ หมวด กำลังคน, ภาพรวมต้องมองภาพเครือข่ายด้วย ดึงข้อมูล คปสอ. ทำให้เป็นหนึ่งเดียวกัน เรียนรู้กับเครือข่าย ทำให้เกิดความสัมพันธ์ทั้งด้านการทำงานและการอยู่ร่วมกัน
- I-๖ หมวด การจัดการกระบวนการ, มุ่งเน้นการใช้แนวคิด ๓P ในเครือข่าย และ ๓P ในโรงพยาบาล
- II-๑.๑ ศูนย์คุณภาพ เข้าไปดูคุณภาพในงานเวชกรรมสังคม และเวชศาสตร์ครอบครัว เคลื่อนคุณภาพเข้าสู่เครือข่าย
- II-๑.๒ ระบบบริหารความเสี่ยง ความเสี่ยงเคลื่อนภาพระดับอำเภอ คั้นข้อมูลให้กับ พขอ. เรามีปัญหาอะไร เราต้องการความสนับสนุนอะไร จะทำให้ functional ดีขึ้น
- II-๒.๑ การบริหารอัตรากำลังทางโรงพยาบาล การวางอัตรากำลังจะถูกเปลี่ยนใหม่ ต้องทำงานร่วมกับเวชปฏิบัติ ครอบครัว หลายแห่งส่งน้องไปชุมชน ระยะสั้นเพิ่มงานแต่ระยะยาวไม่ใช่ เพราะสิ่งที่ได้เพิ่มคือ เปลี่ยนวิธีคิด แล้วจิตวิญญาณจะกลับมา NSO mindset จะเปลี่ยนไป
- II-๒.๒ องค์กรแพทย์ (MSO) จะวางบทบาทแพทย์อย่างไร บทบาทแพทย์ต่อชุมชนอย่างไร หน้าที่รับผิดชอบอะไร เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรแพทย์อีกรอบหนึ่ง จะรู้ว่ามีหน้าที่อะไร ไม่ใช่เพียงทำงานใน OPD แต่ต้องมีการปรับกระบวนการทำงานของแพทย์ที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในชุมชน
- II-๓ ด้านเกี่ยวกับ IC เครื่องมือ ทีมเครื่องมือต้องดูภาพรวมไปถึงชุมชน
- II-๓.๓ อย่างน้อยการนำแนวคิด ๕ส. บูรณาการใช้ในระดับอำเภอ
- II-๔ IC เป็นระบบ the must ที่ต้องลงเชื่อมโยงทั้งบ้านและ รพ.สต.
- II-๖ ระบบยา ภาพรวมเครือข่ายเป็นอย่างไรบ้าง พอเราเอาคนไข้ไปตรวจข้างนอก แต่คลัสยา ไม่ได้มาตรฐาน Stability ไม่ค่อยได้ เกสซ์และ PTC ต้องไปช่วยดูอย่างใกล้ชิด
- II-๘ โรคและภัยสุขภาพ การจัดการสะท้อนความเข้มแข็งของแต่ละตำบลและแต่ละพื้นที่ หมวด การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, เน้นการใช้กระบวนการทางระบาดวิทยาวิเคราะห์ คาดการณ์แนวโน้ม คั้นข้อมูล เพื่อร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานในพื้นที่ตามบริบท โดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับเครือข่าย
- II-๙ การทำงานร่วมกับชุมชนในภาพรวมเครือข่าย รพช. คือพี่เลี้ยงของเครือข่าย ทำให้คนทำงานร่วมกันมากขึ้น

- PCT มองภาพ Clinical Population ที่เชื่อมกับชุมชน เคลื่อนเข้าสู่ชุมชน ต้องเก็บผลพวงผลลัพธ์
- III-๖ การดูแลต่อเนื่อง เน้นการเชื่อมโยงในจุดรอยต่อ ของ ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑) D/C Plan (๒) ระบบ Refer และ (๓) HHC

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

พขอ. เป็นอีกก้าวหนึ่งของการแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีความเข้มแข็ง ให้มาบูรณาการความร่วมมือกัน ในการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ของประชาชนในพื้นที่ และการสร้างความเข้าใจให้กับทุกคนเป็นสิ่งสำคัญ ในการสร้างความร่วมมือดังกล่าว แต่การนำการประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอ ด้วย DHSA เป็นกระบวนการที่สร้างรอยยิ้ม สร้างความสุข สร้างความภาคภูมิใจ ให้คนที่ทำงานทุ่มเทให้กับประชาชนซึ่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลไก ที่ใช้คนทำงานเดิม ใช้ต้นทุนเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่ แต่มีวิธีการจัดการแบบใหม่โดยใช้ระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีในการดำเนินงานที่ทำให้เกิดความยั่งยืน

การทำงานภายใต้ พขอ. ไม่ได้เกิดจากความคิดของคนส่วนกลาง แต่คนคิด คือนักวิชาการจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ที่คิดปฏิรูปประเทศ อยากเห็นการเปลี่ยนแปลง “เรื่องชีวิต ไม่ใช่เรื่องหยูกยา ใช้ หมอ แต่เป็นการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่” เป็นการดูแลสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ของประชาชนที่เกิดประโยชน์ และเป็นการบังคับใช้กฎหมายที่ทำให้มีการทำงานแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึง พขอ. เป็นวิวัฒนาการของการจัดการร่วมกัน โดยมีเป้าหมายชัดเจน คือ คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่ดี มีการขับเคลื่อนการทำงานโดยมีความร่วมมือกันในทุกภาคส่วน ทั้งส่วนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นการทำงานที่ “เข้าใจปัญหา เข้าถึงความทุกข์ รู้ข้อจำกัด และคิดวิธีการแก้ไขที่ตรงจุด” เป็นความร่วมมือของคนในพื้นที่

องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการบริหารจัดการ

(๑) ประชาชน (People) มีเป้าหมายร่วมสร้างสุขภาวะให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบภาพรวมระดับอำเภอเป็นศูนย์กลาง เสริมพลังการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของประชาชน มีการนำข้อมูลสุขภาวะและข้อมูลจากภาคีที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ คัดการณ์แนวโน้มประชากรในอนาคตของพื้นที่ คั้นข้อมูลสะท้อนปัญหาพื้นที่ สร้างเวทีการมีส่วนร่วมของประชาชน ค้นหา Health Needs นำมาสู่การร่วมจัดลำดับความสำคัญและสร้างความตระหนักร่วมกัน

(๒) ภาคีเครือข่าย (Network) การนำร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีเป้าหมายและอุดมคติร่วมกันในการสร้างสุขภาวะที่มองภาพรวมระดับอำเภอ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนเชิงประเด็นทั้งภายในอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภายนอกอำเภอ ทั้งหน่วยงานราชการ ภาคเอกชน ปราชญ์ชุมชน นักวิชาการ เป็นต้น การพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายใหม่ๆ และเสริมพลังให้เกิดความเข้มแข็ง มีการจัดการความสัมพันธ์ บทบาท กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการร่วม บริหารทรัพยากรร่วมกัน ที่มีการกำหนดเป้าหมาย การรับรู้ความสำเร็จ และการกำกับติดตามต่อเนื่อง

(๓) ระบบสนับสนุน (Supportive System) นอกจากระบบสนับสนุนระบบบริการที่สำคัญ เช่น ระบบ IC, ENV, IM, Medication, RM, HR เป็นต้น ที่เชื่อมโยงไปถึงระดับพื้นที่ชุมชนแล้ว ยังรวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือต่างๆทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การ

สนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือและทรัพยากร

DHSA (District Health System Accreditation) จึงเป็นกลยุทธ์ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ สร้างคุณค่าให้กับพื้นที่ คนทำงานและประชาชน

คุณค่าที่ได้รับจากการประเมินเครือข่ายเพื่อรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHSA

๑. Effective Network Management ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
๒. Integrated People-centered Health Care สุขภาพองค์รวม ที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง
๓. Health Promotion & Prevention ลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ มุ่งเน้นมิติส่งเสริมป้องกัน
๔. Seamless Healthcare System ระบบการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อ
๕. Strengthening Supportive Systems ระบบสนับสนุนสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย
๖. Empowerment เสริมพลังคนทำงานและประชาชนในพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอร้องกวาง ได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยมีการขับเคลื่อนการทำงานโดยมีความร่วมมือกันในทุกภาคส่วน ทั้งส่วนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นการทำงานที่ “เข้าใจปัญหา เข้าถึงความทุกข์ รู้ข้อจำกัด และคิดวิธีการแก้ไขที่ตรงจุด” เป็นความร่วมมือของคนในพื้นที่ ที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้ในระดับบุคคล ภายใต้แนวคิด “คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน” ๙ ๒

(ลงชื่อ).....

(นายประทวน กวางทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ ก.ค.๖๗ ๖๕๕๕

๓. วางแผนด้านวิชาการ ได้แก่ แผนพัฒนาบุคลากร แผนการปฐมนิเทศ และแผนการอบรม ส่งเจ้าหน้าที่ให้ได้รับการฝึกอบรมทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน เพื่อเพิ่มพูน ความรู้ ทักษะ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน
๔ วางแผน จัดหา เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้

ด้านการประสานงาน

๑. ประสานงานระหว่าง แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การปฏิบัติงานการพยาบาลในบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพสูงสุด

๒. ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายนอกและภายใน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ในการทำงาน ที่มีประสิทธิภาพ และได้ผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ด้านบริการ

๑. ให้บริการ ดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๒ ให้บริการให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการเกี่ยวกับการพยาบาลการรักษาสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองได้

๓. นิเทศการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัย

๔. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ รวมไปถึงการจัดเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ในการ ให้บริการผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง/การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัย ปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ในการควบคุม การปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ได้ทำการวิเคราะห์ วิจัยเพื่อพัฒนาระบบงาน ซึ่ง งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ เป็นผลงานที่ผู้วิจัย ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ดังนี้

๓.๑ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องมีการประเมินสภาวะผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย เพราะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้อย่างเหมาะสม และทันท่วงที

๓.๒ การนำแบบบันทึกสัญญาณเตือน เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติ จากอาการ /อาการแสดง ของผู้ป่วย เพื่อเตือนหลังบอกให้รู้ถึงความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และยังช่วยในการตัดสินใจ ในการจัดกิจกรรมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เหมาะสม มีดังนี้

สัญญาณเตือน ประกอบไปด้วย

- ความดันโลหิต
- อัตราการเต้นของหัวใจ
- อัตราการหายใจ
- อุณหภูมิร่างกาย
- ระดับความรู้สึกตัว
- ปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจน
- ปริมาณปัสสาวะ

โดยคะแนนตั้งแต่ ๕ ขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง



๔. สรุปสาระสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวนมากกว่า ๑ ล้านคนในแต่ละปี และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ ๒๐.๓ พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ ๕.๒ ของค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาล ไม่เพียงแต่การมีค่ารักษาที่สูงเท่านั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังมีอัตราการตายสูงด้วย (Hospital Engagement Network HEN, ๒๐๑๖) รวมทั้งในประเทศไทยซึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ ๗๕ - ๑๕๐ คน ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร หรือมากกว่า ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ คนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๖๒ - ๗๓.๙ (กนก พิพัฒน์เวช, ๒๕๕๑) ในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย ร้อยละ ๓๔.๘๑, ๓๔.๙๗ และ ๓๒.๘๒ เขตบริการสุขภาพที่ ๑ ร้อยละ ๒๑.๙๖, ๒๑.๓๗ และ ๒๑.๔๔ และจังหวัดแพร่ ร้อยละ ๔๒.๔๕, ๓๙.๕๘ และ ๓๘.๔๓ ตามลำดับ (งานพัฒนาศรสนเทศ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒๕๖๓)

