



การประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง ปฏิรูประบบสุขภาพ :  
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



ณ เดอะ รีเจนท์ รีสอร์ท ชะอำ บีช จังหวัดเพชรบุรี  
2-4 สิงหาคม 2559

นนทบุรี  
ปทุมธานี  
พระนครศรีอยุธยา  
อ่างทอง  
ลพบุรี  
สิงห์บุรี  
สระบุรี  
นครนายก

## คำนำ

ด้วยผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับของเขตสุขภาพที่ 4 ได้พัฒนาการทำงานของตนเองอันจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน โดยในปีงบประมาณ 2559 จึงได้กำหนดให้มีการประชุมวิชาการสุขภาพเขตที่ 4 ในระหว่างวันที่ 2 – 4 สิงหาคม 2559 ณ เดอะริเจนท์ รีสอร์ท ชะอำ ปะจัน จังหวัดเพชรบุรี โดยมีหัวข้อเรื่องการประชุม “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ในการนี้ได้เชิญชวนหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลงานเข้าร่วมภายใต้ประเด็นหลัก 4 ประเด็น คือ การส่งเสริมป้องกันโรคและภัย ระบบบริการสุขภาพ การบริหารและพัฒนากำลังคน และการบริหารจัดการ

สำหรับการประชุมวิชาการประชุมวิชาการในครั้งนี้ มีผลงานวิชาการจำนวน 44 ผลงานที่มาจากเจ้าหน้าที่หลากหลายสาย ได้แก่ แม่บ้าน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่างทันตกรรมเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ และ แพทย์โดยแบ่งเป็นการนำเสนอด้วยวาจาจำนวน 8 ผลงาน นำเสนอด้วยโปสเตอร์จำนวน 36 ผลงาน

การดำเนินงานจัดการประชุมในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง ตลอดจนโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะทำงานโครงการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2559

## สารบรรณ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	<b>คำนำ</b>	
	<b>โครงการ</b>	1
	<b>กำหนดการ</b>	5
	<b>คำกล่าวรายงาน</b>	7
	โดย นายไพโรจน์ สุรัตน์นิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี	
	<b>คำกล่าวเปิด</b>	9
	โดย ท่านผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๔	
	<b>เสวนาวิชาการสุขภาพ “ทิศทางและการก้าวเดินหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)”</b>	10
	โดย นพ.บุญชัย อีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศน์ เขตสุขภาพที่ ๓ กระทรวงสาธารณสุข ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พญ.ดวงดาว ศรียากุล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ นพ.สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (ผู้ดำเนินการเสวนา)	
	<b>การนำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation)</b>	34
	การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสระบุรี	35
	: พิธา พรหมลิขิตชัยอานนท์ ไทยเจริญ และ เสาวลักษณ์ ยิ่งดำรง	
	เครือข่ายบริการชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี	36
	: ไพรัช พิณพาทย์ เอี่ยมพร คุ้มบุตร	
	การพัฒนาระบบการเข้าถึงและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	38
	: ศรีัญญา บุญไญ	
	การพัฒนาตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir	39
	: สมยศ พันธุ์วัฒนาชัยวิภูสุมารักษ์เขตกรรม	
	ประเภทยาพิษทางการใช้ยา และการจัดการปัญหาการใช้ยาในงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	40
	โรงพยาบาลอ่างทอง	
	: ปภัสรา วรรณทองฐาปณีย์ เดชป่อง	
	ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการป้องกันและชะลอความเสี่ยงของไต โรงพยาบาลบาง	41
	ปะอิน	
	: ศตกมล ประสงค์วัฒนา อมรรรัตน์ สุขสุวรรณดารารัตน์ อุ่มบางตลาด	
	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและการควบคุมความดัน	42
	โลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอินทร์บุรี	
	: จารุณี ปลายยอด ชีวรัตน์ ต่ายเกิดอุทัยวรรณแจ่มถาวรเทอดศักดิ์ เดชคง	
	ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพการทรงตัวทางกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	43
	: สรวุฒสมพงษ์	
	<b>การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation)</b>	45
	การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเงินของ รพ.สต. ในพื้นที่ อำเภอบางกรวย (PG01)	46
	: ทีม R2R สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย	
	ยางรัดช่วยได้ (GP02)	47
	: จินตนา หนูนาค	
	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบาง	48
	ใหญ่ จังหวัดนนทบุรี (PP01)	
	: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี	
	รูปแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของ หญิงตั้งครรภ์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี (PP02)	49
	: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	

รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไขแสง กำเนิดมี อำเภอเมืองนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี (PP03)	50
: ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไขแสง กำเนิดมี ที่นอนน้ำ (PP04)	51
: ญัตติชาภรณ์ อินทอง นงลักษณ์ อุตธิยา เรื่อง การดำเนินงานศูนย์เฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัย และรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (PP05)	52
: กิตติยา กัญญา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้(PS06)	53
: ญัตติชยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล ธนภรณ์ ทองศรี ประสิทธิผลงานกายภาพบำบัดในชุมชน (PP07)	54
: ภาวินี วิไลพันธ์ นภาพร เพ็งสว่าง สุธิดา ชาวเวียง ภูซังค์ ธนะเพิ่ม ผลของโปรแกรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (PP08)	55
: กชกร สมมิ่งโรจนศักดิ์ บุญญาสุ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย และ การกลับเข้ารับการรักษา เข้าในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (PP09)	56
: วรัญญาเกษไชย ปาริชาติ วันทอง การเฝ้าระวังติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จังหวัดลพบุรี พ.ศ.๒๕๕๓ -๒๕๕๘ (PP10)	57
: ัญญาภรณ์ คุณสมบัติดูบุโลซ์ การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในขอรับผิดขอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ2 (PP11)	58
: รุ่งทริฎ อินเจ็ก เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนวิหารขาว(PP12)	59
: ุจริา ละอองนวลสมหมาย บุญคำพงษ์เฉลิมศรี ราชนาจันทร์สมจิตร จารี เรื่อง สเปรย์กายสิทธิ์ พิชิตเหาในโรงเรียน(PP13)	60
: สุพรรณิณีฉวีวรรณ สุวีรัตน์ คงพันธุ์ งามจิต พระเนตร นภัทร พงบุรี เรื่อง ผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กอ้วน ชั้นประถมศึกษาปีที่4-6 ในเขตตำบลหัวไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี (PP14)	61
: รัชพล แจ่มมี แบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายเพื่อการป้องกันและจัดการความเสี่ยง ต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ของรพ.สต.หนองนก (PP15)	62
: พนิดา สมนันท์ พันนิภา นวลอนันต์ การบูรณาการดำเนินงานเพื่อลดการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสระบุรี(PP16)	64
: คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอุบัติเหตุ จังหวัดสระบุรี ผลการส่งเสริมการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก(PP17)	65
: ดาราณี ศรีทองสุข การพัฒนารูปแบบระบบบริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี(PS01)	66
: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อยจังหวัดนนทบุรี Asthma and COPD Easy easyที่ชัยบุรี(PS02)	67
: ศศิภาส อธิศรีวิวงศ์ การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน(PS03)	68
ผู้วิจัย สมทรง บุตรชิววัน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis เพื่อลดอัตราการ เกิดภาวะ Septic Shock (PS04)	70
: พรพิมล พลอยประเสริฐ การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างกลุ่มที่ใช้ RAMP PILLOW กับกลุ่มที่ใช้ MODIFY RAMP PILLOW ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเสนา (PS05)	71
: ณ์คนาว่องวิทย์การุณชารีเกตุวุฒิ ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี Shielding All In One (PS06)	72
: อติเรก เสมามอญ	

แนวทางการจัดการทางทันตกรรมฟันที่มีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกิน ของเคลือบฟัน(PS07)	74
ผู้วิจัย ศรัณย์พร เลื่องชัยเชวง	
นวัตกรรมแม่พิมพ์สำหรับทำแท่นกัดซี่ฟันรูปเกือกม้า make it easy “Bb mold”(PS08)	75
: ภัทรวดี คำโตนด	
ผลการจัดการระบบเฝ้าระวังการแพ้ที่รุนแรง ในโรงพยาบาลอ่างทอง (PS09)	77
: สุนันทา คำทวินศรดา เลื่องชัยเชวง	
ผลลัพธ์ของกรใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด      โรงพยาบาลค่ายบางระจัน (PS10)	78
: สิทธิธนา โตอ่อน อรพิน พวกอิม	
ชุดอุปกรณ์พยุงท่อช่วยหายใจทารก(PS11)	79
: ศุภภาพิมพ์ ไตรอินทวัฒน์สุทธามาศ ผิตพงษ์	
ถุงน้อยห้อยปลั๊ก (PS12)	80
ผู้ประดิษฐ์บังอร ศรีประดิษฐ์ จินตนา พงษ์สุวรรณ	
น้องเอ๊ะ (PS13)	81
: รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ จารุวรรณ พรหมมา	
การพัฒนางานผ่าตัดหัวใจเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย Patent DuctusArteriosus      PDA ในทารกแรกเกิดโรงพยาบาล สระบุรี (PS14)	82
: คณะกรรมการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสระบุรี	
ริงนอนทารกแรกเกิด “ Nari’sNeonest”(PS15)	83
: นารี กองนวล วารุณี ทัฬหิมทอง	
การเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่าย สบายทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ(PS16)	85
: สุมณฑา สุล	
การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดในรูปแบบ AIE (PS17)	86
ผู้วิจัยกิตินี มงคลพันธุ์ศรีมิ โอสถ	

**โครงการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔**  
**“ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙**

**หลักการและเหตุผล**

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ มุ่งเน้นการพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และขับเคลื่อนให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม พัฒนาประเทศสู่ความสมดุลในทุกมิติ อย่างบูรณาการ และเป็นองค์รวม บนวิถีแห่งความพอเพียง ยึดมั่นในวัฒนธรรมและหลักธรรมาภิบาล การบริการพื้นฐานที่ทั่วถึง มีคุณภาพ อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ดี เกื้อกูลและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

ปี ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ๒๐ ปี เพื่อเป็นกรอบทิศทางนโยบาย การปฏิบัติงานทุกภาคส่วนสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งนี้ได้มีการส่งเสริมให