สัญญาณเตือนของผู้ป่วยเป็นอาการ/อาการแสดงหนึ่งที่พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญ ในการประเมิน เฝ้าระวัง หรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสัญญาณเตือนเป็นการบอกให้ทราบล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดงที่รุนแรงกว่าที่เป็นอยู่ สัญญาณเตือนมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มขึ้นมีผู้ให้ความหมายของสัญญาณเตือนหรืออาการเตือนไว้ดังนี้ ทวีพงศ์อนุสรณ์สุวรรณ (๒๕๕๕) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือนหรืออาการเตือน หมายถึง อาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่จำเป็นต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมเพื่อยุติอันตราย ประสาน และคณะ (๒๕๕๕) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือน หมายถึง อาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต อยู่ในขั้นตอนของการเฝ้าระวังและการรับรู้อาการที่เป็นอันตราย บราวน์ (Brown, ๒๐๑๐) ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือน หมายถึงอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบด้วยความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนในเลือดดำส่วนปลาย ปริมาณปัสสาวะ และการรับรู้ต่อความเจ็บปวด

แบบบันทึกสัญญาณเตือน เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติจากอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการเตือนหรือบอกให้รู้ถึงความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ช่วยในการตัดสินใจ ในการจัดกิจกรรมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมที่มีการใช้มีดังนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Subbe, Kuger, and Germel, ๒๐๐๑) มีการให้คะแนน อาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เรียกว่า Modified Early Warning Score (MEWS) ซึ่งในแบบบันทึกสัญญาณเตือนประกอบด้วย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และระดับความรู้สึกตัว โดยที่คะแนนตั้งแต่ ๕ ขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง (อ้างถึงใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ๒๕๕๕) ในประเทศอังกฤษสถานบริการสุขภาพ (Leeds Teaching Hospitals Trust:LTHT) นำ Modified Early Warning Score มาปรับใช้โดยในแบบบันทึกสัญญาณเตือนได้เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ปริมาณปัสสาวะ และคะแนนของความเจ็บปวด แต่ตัดอุณหภูมิร่างกายออก (Brown, ๒๐๑๐)

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓๘ ราย เสียชีวิต ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๗ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๑๗๓ ราย เสียชีวิต ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๙๔ และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑๒๙ ราย เสียชีวิต ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๖๕ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลสูงเม่น ,/๒๕๖๓) และมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและส่งเข้าปอนที่ตึกผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๗๘ ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่ ภายใน ๒ ชั่วโมง จำนวน ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๕๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๘๕ ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่ภายใน ๒ ชั่วโมง จำนวน ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐ และปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๖๘ ราย ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแพร่

ภายใน ๒ ชั่วโมง จำนวน ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๙ (ข้อมูลเวชระเบียนงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ,๒๕๖๓) ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้มีการนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้แต่เนื้อหาส่วนใหญ่ มุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาที่เหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทของแพทย์ ยังขาดในส่วนซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ ได้แก่ แนวทางในการประเมิน การสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการพยาบาลหรือจัดกิจกรรมต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแสดงเพื่อให้การช่วยเหลืออย่าง เร่งด่วนและเหมาะสม ซึ่งแบบแผนในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบันยังขาดความ ชัดเจน ไม่มีความเหมาะสม และไม่แสดงให้เห็นถึงความเร่งด่วนของกิจกรรมที่พยาบาลต้องให้การดูแลและถูกกำหนดให้ใช้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ดำเนินการวิจัยแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดย ประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลการวิจัย (Research utilization) ของ Iowa Model (Titler ,et Al ,๒๐๐๑) ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล

- ๑) ประชุมทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมได้ลงความเห็น ร่วมกัน โดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย (high variation) มีจำนวนมาก (high volume) มีความเสี่ยงสูง (high risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดเป็นหัวข้อในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Practice Guideline : CPG for sepsis)
- ๒) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยและการศึกษาจากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (โดยใช้ฐานข้อมูล TDC)Internet web site เช่น www.google.com, สืบค้นจากวารสารและเอกสารทางการแพทย์และการพยาบาลทั้ง ภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ
- ๓) วิเคราะห์งานวิจัย นำงานวิจัยและเอกสารวิชาการ มาศึกษา วิเคราะห์อย่างละเอียด ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพ งานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและของโรงพยาบาล

๔) สังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลจากผลการวิเคราะห์งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ในการเฝ้าระวังอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน

๕) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๖) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลสูงเม่น

ขั้นตอนที่ ๒ การนำแนวทางไปใช้จริงในคลินิก

๑) ประชุมให้ความรู้ และทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการสอบถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่แน่ใจในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันโดยกำหนดระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา ๓ เดือน

๒) ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำและการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง หรือเมื่อผู้ปฏิบัติพบข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ ๓ การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล

ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น ๒ ด้าน ดังนี้

- ๑) ด้านกระบวนการของแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล
- ๒) ด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เป้าหมายของงาน

- ๑) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น
- ๒) เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้
- ๓) เพื่อประเมินความเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ๓๐ คน เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๐.๐๐ และเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๐ อายุเฉลี่ย ๖๕.๙๗ ปี (SD = ๙.๗๔) มีอายุ ๖๑ ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ ๖๓.๓๓ อายุเฉลี่ย ๖๕.๙๗ ปี (SD = ๙.๗๔) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือกร้อยละ ๘๓.๓๓ ระบบที่พบว่ามีอาการติดเชื้อจำนวนมาก

ที่สุด คือ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๘๐.๐๐ ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวมากกว่า ๑ โรค ร้อยละ ๕๐.๐๐ ส่วนใหญ่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ ร้อยละ ๖๐.๐๐ ไม่พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในละ มีความสะดวกในการใช้งาน มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมีความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แบบบันทึก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๖๖.๖๗ แบบบันทึกสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๘๓.๓๓

๖. การนำไปใช้/ผลกระทบ

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และสร้างความพึงพอใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น ควรมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ทีมผู้ปฏิบัติ ไม่แนบแบบบันทึก ในการประเมิน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

ทีมผู้ปฏิบัติไม่ได้ใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน ,สถานการณ์โรค Covid -๑๙ นัดประชุมทีมล่าบาก

๙. ข้อเสนอแนะ

- การพัฒนาแบบบันทึกสัญญาณเตือนโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการคำนวณค่าความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วขึ้น

- ระบบการให้คะแนนสัญญาณเตือนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต มาใช้เป็นเครื่องมือในการคาดการณ์ พบว่ามีความแม่นยำ ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ควรนำไปใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีความต่อเนื่อง ในการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล

๑. ควรนำแบบบันทึกสัญญาณเตือนมาใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

๒. มีการติดตามกำกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ปีที่๑ ฉบับที่๑ กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๔ หน้า ๓๒-๔๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) ไม่มี สัตว์ส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สุรีย์รัตน์ สุคนธมาลา

(นางสาวสุรีย์รัตน์ สุคนธมาลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 14 / กันยายน ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) [ลายมือชื่อ]

(นายแสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น

(วันที่) 14 / กันยายน ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายมือชื่อ]

([ลายมือชื่อ])

(ตำแหน่ง)

(วันที่) (นายขจร วินัยพานิช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

๒๓ ก.ย. ๒๕๖๕

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑ เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

หลักการและเหตุผล

เบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมในร่างกายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดเนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง (American Diabetic Association ,๒๐๐๔) ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติของการทำงานต่ออวัยวะต่างๆของร่างกายได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจและหลอดเลือด (ยุพิน เบญจสุรัตน์วงศ์,๒๕๕๐) อาการของโรคเบาหวานคือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด กินจุ เป็นต้น เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีทั้งชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง พบได้ในอวัยวะทุกส่วนของร่างกายโดยการเปลี่ยนแปลงชนิดนี้จะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ได้แก่การเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดที่ตา ไตระบบประสาท หัวใจ และเท้า ความผิดปกติที่ตาคือสายตาวูบว้าจากการเป็นต้อกระจก ความผิดปกติของหัวใจคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและหยุดเต้นกะทันหัน (ฉวีวรรณ ทองสาร,๒๕๕๐)ความผิดปกติที่ไตคือมีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ส่วนระบบประสาทนั้นพบว่ามีอาการชาและเกิดอัมพาต ความผิดปกติที่เท้าเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงที่น้อยลงอาจเกิดเนื้อตายหรือเกิดแผลมีการติดเชื้อทำให้แผลลุกลามจนต้องตัดขาทิ้ง ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเหล่านี้ได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงนำไปสู่ปัญหาทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาครอบครัวและผู้ดูแลต้องขาดรายได้จากการทำงานเพราะต้องมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลต่องบประมาณของประเทศที่นำมาใช้ในการดูแลรักษา พื้นฟูสภาพ และถ้าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่รพ.สูงเม่นตั้งแต่ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีจำนวน ๔,๓๒๔ ๔ ม๓๖๕ และ๔๓๖๓ ตามลำดับและเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน ๒,๑๔๖ ๒,๑๓๙ และ ๒,๒๔๖ คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๖ ๔๙ และ ๕๐.๓ ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่มาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ๒๗ ๒๕ และ๒๒ราย ส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงพบ ๑๒๗ ๑๔๘ และ ๑๔๔ รายตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำตาลในเลือดต่ำมีด้วยกันหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นอายุเพศ ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่เป็น ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องรวมถึงการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของโรคกำเริบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุมโรคของตนเองและบุคคลในครอบครัว บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการจัดการดูแลสุขภาพเชิงรุกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขรวมถึงผู้นำชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง โดยจัดทำคู่มือ สื่อการสอนเพื่อสร้างความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

๒ บทวิเคราะห์ /แนวความคิด /ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
บทวิเคราะห์

ตามทฤษฎี เกี่ยวกับอวกาศของชีวิต (Life space) ซึ่งได้เกิดขึ้นโดยนักจิตวิทยา เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งมีสมมุติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นบุคคลจะต้องมีความกลัวต่อโรค รู้สึกว่าโรคคุกคาม และต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ,สรวง สุวรรณ ๒๕๓๖) โรเซน สต็อก ได้สรุปองค์ประกอบสมมุติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคล แรงจูงใจ ความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือลดความรุนแรงของโรค

เบคเกอร์ (Becker ๑๙๗๔) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกัน โดยเน้นปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- ๑ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความเชื่อของบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ
- ๒ การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- ๓ การรับรู้ ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค
- ๔ การรับรู้ต่ออุปสรรค
- ๕ สิ่งชักนำที่ให้เกิดการปฏิบัติ
- ๖ ปัจจัยร่วม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน
- ๗ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิด ค่านิยมทางด้านสุขภาพ

แนวคิด

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (American Dabetes Association ๒๐๑๔) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker , Rosenstock,๑๙๗๔,cited in Tunsakul ,๒๐๐๕) กำหนดกรอบแนวคิดเป็นเกณฑ์กำหนดในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและเปรียบเทียบการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ลักษณะประชากร

เพศ อายุ

อาชีพ รายได้

ภาวะสุขภาพ

การมีโรคร่วม

ดัชนีมวลกาย

ระยะเวลาในการเป็นโรค

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

-การบริโภค

-การรักษาสมดุลงานด้านอารมณ์

-การออกกำลังกาย

-การดูแลสุขภาพร่างกาย

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

-การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

-การรับรู้ถึงภาวะรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

-ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

-ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ควบคุมอาหารที่รับประทานอย่างเคร่งครัด โดยมีหลักง่ายๆ ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่ และรับประทานให้ได้วันละ ๓ มื้อ รับประทานตรงเวลา ไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง รับประทานในปริมาณที่ใกล้เคียงกันทุกมื้อทุกวัน ไม่กินจุบจิบ ไม่เป็นเวลา ในแต่ละมื้อ ควรรับประทานอาหารที่มีทั้งแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน และผักผลไม้ หลีกเลี่ยงการกินน้ำตาล น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ขนมหวาน ผลไม้เชื่อมแช่อิ่ม ผลไม้ที่มีรสหวาน ส่วนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ไขมัน สัตว์ เนย มันหมู เนื้อมันหมู เนื้อมันหมู เครื่องในสัตว์

หอยนางรม ไข่แดง ครีม กะทิ อาหารทอดควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือถ้าน้ำหนักเกิน ควรลดน้ำหนักตัวลง ๕% ของน้ำหนักเดิม ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาต้องเหล้า หรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้เหลือน้อยที่สุด เพราะแอลกอฮอล์อาจมีผลต่อยาที่ใช้ควบคุมเบาหวานและโรคต่างๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ให้ได้สัปดาห์ละ ๓-๕ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที ห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละ ๑ ครั้ง และวัคซีนป้องกันปอดอักเสบในผู้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป

ควบคุมความดันโลหิต ไม่ให้สูงเกิน ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท และหากเป็นความดันโลหิตสูงแล้ว ต้องรับประทานยาลดความดันตามแพทย์สั่งห้ามหยุดใช้ยาเอง ควบคุมระดับไขมันในเลือด ให้ระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ต่ำกว่า ๑๐๐ มก./ดล. และควรใช้ยาลดไขมันทุกราย ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป

เรียนรู้การปฏิบัติตัวในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น การเดินทาง การไปงานเลี้ยงเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น และจำเป็นต้องตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ เพื่อตรวจติดตามน้ำตาลในเลือด ใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรปรับหรือลดขนาดยาเองตามความรู้สึก ห้ามซื้อยาชุดมารับประทานเอง การใช้สมุนไพรควรพิจารณาร่วมกันกับแพทย์ผู้รักษา

การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๑. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
๒. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการ และค้นหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
๓. ปรับอาหาร และการออกกำลังกายหรือการใช้ร่างกายให้พอเหมาะ ไม่อดอาหาร หรือ กินอาหารเลยมื้ออาหาร ไม่ใช่ร่างกายหักโหมหรือหนักกว่าที่เคยทำ
๔. หากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ก่อนดื่ม น้ำหวาน
๕. หากระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ประเมินความสามารถ ในการรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย - ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ให้ดื่มนมรสหวาน ๑กล่อง หรือ น้ำหวานเข้มข้น ๒ ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ ½ แก้ว ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วอีกครั้งหลังดื่มน้ำหวาน

นาน ๑๕ นาที ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ดื่มน้ำหวานอีก ½ แก้ว ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้นำส่งโรงพยาบาล - ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว โทรศัพท์เรียก ๑๖๖๙ นำส่งโรงพยาบาล ๖. แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนอาหาร หลังอาหาร และก่อนนอน เป็นเวลา ๓ วัน เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๑. แนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และ ไขมันในสัดส่วนที่พอเหมาะ รับประทานอาหารเป็นเวลา และงดดื่มน้ำหวาน

๒. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหาร และปริมาณสารอาหาร

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยก และกางแขน ออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ ๓๐-๕๐ นาที สัปดาห์ละ ๓-๕ วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น ๒-๓ ครั้ง

๔. การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๕. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง วันละ ๗ ครั้ง คือ ก่อนและหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน

๖. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิพจรเต้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์

๗. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และการตรวจตา ฟัน เท้า

การเจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ที่จะต้องคิดหารูปแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา รูปแบบการบริการ โดยเฉพาะการบริการที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังจากสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ระดับตติยภูมิทุติยภูมิและปฐมภูมิจนกลับไปอยู่ที่บ้าน ระบบการให้บริการเป็นเชิงตั้งรับ เพื่อการดูแลรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพเป็นครั้งคราว ขาดความต่อเนื่อง และขาดการมีส่วนร่วมดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังที่มุ่งเน้นให้ เกิดสัมฤทธิ์ผล จ เป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพแนวใหม่ ด้วยการ กำหนดนโยบาย ออกแบบ การจัดการระบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง เป็น ศูนย์กลาง การดูแลประสานเชื่อมโยงและส่งเสริมสนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย ในการป้องกันรักษาและควบคุมโรค พร้อมผลักดันรูปแบบดังกล่าวขยายผลลงสู่การปฏิบัติ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

การจัดบริการตามขอบเขตสมรรถนะของสถานบริการ โดยแบ่งเป็นระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติย ภูมิ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายบริการเชื่อมโยงการดูแล สามารถบริการเบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายของสถานบริการ ดังนี้

๑) การดูแลระดับปฐมภูมิ(Primary Care) มีเป้าหมายเน้นการสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันไม่ให้เกิดโรคลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและ บริการเน้นให้ความรู้ความเข้าใจสร้างความตระหนักและเน้นการปฏิบัติเพื่อละเว้นปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม แนวทางการใช้ชีวิต ฯลฯ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติตัวตามแผนการจำหน่าย การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรค การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อควบคุมภาวะโรคให้คงที่ได้ นานที่สุด

๒) การดูแลระดับทุติยภูมิ(Secondary Care) เป็นการบริการในสถานบริการระดับโรงพยาบาล การเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายทางคลินิกที่มีการจัดการและ สนับสนุนการทำงานของระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ การดูแลผู้ป่วยระยะเป็นโรคมี อาการ และระยะมีอาการรุนแรง การดูแลเน้นการปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยทำให้ ภาวะโรคดำเนินไปสู่ระยะรุนแรงซ้ำ ลง หรือควบคุมโรคให้อยู่ในระยะเริ่มต้นนานที่สุด ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องหาวิธีควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะรุนแรงซ้ำอีก หรืออาจต้อง มีพยาบาลและทีมสหวิชาชีพออกแบบบริการให้เหมาะสมกับสภาวะการดำเนินของโรค เพื่อควบคุมภาวะโรค ให้การดำเนินของโรคคงที่ ความรุนแรงของโรคลดลง และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการส่งเสริมการสร้าง ความสามารถในการดูแลรักษา ตนเอง (Self management support) ของผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแล รักษาผู้ป่วยเมื่อมีอาการ

๓)การดูแลระดับตติยภูมิ(Tertiary Care) เป็นการบริการของโรงพยาบาล เฉพาะทาง มีความเชี่ยวชาญในการดูแล รักษา มีเป้าหมายเน้นการรักษาผู้ป่วยที่มีโรค แทรกซ้อน/ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ประคับประคองเพื่อลดอันตรายและความ พิกการ การดูแลเพื่อควบคุมสภาวะความเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมในชีวิต ประจำ วันให้เป็นไปตามปกติ ปรับวิถีชีวิตให้เข้ากับสภาวะถดถอย จัดอุปกรณ์การ แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑เครือข่ายสุขภาพอำเภอสูงเม่นมีแนวทางในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน๔.๒ผู้ป่วย เบาหวานและครอบครัวมีความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ มักมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล มีความต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
๒. ผู้ป่วยบางรายขาดคนดูแลในครอบครัวมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพขาดการติดตามดูแลจากผู้ให้บริการสุขภาพ ขาดนัด มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่าย
๓. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยกลางคน วัยสูงอายุ หรือบางคนมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการดูแล เมื่อดูแลยาวนาน มักเกิดความเหนื่อยล้าทำให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง
๔. เครือข่ายดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง
๕. แนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่ชัดเจน

แนวทางแก้ไข

๑. สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. อาสาสมัคร ผู้ดูแลด้านสุขภาพในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
๒. มีการวางแผนในการติดตามเยี่ยม
๓. จัดทำสื่อความรู้ แนะนำ สอนผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลรวมไปถึงแกนนำสุขภาพในชุมชน
๔. ออกแบบระบบบริการ โดยการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ
๕. หาแนวทางการจกบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนรวมทั้งจัดการรายกรณี และรูปแบบการส่งเสริมการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย
๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องร้อยละ ๗๐
๒. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ลดลงจากเดิม ร้อยละ ๑๐

ลงชื่อ ศิริวิไล รังมวง

(นางศิริวิไล รังมวง)

(ตำแหน่ง) นางสาวกัญจน์ทิพย์การ

วันที่ 14 / กันยายน / 2565

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน (The Effect of Motivational Enhancement Therapy on Quality of Life for relapse prevention Among Persons with Amphetamine Dependence)

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนกันยายน ๒๕๖๕

๒.๑ ศึกษาข้อมูลจาก ตำรา งานวิจัย และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม

๒.๒ ออกแบบและเขียนโครงร่างวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม - เดือนกุมภาพันธ์

๒.๓ เสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม

๒.๔ ทดลอง/ศึกษาผลของโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม - เดือนกันยายน

๒.๕ ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน - เดือนกันยายน

๒.๖ สรุปผลและเผยแพร่งานวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกันยายน - เดือนตุลาคม

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้างานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างาน และได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกโดยวิธี กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) ประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการกลุ่มปัญญาสังคม ซึ่งใช้ในการติดตามผู้ผ่านการบำบัด ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพเทคนิคการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านยาเสพติดหลักสูตรบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในการบำบัดยาเสพติด (Case Management) อบรมเวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับพยาบาล และอบรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งในด้านการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด ทั้งยาบ้า ยาไอซ์ สุรา บุหรี่ ในทุกๆ ระบบของการบำบัด ได้แก่ การบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ (Modified Matrix Program) ในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดแพร่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) คลินิกลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา รวมถึงงานอื่นๆ เช่น ร่วมกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาที่ยาก รวมถึง ร่วมจัดบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวมเบ็ดเสร็จแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในชุมชน โดยผสมผสานศาสตร์ต่างๆ เช่น เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ ภูมิศาสตร์และคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพ สวัสดิการของชุมชน พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการสาธารณสุข (รพ.สต.) เพื่อประกันคุณภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงวิชาชีพ เพื่อบริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่ม ตลอดจนจนถึงศึกษาวิจัยและพัฒนาคุณภาพ งานสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาล รวมถึงการประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายในพื้นที่และนอกพื้นที่ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน จัดเป็นปัญหาด้านความมั่นคงของประเทศ ที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยชนิดของยาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและแพร่ระบาดไปทั่วโลก คือ ยาเสพติดประเภทที่เป็นสารสังเคราะห์ซึ่งก็คือ ยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีนนั่นเอง โดยยาบ้า หรือแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในประเทศไทยมากที่สุด ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ มีการจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด ๓๓๗,๑๘๖ คดี ผู้ต้องหา ๓๕๐,๗๕๘ คน ของกลางยาบ้า ๕๕๔.๗ ล้านเม็ด ไอซ์ ๒๖,๖๒๐ กิโลกรัม คีตามีน ๑,๓๕๐ กิโลกรัม โคเคน ๔๕ กิโลกรัม เอกซ์ตาซี ๔๔๗,๒๓๑ เม็ด และกัญชา ๔๑,๕๗๓ กิโลกรัม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๔) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน ยังคงเป็นปัญหาอันดับหนึ่ง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อขจัดปัญหาเสพติดให้หมดไปอย่างยั่งยืน

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญ จากภัยคุกคามของปัญหาเสพติด โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี เพื่อเร่งรัดแก้ไข ฝักระวัง ป้องกันและปราบปราม ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, ๒๕๕๙; ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐) ปัญหาการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ผู้ติดยาเสพติด จำเป็นต้องพึ่งพาเสพติดตลอดเวลาหรือเมื่อมีการเสกเกินขนาด ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และผลกระทบตามมา เช่น การบกพร่องในการรู้คิด การหลงลืม การทำร้ายร่างกาย โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนับวันที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่การป้องกันและรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมาย

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูในประเทศไทย แบ่งระบบการบำบัดรักษาออกเป็น ๓ ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดทุกระบบ จำนวน ๒๒๙,๖๘๐ ราย ๑๙๐,๓๙๕ ราย และ ๑๖๘,๕๖๙ ราย ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๔) โดยยาเสพติดหลัก ที่ผู้ป่วยใช้ในการเสก ๓ อันดับแรก คือ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๑๐ ร้อยละ ๘.๐๗ และร้อยละ ๔.๒๐ ตามลำดับ ในจังหวัดแพร่ สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พบว่า ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดทุกระบบ จำนวน ๒,๑๘๕ ราย ๒,๕๒๑ รายและ ๑,๙๘๔ รายตามลำดับ อัตราการไม่กลับไปเสกซ้ำต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (Remission rate) คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๙๓ ราย ๙๘.๐๗ รายและ ๙๙.๐๗ ตามลำดับ ส่วนอัตราการคงอยู่ในการติดตามเมื่อครบ ๑ ปี (Retention Rate ติดตามครบ ๑ ปี) คิดเป็น ร้อยละ ๘๔.๖๗ ร้อยละ ๘๓.๑๘ และ ร้อยละ ๘๒.๑๐ ตามลำดับ โดยพบว่า มากกว่า ร้อยละ ๙๓.๕๐ ที่ผู้ติดในระบบบำบัดยาเสพติดใช้ในการเสกเป็นยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (ข้อมูลจากระบบ บสต. ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดหลักในปัจจุบัน ใช้การบำบัดในรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด หรือ Matrix Program เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น (The Matrix Intensive Outpatient Program - IOP) ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาต่อยอดมาจากรูปแบบการบำบัดรักษาจากการศึกษาวิจัย โดย Matrix Institute ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดหลายประเภทรวมถึงผู้เสกสารแอมเฟตามีนด้วย (สบ.ยช กรมการแพทย์, ๒๕๖๑) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด ๔ เดือน หรือ ๑๖ สัปดาห์ โดยยึดหลักการปรับเปลี่ยน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความคิดของผู้ป่วย ให้เข้าใจถูกต้อง โดยให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังการเสพยากระบวนกาติดยาเสพติด และขั้นตอนต่างๆ ในการเลิกยาเสพติด นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น โดยมี องค์ประกอบที่สำคัญในโปรแกรม ได้แก่ ๑) การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/Conjoint Session) ๒) กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery Skills Group) ๓) กลุ่มป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention Group) ๔) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Education Group) ๕) กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) ๖) การตรวจปัสสาวะ (Urine Test)

แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่ช่วยขับเคลื่อนหรือผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการบรรลุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ แนวคิดสำคัญของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแก้ไขความลังเลใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการ สามารถเผชิญกับสถานการณ์โดยไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมอีก ผู้รับการบำบัดจึงมีความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕; Prochaska & DiClemente, ๑๙๘๒) โดยใช้หลักการเข้าใจในตัวผู้ป่วย ชี้ให้เห็นข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติด หลีกเลี่ยงการโต้เถียงแต่ช่วยให้เผชิญความเป็นจริงที่นุ่มนวล เคลื่อนไปตามแรงดันโดยเคารพในความคิดเห็นและสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และใช้ทักษะปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ คำถามปลายเปิด การยืนยันรับรอง การฟังอย่างสะท้อนคิด และการสรุปความ (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นทางเลือกสำคัญในการช่วยผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) มิลเลอร์ (Miller, ๑๙๙๕) ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจว่า เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการทางจิตวิทยาการเสริมสร้างแรงจูงใจและเป็นรูปแบบของการบำบัดที่สามารถใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดจะใช้เวลาน้อยกว่า ๑๕ นาทีถึง ๑ ชั่วโมง เหมาะสำหรับผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดมักจะกลับไปใช้ซ้ำเพราะขาดความตั้งใจ ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา การหวนกลับไปใช้ซ้ำอีก รวมทั้งการแก้ปัญหาในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีกำลังใจในการเลิกยาได้ นอกจากนี้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังนำหลักการของการเพิ่มแรงจูงใจมาใช้ (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) มีเทคนิคที่สำคัญ ๖ ขั้นตอนตามคำย่อที่เรียกว่า เฟรม (FRAMES) ได้แก่ ๑) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการเสพยาเสพติด ๒) เน้นให้มีความรับผิดชอบ (responsibility) ต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงและมีความอิสระในการเลือกตัดสินใจ ๓) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ข้อเท็จจริงในการเลิกยา ๔) เสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (menu) เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติด โดยช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดกำหนดเป้าหมายในการเลิกยา ๕) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) โดยรับฟังสะท้อนความรู้สึกถึงความเข้าใจผู้ติดยาเสพติด ช่วยค้นหาสาเหตุว่าทำไมต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเสพยาของตนเอง และ ๖) เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

การศึกษาของ อับดุลคอลิก อรรอฮิมียะและคณะ (๒๕๖๔) ซึ่งศึกษารูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุขและสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน พบว่าสาเหตุจากการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัยพบว่า ๑) ขาดความเข้มแข็งด้านจิตใจในการต่อต้านความรู้สึกอยากไปใช้สารเสพติดซ้ำ ๒) ผู้ปกครองและครอบครัวเล็งดูในลักษณะปล่อย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปลະລະเลยไม่ใส่ใจต่อบุตรหลาน ๓) ขาดทักษะในการปฏิเสธในการชักชวนจากเพื่อนที่ยังใช้สารเสพติดอยู่ ซึ่งเกิดจากความเกรงใจเพื่อน และคิดว่าตนเองสามารถควบคุมตนเองได้ ๔) ขาดกิจกรรมหรืออาชีพหลักและอาชีพเสริม ๕) ไม่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดด้วยใจจริง ๖) ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ผ่านการบำบัดอาการติดสารเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำล้วนเกิดจากสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ปัจจัยภายในเมื่อเกิดความเบื่อหน่าย ความเหงา ความเครียด การขาดความหวังในชีวิต ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การพบเพื่อน ปัญหาในครอบครัว การสื่อสารของผู้ปกครอง สถานที่ในชุมชนที่คุ้นเคยกับการใช้สารเสพติด การไม่ได้รับการยอมรับความไว้วางใจจากผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชน

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้เสพยาเสพติดของพยาบาลชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดของสุระ สุพรหมอินทร์ (๒๕๖๓) ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๑๖.๘๘ คะแนนทั้งนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้เสพยาเสพติดของพยาบาลชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้มีกระบวนการเรียนรู้และจากการบรรยาย ได้ประยุกต์ใช้โดยได้นำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และกระบวนการ การพยาบาล มาประกอบใช้ในกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดี ได้แก่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้บำบัดและทีมวิทยากรกับผู้ป่วยยาเสพติด ได้เตรียมความพร้อม ทบทวนและทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าใจความคิดความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมให้เกิดความมั่นใจที่จะร่วมมือในการบำบัดรักษา จัดและแก้ไขความลังเลใจที่จะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดทำให้กลุ่มผู้เสพยาเสพติดตัดสินใจได้ว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการหยุดใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น (๒๕๖๒) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจภายในตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการติดตามผล ๔ สัปดาห์ และ ๑๒ สัปดาห์ พบร้อยละของผู้กลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนนั้น สามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และสามารถหยุดพฤติกรรมการเสพติด

จากการศึกษาของภชชนก รัตนกรปริดาและสุชาดา ภัยหลีกถี่ (๒๕๖๑) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ในจังหวัดสงขลา พบว่าในผู้ที่ใช้ยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุดในมิติด้านสมรรถภาพทางกาย ส่วนมิติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติด้านกิจกรรมทางสังคม และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไปเกือบทุกด้าน ยกเว้นในมิติด้านสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดหลังกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถกลับคืนสู่สังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น จึงเป็นประเด็นปัญหาที่ทำนายของทีมสุขภาพ ว่าควรมีการออกแบบกลวิธีพัฒนามาตรการ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด รวมถึงคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคล สามารถดำเนินชีวิตด้วยการพึ่งตนเองได้ เพิ่มศักยภาพให้สามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่กลับไปเป็นผู้ติดยาเสพติดอีก และให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ (WHO, ๑๙๙๗; เสาดาทหอ โสดาติสและคณะ, ๒๕๕๒) จากการศึกษาของจิรัชธร ถิ่นไพโรจน์ และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล (๒๕๖๑) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาในโปรแกรมเมทริกซ์ โดยใช้เครื่องมือขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโปรแกรมเมทริกซ์ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษาในโปรแกรมเมทริกซ์ ทั้ง ๔ ด้าน คือด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน ให้ผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมใดที่มีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งหนึ่งในวิธีการหรือรูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่กำลังเป็นที่สนใจและนิยม คือ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement theory [MET]) ที่เน้นการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing [MI]) โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) และมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบในการบำบัดรักษา มีรายงานผลการศึกษา พบว่าการบำบัดแบบ MET ให้ผลลัพธ์ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีมาตรฐานอื่นๆ เช่น Cognitive behavioral theory [CBT], Twelve steps facilitation [TSF], Brief intervention [BI] การศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดครั้งนี้ จึงเป็นประโยชน์ในการได้รูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้เข้ารับการบำบัด มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากมุ่งเน้นในการแก้ไขความลังเลใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Miller & Rollnick, ๑๙๙๕) หากได้ผลดีจะเป็นอีกทางเลือกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดทุกขั้นตอน จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาในอำเภอหนองม่วงไข้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนสถิติการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพงานยาเสพติดโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่า ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดมากที่สุดเมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ ๘๘.๑๕, ร้อยละ ๙๖.๑๐ และร้อยละ ๑๐๐ ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานด้านการบำบัดที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๗, ร้อยละ ๘๗.๓๗ และ ๗๑.๔๑ ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยเริ่มการบำบัดใหม่/ปรับแผนการบำบัด เนื่องจากกลับไปเสพซ้ำในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๐, ร้อยละ ๘.๖๒ และร้อยละ ๔.๕๕ ตามลำดับ และจากการทบทวนของการไม่กลับไปเสพซ้ำต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาครบโปรแกรม (remission rate) ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๔๙, ร้อยละ ๙๖.๔๕ และร้อยละ ๙๗.๑๗ ตามลำดับ ส่วนอัตราการคงอยู่ในการติดตามเมื่อครบ ๑ ปี (Retention Rate ติดตามครบ ๑ ปี) คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๙, ร้อยละ ๘๘.๒๙ และร้อยละ ๙๘.๑๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๕ (๑ ราย) ๙.๗๖ (๔ ราย) และ ๒๕.๔๕ (๑๔ ราย) ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ และในปี ๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีน จำนวน ๑ ราย

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด มีบทบาทในการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทั้งการให้การบำบัดรักษาทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยรับการบำบัดเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรม และสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่วนกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน

คำถามของการวิจัย

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนได้จริงหรือไม่

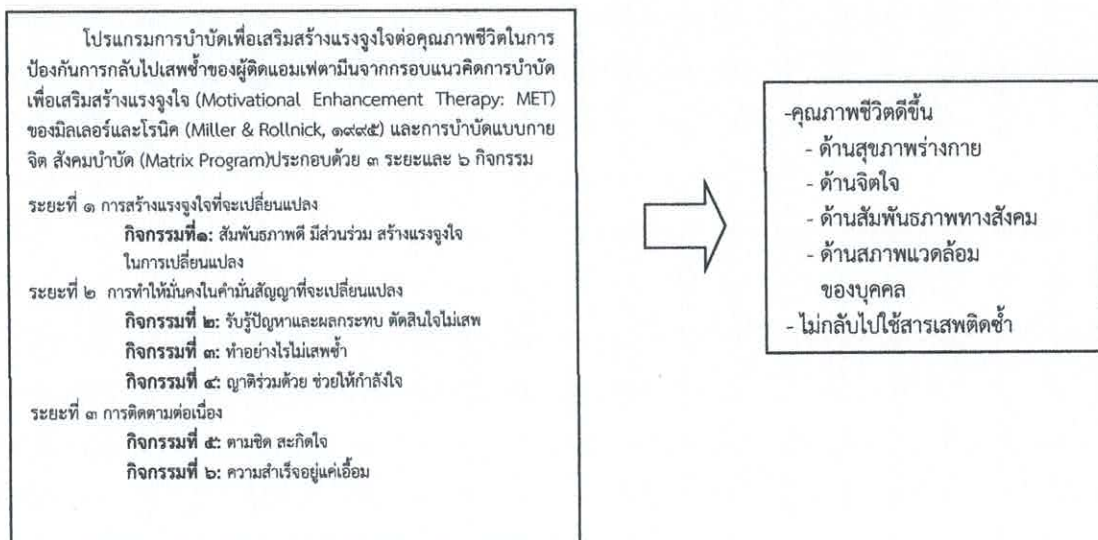
สมมติฐานการวิจัย

๑. กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้กลับไปเสพซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
๒. กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบปกติในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือน มีนาคม-

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะติดตาม ๑๒ สัปดาห์ โดยศึกษาในผู้ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๓๐ คน โดยศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม-กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความคล้ายคลึงกันด้าน เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน ใช้วิธีการจับคู่ (matched-paired) จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คนและกลุ่มควบคุม ๓๐ คน แบ่งชั้น (stratify) กลุ่มตัวอย่างด้วย เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีนโดยมีการกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รูปแบบและวิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพสารแอมเฟตามีน โดยศึกษาวิเคราะห์คุณภาพชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำ ของผู้ติดสารแอมเฟตามีนก่อนและหลังทดลอง และระยะเวลาติดตาม ๑๒ สัปดาห์ เป็นการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบปกติในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน ๒๕๖๕

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้เสติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบปกติในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ที่เข้ารับการบำบัด ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๖๕ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีความคล้ายคลึงกันด้าน เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน ใช้วิธีการจับคู่ (matched-paired) จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คนและกลุ่มควบคุม ๓๐ คน แบ่งชั้น (stratify) กลุ่มตัวอย่างด้วยเพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาในการใช้สารแอมเฟตามีน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น ๒ ตอน ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการใช้สารเสพติด

๑.๒ แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นำมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ฉบับย่อ จำนวน ๒๖ ข้อ (WHOQOL – BREF – THAI) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (๒๕๔๐) ได้แปลและปรับปรุง

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้คือ คือโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจภายในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ประกอบด้วย ๓ ระยะ ๖ กิจกรรม คือ

ระยะที่ ๑ การสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมที่ ๑ สัมพันธภาพดี มีส่วนร่วม สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ระยะที่ ๒ การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมที่ ๒ รับรู้ปัญหาและผลกระทบ ตัดสินใจไม่เสพ

กิจกรรมที่ ๓ ทำอย่างไรไม่เสพซ้ำ

กิจกรรมที่ ๔ ญาติร่วมด้วย ช่วยให้ง่าย

ระยะที่ ๓ การติดตามต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ ๕ ตามซัด สะกิดใจ

กิจกรรมที่ ๖ ความสำเร็จอยู่แค่เอื้อม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

- เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต มีการนำมาใช้โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วและผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขใดๆ จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

- โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงนำไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ จำนวน ๑ ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาสุขาภพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน ๒ ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านแล้ว ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓ คน ดำเนินการทดลองจนครบทั้ง ๓ ระยะ ๖ กิจกรรม เพื่อดูความเข้าใจ ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา ก่อนนำไปทดลองจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square test หรือ Fisher's exact test หรือ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะของข้อมูล

๒. คะแนนคุณภาพชีวิต ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๓. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดแบบปกติร่วมกับโปรแกรม MET ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม ๓ เดือน โดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA

๔. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติร่วมกับโปรแกรม MET และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA) และทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Tukey

๕. วิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาเสพซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ Fisher's exact test

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เสนอหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อขอรับการอนุมัติพิจารณารับรองจริยธรรม
 ๒. เสนอหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ในการขออนุญาตศึกษาวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติการพิจารณารับรองจริยธรรมแล้ว
 ๓. ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อคุณภาพชีวิตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีน จำนวน ๖๐ ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ ราย กลุ่มควบคุม ๓๐ ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ๓๖-๔๐ ปี และ ๔๑ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๓๐.๐๐ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ๓๖-๔๐ ปี ร้อยละ ๒๖.๖๗ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๙๐.๐๐ และเพศหญิง ร้อยละ ๑๐.๐๐ เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๗๖.๖๗ และ ๗๐.๐๐ ตามลำดับ มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ ๔๖.๖๗ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ ๕๖.๖๗ และ ๕๐.๐๐ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่กับญาติมากที่สุด ร้อยละ ๔๓.๓๓ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ ๙๐.๐๐ และ ๘๓.๓๓ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ ๙๓.๓๓ และ ๙๐.๐๐ ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๑,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๕๐.๐๐ กลุ่มควบคุมมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๘.๑๕ ส่วนใหญ่หารายได้เอง ร้อยละ ๘๙.๒๙ และ ๘๕.๑๙ ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ ๗๘.๕๗ และ ๖๖.๖๗ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมาไม่เกิน ๕ ปี ร้อยละ ๔๖.๖๗ และ ๕๓.๓๔ ตามลำดับ สาเหตุของการเสพยาแอมเฟตามีนเกิดจากเพื่อนชักชวนมากที่สุด ร้อยละ ๔๐.๐๐ และ ๔๓.๓๓ ตามลำดับ และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัด ๑ ครั้ง ร้อยละ ๕๓.๓๓ และ ๔๖.๖๗ ตามลำดับ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๘๕.๕๐, ๙๓.๖๓ และ ๙๘.๕๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๘๙.๐๓, ๙๓.๘๐ และ ๙๖.๐๐ ตามลำดับ และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า

๑. ด้านสุขภาพร่างกาย

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๓.๕๗, ๒๕.๒๐ และ ๒๖.๐๐ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๔.๖๐, ๒๕.๔๗ และ ๒๖.๒๐ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. ด้านจิตใจ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๐.๖๓, ๒๒.๐๐ และ ๒๒.๖๐ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๐.๓๐, ๒๑.๖๓ และ ๒๑.๗๓ ตามลำดับ

๓. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๙.๙๓, ๑๐.๕๗ และ ๑๑.๓๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๑๐.๒๓, ๑๐.๙๓ และ ๑๑.๓๓ ตามลำดับ

๔. ด้านสิ่งแวดล้อม

พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๔.๙๗, ๒๘.๕๐ และ ๓๐.๖๓ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน คือ ๒๖.๙๗, ๒๘.๓๗ และ ๒๘.๙๗ ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล ๓ เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล ๓ เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต พบว่า วิธีการทดลองไม่มีอิทธิพลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{0.05} = 0.0019$; $p > 0.05$) แต่ระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{0.05} = 25.251$; $p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{0.05} = 2.269$; $p > 0.05$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ซึ่งมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของวิธีการบำบัดเพราะถือว่าเริ่มต้นทั้ง ๒ กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าวิธีการบำบัดทั้งสองวิธีมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการบำบัดปกติ ร่วมกับโปรแกรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พบว่ามีความเครียดคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ๓ เดือน และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ๓ เดือนพบว่าความเครียดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (เมทริกซ์ โปรแกรม) พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าทั้ง ๒ ระยะการทดลอง

การกลับไปเสพซ้ำเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ๓ เดือน ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Fisher's Exact Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนในระยะติดตาม ๓ เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อย ทำให้สัดส่วนของการกลับไปเสพซ้ำทั้ง ๒ กลุ่มไม่ต่างกัน แต่เมื่อคิดจากร้อยละของการกลับไปเสพซ้ำพบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำจำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๓๓ และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำจำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๓๓

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกยาเสพติด นำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนไปใช้เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้เข้ารับการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีแบบแผนและมีทิศทาง และขยายผลสู่โรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

๒. จัดอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และสนับสนุนให้โรงพยาบาลในระดับเดียวกัน นำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปปรับใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสพติดแอมเฟตามีนต่อไป

ผลกระทบ

๑. กลุ่มตัวอย่างอาจกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ เนื่องจาก ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่เป็นตัวกระตุ้นต่อพฤติกรรมการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มตัวอย่างได้

๗. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งประกาศใช้เมื่อ เดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ จากแนวความคิดการแก้ปัญหายาเสพติดโดยการบังคับใช้กฎหมายเป็นการใช้สาธารณสุขนำในการแก้ไขปัญหาการให้ภาคีเครือข่ายกำหนดให้มีมาตรการทางเลือกกับผู้เสพยาเสพติด เพื่อนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา แทนการลงโทษ หรือดำเนินคดี เช่น การนำมาตราการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาทางเลือก (Alternative development) มาปรับใช้ เพื่อให้การแก้ปัญหายาเสพติดเป็นไปอย่างยั่งยืน ในด้านการบำบัดรักษา รวมถึงการคัดกรอง และการติดตาม มีกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลไกหลักในการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้เสพยา ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัด ซึ่งการประสานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอหนองม่วงไข่ (ศป.ป.ส.อ.) ในการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ศูนย์คัดกรอง เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา และบางส่วนถูกส่งตัวมาจากศาลและสำนักงานคุมประพฤติตลอดจนถึงขั้นตอนการติดตามหลังการบำบัดครบโปรแกรม พบว่า ช่องทางการติดตามกลุ่มเป้าหมายและญาติ ในระยะการติดตามต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือระยะเวลาที่กำหนดและตกลงกันไว้ เนื่องจาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ญาติบางคนติดภารกิจสำคัญดำเนินการแก้ไขโดย ร่วมตกลงปรับเวลาระหว่างผู้วิจัย และ กลุ่มเป้าหมายให้เกิดความเหมาะสม ผลที่ได้รับทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามตามเกณฑ์ ทันตามเวลาที่กำหนด

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความยุ่งยากในกลุ่มเป้าหมาย บางคนไม่สามารถเข้ารับการบำบัดในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรมเนื่องจากติดภาระงาน/ป่วย ซึ่งได้แก้ไขโดยการปรับเวลาตามความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายบางราย และให้การบำบัดเป็นรายบุคคล (individual) แทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ตามเวลาที่กำหนด

ส่วนกลุ่มเป้าหมายบางคนติดค้างคดีเดิมของสำนักงานคุมประพฤติ มาหลายปี แต่เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ พ.ศ.๒๕๖๔ ทำให้คดีถูกกลับมาทำใหม่ ต้องปรับแผนการรักษา ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ได้ ได้แก้ไขโดยเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มาแทน ทำให้กลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามที่กำหนด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ ซึ่งมีผลบังคับใช้ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาให้เร็วขึ้น จนทำให้มีผู้ป่วยในระบบสมัครใจเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความเข้าใจระบบและแนวทางปฏิบัติในช่วงเปลี่ยนผ่านกับหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอหนองม่วงไข่ (ศป.ปส.อ.)/สำนักงานคุมประพฤติ/ศาล ในการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การคัดกรองและกระบวนการบำบัดรักษา ไม่ถูกต้อง ผิดขั้นตอน ความสมบูรณ์ของระบบข้อมูลเวชระเบียนลดลง ได้แก้ไขปัญหาลักษณะอุปสรรคในการดำเนินการโดย การประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายข้างต้นเพิ่มขึ้น หลายช่องทางทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการด้านการบำบัดได้เร็วขึ้น มีความสมบูรณ์ความทันเวลาของระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามต่อเนื่องในลักษณะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการเลิกยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการยอมรับของชุมชน สังคม และเครือข่ายในชุมชน

๒. เพิ่มเครือข่ายในการติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตามอย่างครอบคลุมและทั่วถึง เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

๓. การสร้างความตระหนักและทัศนคติในชุมชน ลดการตีตราผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง

๔. ควรมีการ ติดตามและประเมินผลหลังจากผ่านการบำบัดครบโปรแกรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นระยะๆต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน ถึง ๑ ปี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เตรียมเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ประจำปี ๒๕๖๕ ฉบับที่ ๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวัชลี อินต๊ะสงค์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๔ มิ.ย. ๒๕๖๕ /

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายปิยะพงษ์ ทองเพชร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(..... (นายขจร วินัยพานิช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

(วันที่) ๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๕ /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาระบบการดำเนินงานติดตาม ดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่

๒. หลักการและเหตุผล

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของประเทศไทย มุ่งเน้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นแผนชั้นนำการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติด และลดระดับของปัญหาของการแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้ได้อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ภายใน ๓ ปี และลดระดับของปัญหาจนไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ โดยมาตรการด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ยังคงเป็นมาตรการหลักสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งระบบการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพ เข้ารับการบำบัดอย่างเหมาะสม การติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาศักยภาพครอบครัว เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหายาเสพติดในสังคม เสริมสร้างความมั่นคงปลอดภัย และคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังคงมีแนวโน้มแพร่ระบาดมากขึ้น ตามการขับเคลื่อนของอุปทาน (Supply) ของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติด มีราคาที่ถูกกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้น ผู้เสพรายใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ถึงร้อยละ ๗๐.๓๔ ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมาก ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัวจนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตเวช ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ๑๕๕,๕๐๐ ราย เมื่อพิจารณา กลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๒๐ - ๓๙ ปี ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ ๖๓.๖๑ รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ ๓๑.๙๙ และผู้ใช้ ร้อยละ ๔.๔๐ ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ ๗๙.๒) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ ๘.๓) กัญชา (ร้อยละ ๔.๔) และเฮโรอีน (ร้อยละ ๓.๓) นอกจากนี้ยังเริ่มพบการใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแบบผสมหลายชนิด (Drugs Cocktail) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

สถานการณ์ด้านการบำบัดในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ ในปี ๒๕๖๔ มีผู้เสพ/ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน ๘๖ ราย แยกเป็น ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน ๑๑ ราย ระบบบังคับบำบัด จำนวน ๕๕ ราย ระบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ๑๕ ราย ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำนวน ๕ ราย ในปี ๒๕๖๕ หลังการบังคับใช้ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ใหม่ มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน ๘๐ ราย แยกเป็น ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน ๔๙ ราย ระบบบังคับบำบัด จำนวน ๑๖ ราย ระบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ๑๕ ราย ทำให้มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องรับการดูแล ติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัดในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ จำนวน ๘๐ และ ๘๖ รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในอนาคต โดยคงพบปัญหาในการกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วยหลังการเข้ารับการบำบัดในพื้นที่ รวมถึง การมีผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

จากการเสพติดซ้ำ ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายร่างกาย ทำลายข้าวของ ก่อความรำคาญ และเสี่ยงการก่อความรุนแรงในชุมชน ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ราย และในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓ รายตามลำดับ ซึ่งต้องดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต้องรีบดำเนินงานแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินงานโดยอาศัยการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ผู้ผ่านกระบวนการบำบัดครบทุกขั้นตอน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ และการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม การช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา การหาแหล่งทุน หรือการให้การสงเคราะห์ด้านอื่นๆ ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดเกิดความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจในการเลิกยาอย่างต่อเนื่อง เกิดการยอมรับจากชุมชนและสังคมสามารถเลิกยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ในการนี้เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเกิดความต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพที่ดี ควรมีการขับเคลื่อนการทำงานของเครือข่ายแบบบูรณาการกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อันจะก่อให้เกิดการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เป็นระบบ ต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ด้านการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดสารเสพติด

๑. จากประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๙ ธ.ค. ๒๕๖๔ เป็นประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ที่รวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกัน ปราบปราม ควบคุม ยาเสพติด บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งเดิมกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ เป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กรทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้ง บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน จึงรวบรวมกฎหมายดังกล่าวจัดทำเป็นประมวลกฎหมายยาเสพติดเพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงและใช้กฎหมายที่จะรวมอยู่ในฉบับเดียวกันอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน กำหนดให้มีระบบอนุญาตเพื่อควบคุมและใช้ประโยชน์ยาเสพติดในทางการแพทย์วิทยาศาสตร์และทางอุตสาหกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการป้องกันการแพร่กระจายยาเสพติดและการใช้ยาเสพติดในทางที่ไม่ถูกต้องอันจะนำไปสู่ การเสพติดยาเสพติดซึ่งบั่นทอนสุขภาพของประชาชน กำหนดให้มีระบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วย บุคลากรซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนด นโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม ควบคุม บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ๒๕๖๔ แบ่งเป็น ๓ ภาค ได้แก่ ภาค ๑) การป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด ภาค ๒) การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ภาค ๓) บทกำหนดโทษ ซึ่งภาค ๒ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด มีประเด็นสำคัญ คือ มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยมากกว่า เป็นอาชญากร เน้นไปที่วิถีทางสาธารณสุขด้วยการใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในสัดส่วนที่มากกว่าการลงโทษทางอาญา หากผู้กระทำผิดเป็นผู้เสพถูกจับกุมเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม กฎหมายกำหนดให้ศาลคำนึงถึงการสงเคราะห์ให้เลิกเสพ ด้วยการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยคำสั่งศาล มากกว่าการลงโทษ ผู้เสพสามารถสมัครใจบำบัดจนเสร็จสิ้นโดยไม่ถูกดำเนินคดี ไม่มีประวัติอาชญากร ไม่ใช่โทษทางอาญามาเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด แต่ใช้มาตรการอื่นแทน เช่น การรายงานตัวตามนัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

การจำกัดการเดินทาง และการใช้ชุมชนเข้าร่วมสอดส่องดูแล ซึ่งจะช่วยให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ง่ายขึ้น ทั้งยังอาจช่วยลดปัญหาการกระทำผิดซ้ำของผู้ทำผิด ผู้เสพใช้ชีวิตปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในระบอบสมัครใจในสถานพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อท้าทายคือกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมาจากทุกระบบของภาครัฐและชุมชน แต่การมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดยังเป็นความท้าทายเนื่องจากทัศนคติและการเปิดรับของคนในชุมชนถือเป็นส่วนสำคัญและส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

๒. การติดตาม ดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางสังคมกำหนดบทบาทหน้าที่สำคัญของการให้การดูแลผู้ติดยาเสพติด ดังนี้ ๑) ให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ๒) ให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม สนับสนุนให้ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว ๓) ช่วยเหลือเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา แหล่งเงินลงทุนและให้การสงเคราะห์อื่นที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัด ๔) การส่งเสริมและสนับสนุนให้นายจ้างหรือสถานประกอบการรับผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดเข้าทำงาน ๕) การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา

๓. แนวคิด Recovery หรือการฟื้นตัวจากการเสพติด ได้กำเนิดขึ้นเป็นกระบวนการทัศน์ใหม่ในการดูแลผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติดภายใต้หลักการว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบุคคลปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ดำเนินชีวิตแบบนำตนเอง พยายามดึงศักยภาพที่ดีที่สุดของตนออกใช้ในการเป็นคนใหม่ ที่ดีกว่าเดิมและไม่พึ่งพาสารเสพติดอีก แต่เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นวิถี/วิธีในการฟื้นตัวจากการเสพติด จึงมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวหน้า อีกทั้งยังเกี่ยวข้องเชิงสังคมพื้นฐานวัฒนธรรม การนำทรัพยากรสนับสนุนในชุมชนมาประคับประคองการเปลี่ยนแปลงของบุคคลอย่างไม่เป็นทางการ รวมถึงสนับสนุนการหยุดใช้สารเสพติดอีกด้วย

๔. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) หน่วยงานด้านสุขภาพจิตและการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดแห่งกระทรวงสาธารณสุข และบริการมนุษย์ชนแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ให้แนวทางและข้อแนะนำเพื่อริเริ่มบริการสนับสนุนการฟื้นตัวจากการเสพติด หรือ Recovery Support ว่า เป็นบริการที่ไม่ใช่ทางคลินิก แต่มุ่งหมายช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดและครอบครัว ที่จะก้าวข้ามปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดทั้งในมิติทางสุขภาพ สุขภาพจิต การเป็นอยู่ที่ดี สังคม กฎหมาย ด้ายการใช้ทรัพยากรที่มีในตนเองและในชุมชนเพื่อลดอุปสรรคของการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือ เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการมองเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองมาดำเนินชีวิตต่อไปอย่างดีที่สุด การฟื้นฟูสภาพจึงเป็นบริการสนับสนุนที่ส่งมอบ ทั้งโดยบุคคลวิชาชีพ/มีอาชีพ โดยจิตอาสา/อาสาสมัคร หรือเพื่อนผู้ใช้/เคยใช้ยาเสพติด เช่นเดียวกันในบริบทแวดล้อมอันหลากหลายของชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในพื้นที่ของกลุ่มผู้ใช้ยา พื้นที่ของกลุ่มศรัทธาศาสนา สถานที่ของผู้ให้บริการบำบัดรักษา และสถานที่ของผู้ให้บริการสนับสนุนการฟื้นตัว โดยการให้บริการสนับสนุนการฟื้นตัวจากการเสพติดจะตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ป่วย/ผู้เสพติดเป็นศูนย์กลางและเป็นสำคัญ

๖. ในมุมมองดั้งเดิม การฟื้นฟูสภาพอาจถูกมองว่าเป็นบริการหลังการบำบัดรักษายาเสพติดทางการแพทย์แต่ที่จริงแล้ว การฟื้นฟูสภาพสามารถจัดให้มีขึ้นในขั้นตอนทั้งก่อนและระหว่างการบำบัดรักษาได้ การริเริ่มกระบวนการฟื้นฟู ควรดำเนินการเมื่อได้รับการรักษา จนสามารถใช้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ชีวิตประจำวันปกติได้แล้ว ในระหว่างได้รับยารักษาก็สามารถดำเนินการควบคู่กันไปได้ (Medication – assisted recovery Support, MARS) หรือแม้แต่ใช้การฟื้นฟูสภาพแทนการบำบัดรักษาการเสพติดก็ได้ หากผู้ป่วย/ผู้เสพติดยังไม่พร้อมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ถือเป็นการส่งเสริมความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมและป้องกันการใช้สารเสพติดรวมถึงแนะนำเข้าสู่การรักษาทางการแพทย์แต่เนิ่นๆ ได้ ซึ่งล้วนเป็นรูปแบบพื้นฐานของบริการด้านสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับหลักการด้านการปฏิรูปการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างบริการสนับสนุนการฟื้นฟูตัวจากการเสพติด อาทิ บริการให้คำปรึกษา/พี่เลี้ยงโดยเพื่อนผู้ป่วย/ผู้ที่เคยมีปัญหาสารเสพติด การเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บริการช่วยเหลือการจ้างงาน เป็นต้น

๗. การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพโดยกระบวนการฟื้นฟูตัวจากการเสพติดควรขับเคลื่อน ในลักษณะเป็นงานบูรณาการของชุมชนที่รวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงอำนวยความสะดวกให้การฟื้นฟูสภาพสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดและครอบครัว การขาดความร่วมมือกับชุมชนยังหมายถึงขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ การให้การศึกษา การเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินกระบวนการฟื้นฟูสภาพในที่สุดกลับนำไปสู่การแบ่งแยก ความไม่เท่าเทียม การไม่ให้อิทธิพล และการตีตราซ้ำเติมผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดอีกด้วย

แนวความคิด

๑. แนวคิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคง ของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัย กำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมชาติ ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพ รวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาวะการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพ ของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่างๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรกของคนไทย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลต่อ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาท ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพโดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพ มุ่งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันและทับซ้อนกัน ๓ ส่วนที่ไม่แยกขาดจากกันคือ ๑) การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) ๒) การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ๓) การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional sector) อาทิ การแพทย์ตะวันตก ปรากฏการณ์ที่ยังเป็นความจริงทุกยุคสมัยคือ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนจัดการนั้นไม่สามารถใช้วิธีการใดเพียงวิธีการเดียวได้ แม้แต่อาการที่พบทั่วไปเช่น ไข้ ซึ่งมีความรู้ในการเยียวยาได้หลายวิธีร่วมกัน นอกจากนั้นในกระบวนการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขด้านบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชนและสังคม ในมิติต่างๆ อย่างมากด้วย เช่น แม้อาการท้องเสียและท้องผูกส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก แต่อาจกระทบเศรษฐกิจได้ทุกระดับหากต้องสั่งซื้อยาแผนปัจจุบันจากนอกประเทศมาใช้

การสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่มีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการนำให้เกิดขึ้นจากทุกภาคส่วนหรือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพ เกี่ยวโยงสังคมอย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดช่องว่างการเชื่อมต่อของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเป็นองค์ประกอบสำคัญ ๒ ส่วนที่เข้ามาเสริมกันให้เกิดสุขภาพของอำเภอ

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - พ.ศ.๒๕๖๔) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชนตามแนวทางประชารัฐ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๗๓ อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการ จากโรงพยาบาลเป็นฐาน สู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการ ภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลาง สู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพ มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ...)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำโดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ให้สัมภาษณ์ว่า คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ...โดยในร่างระเบียบดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่ายดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย และทิศทางการพัฒนา สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นทางการ ในราชกิจจานุเบกษา

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณา จัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (ตามแผนภาพที่ ๒-๑) ได้ ๓ วาระ ประกอบด้วย

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำและธรรมาภิบาล

๒. ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-เครื่องมือและเทคโนโลยี

๓. ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการที่ข้อมูลนอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูประบบสุขภาพ การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงิน และทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องทำการศึกษาทดลอง ทดลองรูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ เพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถ ปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย, ๒๕๖๐) กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

สุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไก๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน เป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ ที่มุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่ ไรศภัย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่ สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์ บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความชัดเจนและ พิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการเพื่อให้ผล การศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มี การจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์ความรู้และงบประมาณร่วมกัน

๑. บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

๑.๑ กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑.๑.๑ ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และ ยั่งยืน

๑.๑.๒ สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้และงบประมาณ รวมถึง การอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหาร จัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมี ธรรมชาติ มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

๑.๑.๓ สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนา คุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

๑.๑.๔ สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้ สามารถ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

๑.๒ กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๑.๒.๑ สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๑.๒.๒ สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

๑.๒.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

๑.๒.๔ สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

๑.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑.๓.๑ สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

๑.๓.๒ สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

๑.๓.๓ สนับสนุน วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

๑.๔ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑.๔.๑ สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

๑.๔.๒ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคมและความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

๑.๔.๓ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๒. บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชนในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชน ในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบายสาธารณะ ที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหาร จัดการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น ๔ ประการดังนี้ (เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.:DHB) เขตสุขภาพที่ ๘, วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐ โรงแรม นภาลัย จังหวัด อุตรดิตถ์)

๒.๑ กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) รับรู้และประเมินสถานะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะ คุณคาม-และ ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสุขภาพะ พร้อมกับวางแผน ดำเนินการตามแผนบนพื้นฐานของการ ขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว-ชุมชน โดย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และ การทำให้เกิดความร่วมมือขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสุขภาพะของประชาชน ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

๒.๒ เติมส่วนขาด ในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพ ของพื้นที่อำเภอ จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุนจากส่วนกลาง: สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสุขภาพะ ตามความจำเป็นและความจำเป็นตามบริบท ของพื้นที่อำเภอ (Specific package) บนพื้นฐานของการระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากร และศักยภาพ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรร หรือสนับสนุน จากส่วนกลาง

๒.๓ สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS : สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การ ดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มีการเชื่อม และยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมกับให้การสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอ ครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวตั้ง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

๒.๔ ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวม ของระบบ สุขภาพอำเภอ รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ให้บริการ ให้การดูแล ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวตั้งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams, Links, Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่อำเภอ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้การทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตร ในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการ ควบคุม-กำกับ-ประเมินสถานการณ์และการประเมินผล อย่างไรก็ตามในการทำให้ ระบบสุขภาพอำเภอ มีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐาน และโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็น ศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สุขภาวะ” ของประชาชนทุกคนใน อำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง ๔ ประการ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ในพื้นที่บนพื้นฐานของการมีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่ลงนาม โดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการ จากคำสั่งดังกล่าวในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐานสำคัญเพื่อใช้สำหรับการขยายผล ดังต่อไปนี้

๑. พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ

๒. พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและ คุณภาพชีวิต ทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ

๓. ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

๔. สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอก เกี่ยวกับ สินทรัพย์สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทั้งการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ

๕. รับฟัง ข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ

๖. สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอโดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐภาคเอกชนท้องถิ่น และชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๗. สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล

๘. สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพ ในพื้นที่ของชุมชนที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถ เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๙. แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาคีรัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี

๑๐. แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อน จากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงเทคนิค วิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย จำนวนและกระบวนการสรรหาจะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่องในพื้นที่จริง

๓. การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี ๒๕๖๑

(ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี ๒๕๖๑สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย,กระทรวงสาธารณสุข)

เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง อยู่ในหมวด Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้โครงการการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ร้อยละ ๕๐ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ โดยให้ค่านิยามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการณำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการ และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถ ยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้า ปกครอง และเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและ ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome) ร้อยละของอำเภอที่มีคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome) การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตาม บริบทพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นได้ถูกวางแนวทางที่จะเห็นได้ว่าต้องเกิดได้จากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) จึงมีส่วนสำคัญที่จะอธิบายความร่วมมือของคณะกรรมการหรือหน่วยงาน องค์กร ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

๓. การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็กหรือ สังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้นๆ อันได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการบริหาร จัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ประเด็นสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนา ประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (จินตวิร์ เกษมสุข, ๒๕๕๔ อ้างในสมยศ ศรีจารนัย, ๒๕๖๐) ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยา เป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึก เป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุดและองค์การ สหประชาชาติ (๑๙๗๕) ให้ข้อเสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของประชาชนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นค่าที่ไม่อาจกำหนดนิยาม ความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้เพราะ ความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ ในประเทศเดียวกันก็ตาม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ดังนั้นการนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, ๒๕๕๐) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑)

ประเด็นที่ ๑ การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิก ทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรมซึ่งนำไปสู่อิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ ๒ การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ในกรณีดังนี้คือการเอื้อให้เกิดการพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนา โดยเท่าเทียมกัน และการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

การมีส่วนร่วม (Participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของ ความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีความจนเกิด ความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รุ่งงาม, ๒๕๔๕ : ๕)

ดร.ถวิลวดี บุรีกุล (๒๕๕๑) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยัง อาจเป็นการปูพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุด เริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผล ประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่องๆ เช่น การสร้างแหล่งกักเก็บน้ำฝน การศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง

๑. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมช่วยเหลือ โดยสมัครใจ โดยประชาชนต่อโครงการใดโครงการหนึ่งของโครงการสาธารณะต่างๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาชาติ แต่ไม่ได้หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

๒. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัว เพื่อที่จะทราบถึงการได้รับความช่วยเหลือ และตอบสนองต่อโครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

๓. ในเรื่องของการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม คือ การให้ประชาชนเข้ามา เกี่ยวข้อง ในกระบวนการตัดสินใจ กระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องความพยายามที่จะประเมินผลโครงการนั้นๆ ด้วย

๔. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจเข้าใจอย่างกว้างๆ ได้ว่า คือ การที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่างๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อเขา

๕. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาของเขา มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่างๆ การระดม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ทรัพยากรท้องถิ่น และเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ๆ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น

๖. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึง ว่าบุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้มีความริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายามตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการความริเริ่มนั้น

๗. การมีส่วนร่วม คือ การที่ได้มีการจัดการที่จะใช้ความพยายามที่จะเพิ่มความสามารถที่จะควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่างๆ ในสภาพสังคมนั้นๆ ทั้งนี้โดยกลุ่มที่ดำเนินการ และความเคลื่อนไหวที่จะดำเนินการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่างๆ (วันชัย วัฒนศัพท์, ๒๕๔๓ : ๑๙) การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของแนวความคิดในการกระจาย อำนาจจากส่วนกลาง มาสู่ส่วนท้องถิ่น เพราะประชาชนในท้องถิ่นคือผู้ที่รู้ปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นตนเองดีกว่าผู้อื่น การมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นการเปิดกว้างในความคิดเห็นโดยการสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งในแต่ละประเด็นนั้นไม่สามารถใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งมาตัดสินใจได้เหมือนกัน เงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมี ๓ ประการ คือ

๗.๑ ต้องมีอิสรภาพ หมายถึง ประชาชนมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ การเข้าร่วมจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การถูกบังคับให้เข้าร่วมไม่ว่าจะในรูปแบบใดไม่ถือว่าเป็นการมี ส่วนร่วม

๗.๒ ต้องมีความเสมอภาคประชาชนที่เข้าร่วมในกิจกรรมใดจะต้องมีสิทธิเท่าเทียมกับ ผู้เข้าร่วมคนอื่นๆ

๗.๓ ต้องมีความสามารถ ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความสามารถพอที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมนั้นๆ หมายความว่า ในบางกิจกรรมแม้จะกำหนดว่าผู้เข้าร่วมมีสิทธิเสรีภาพและเสมอภาค แต่กิจกรรมที่กำหนดไว้มีความซับซ้อนเกินความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

๑. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation Spectrum)

อรพินท์ สฟโชคชัย อธิบายถึงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ๕ ระดับ เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภาครัฐจะเลือกตัดสินใจออกแบบการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมจากระดับการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาครัฐ ตั้งแต่ระดับการเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุด ถึงระดับการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระดับที่ ๕ มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับที่ ๑ การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) คือ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานภาครัฐเป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอน น้อยที่สุด ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานของภาครัฐ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงถูกต้อง ทันสมัย และประชาชนสามารถ เข้าถึงได้ รูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การจัดทำสื่อเผยแพร่ การพหามสถานที่จริง การจัด กิจกรรมเปิดบ้าน และ เว็บไซต์ (Website)

ระดับที่ ๒ การปรึกษาหารือ (Consult) คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นประชาชนมีบทบาทในฐานะการให้ข้อมูล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

การตัดสินใจเป็นของหน่วยงานภาครัฐรูปแบบการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เช่น การสำรวจความคิดเห็นและการประชุมสาธารณะ

ระดับที่ ๓ การให้เข้ามามีบทบาท (Involve) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนโครงการ และวิธีการทำงานโดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มักดำเนินการในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระดับที่ ๔ การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐ และเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน

ระดับที่ ๕ การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) คือ เป็นระดับที่ให้บทบาท แก่ประชาชนในระดับที่สูงสุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ รัฐจะดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงสุดนี้เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจและภาครัฐ มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การลงประชามติและการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งโดยกระบวนการประชาคม

Cohen และ Uphoff (๑๙๘๐: ๒๑๙-๒๒๒) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
๒. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
๓. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
๔. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO and UNICEF, ๑๙๗๘ : ๔๑) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมโดยแบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย การกำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และประการสำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง

๒. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน

๓. การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการพึ่งระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

๔. การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (๒๕๔๕) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น ๖ ระดับ คือ

ระดับที่ ๑ ร่วมรับรู้

ระดับที่ ๒ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ระดับที่ ๓ ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ

ระดับที่ ๔ ร่วมดำเนินการ

ระดับที่ ๕ ร่วมติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล

ระดับที่ ๖ ร่วมรับผล

ระดับที่ ๑ ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือ กิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ แล้ว เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของราชการที่มอบให้แก่ประชาชนนั้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ประชาชน ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารจะบอกถึงโครงการหรือกิจกรรมที่กำลังจะเกิดขึ้นความจำเป็นและความสำคัญที่จะต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น รวมถึงการดำเนินการและมาตรการต่างๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมจากโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้ถือว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ระดับที่ ๒ ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูล ข่าวสารจากรัฐแล้วประชาชนก็จะร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้นพร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมหรือหน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจนำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ ๓ ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับโครงการหรือกิจกรรม การเลือกพื้นที่ตั้งโครงการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะตั้งโครงการควรจะมีส่วนร่วมพิจารณาหรือปฏิเสธไม่ให้โครงการตั้งในพื้นที่หากเห็นว่ามาตรการที่จะใช้ในการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการติดตามตรวจสอบไม่ชัดเจนและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบด้วย

ระดับที่ ๔ ร่วมดำเนินการ หมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน หรือร่วมปฏิบัติงานเอง ในระดับการมีส่วนร่วมนี้อาจจะทำได้ในทุกประเภทของโครงการ เช่น หากเป็นโครงการที่จำเป็นต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้านผู้ชำนาญการหรือเทคโนโลยีขั้นสูงแล้ว บางครั้งเป็นความยุ่งยากที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้ แต่หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมระดับท้องถิ่น เช่น การจัดการป่าลุ่มน้ำหรือทรัพยากรอื่นที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านได้ ชาวบ้านหรือประชาชนในท้องถิ่นก็เข้าร่วมดำเนินการได้ หรือเป็นการร่วมดำเนินการด้วยการลงทุนถือหุ้นก็ย่อมถือว่ามีร่วมดำเนินการได้

ระดับที่ ๕ ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบและติดตามการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วได้นำมาตรการลดผลกระทบมาใช้หรือไม่ก็มีการใช้ระบบการติดตามตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนี้จะเป็ประโยชน์ต่อการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อย่างมาก เพราะประชาชนจะทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัย (Watch Dog) การดำเนินงาน โครงการเพื่อ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าได้ทันทั่วทั้งที่ก่อนที่จะมีผลร้ายเกิดขึ้น และเมื่อมีการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมแล้ว ก็ต้องมีการประเมินผลว่าการดำเนินการนั้นๆ บรรลุ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด มีการนำมาตรการการป้องกันแก้ไขปัญหาลงมาใช้หรือไม่ และผลของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพิจารณานำเอามาตรการที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ ๖ ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้ว ย่อมได้มาซึ่งผลประโยชน์และผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบทั้งต่อประชาชนและต่อสิ่งแวดล้อม โดยที่ประชาชนหลักเสี่ยงไม่พ้นที่จะต้องรับเอาผลที่เกิดขึ้นนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง ๖ ระดับนั้นหากประชาชนได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทุกระดับแล้วย่อมถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Up Hoff, ๑๙๘๐ : ๒๑๓-๒๓๕) ได้กล่าวถึง ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (Planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุม ให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงาน งบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

๒. การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocation) คือ การมีส่วนร่วม ในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

๓. การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (Co-ordination) คือ การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

๔. การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Evaluation) คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์รูปแบบ ตรวจสอบการทำงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้เข้าร่วมจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ อรรถัย กักผล (๒๕๕๒ : ๑๙) อ้างใน สมยศ ศรีจารนัย (๒๕๖๑) อธิบายไว้ว่า ดังนี้

๑. เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะ ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่

๒. ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง

๓. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงานกันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใด และใครจะมาเป็นผู้ดูแลรักษา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๔. ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ ความสามารถของตนเอง

๕. ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาทำงานร่วมกันประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

๖. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมที่จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรูปของเงิน วัตถุสิ่งของ แต่อาจเป็นความสุขสบาย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นก็ได้

ดังนั้นผู้ศึกษาในบทบาทของหัวหน้างาน จึงมีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ ข้อมูลปัญหาของชุมชนเป็นฐาน ซึ่งจะเป็นแรงเสริมเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ด้วยระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นแนวคิดที่คนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วม ตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิดและวางแผนหารูปแบบแนวทาง/วิธีการ/กิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมตัดสินใจ/สรุปความคิดเห็น/กำหนดวิธีการ/การจัดกิจกรรม/การใช้ทรัพยากรร่วมทำ/ร่วมดำเนินการ/ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง/ของกลุ่ม/ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผล การจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอ

๑. คำนึงข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชนในอำเภอหนองม่วงไข่ เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และต้องได้รับการติดตาม โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ในเวทีประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

๒. ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการทั้ง งาน คน เงิน ของ ในระดับอำเภอเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา/แก้ไขปัญหายาเสพติดแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๓. ทบทวนและจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในด้านการค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาและติดตาม โดยในประชาชนและเยาวชนกลุ่มทั่วไป เน้นการป้องกัน การเสริมสร้างทักษะชีวิต กลุ่มเสี่ยง เน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและการป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มป่วยเน้นการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามอย่างต่อเนื่อง ประสานงานกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่นส่งเสริมอาชีพ การศึกษา การสนับสนุนงบประมาณ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

๔. ประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ รพ.สต. อสม. หมอครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชน หน่วยงาน/องค์กรภาครัฐและเอกชน กศน. แกนนำ/ชมรมต่างๆ ในพื้นที่ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ร่วมให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด

๕. กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่ร่วมในการให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิดและวางแผนหารูปแบบแนวทางวิธีการ การกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมตัดสินใจ สรุปความคิดเห็น กำหนดวิธีการและการจัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

กิจกรรม การใช้ทรัพยากร ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองของกลุ่ม ของชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตาม ประเมินผลการจัดกิจกรรมในการดำเนินงาน

๖. ร่วมประชุมกับคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทุกครั้ง และร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

๗. มีการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเสฟติด จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรมาจากทุกระบบของภาครัฐ และชุมชน การมีส่วนร่วมในกระบวนการติดตามผู้ผ่านการบำบัดเมื่อบำบัดครบโปรแกรม

๒. การตีตราซ้ำเติมผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสฟติด และทัศนคติของคนในชุมชนยังเป็นความท้าทาย เนื่องจากทัศนคติและการเปิดรับของคนในชุมชน ถือเป็นส่วนสำคัญและส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ในทาง ปฏิบัติ

๓. การกลับไปเสฟซ้ำเนื่องจากยาเสฟติดมีผลต่อสมอง ตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ทำให้อยากกลับไปเสฟซ้ำ

แนวทางแก้ไข

๑. ใช้แนวทางการขับเคลื่อนโดยใช้แนวคิดของพขอ.ในการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มองเห็นปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์ความต้องการของชุมชน รวมถึงทรัพยากรที่ชุมชนมี มีการ ขับเคลื่อนงานโดยพขอ.และการเสริมพลังชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

๒. มีการเตรียมชุมชน สร้างความรู้และความเข้าใจแก่ชุมชนว่าผู้เสฟคือผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการ บำบัดเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ช่วยส่งเสริมอาชีพ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม อื่นๆ

๓. สร้างความตระหนักให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำ การเสริมสร้างกำลังใจ การให้โอกาส สนับสนุนและส่งเสริมการหยุดใช้ยาเสฟติด ไม่กลับไป เสฟซ้ำ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดกระบวนการในการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสฟติด ในระดับอำเภอ

๒. มีต้นแบบของการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสฟติดในระดับ หมู่บ้าน และตำบลในพื้นที่

๓. มีการพัฒนา คุณภาพ มาตรฐานการดำเนินงานด้านการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยา เสฟติดอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีต้นแบบในการดูแล ติดตาม ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสพติด ระดับต่ำลงอย่างน้อย ๑ แห่ง

๒. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) มากกว่าร้อยละ ๗๐

(ลงชื่อ)..........ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางวัชลี อินตะสงค์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....๑๔ ก.ย. ๒๕๖๕.....ปี.....

ผู้ขอประเมิน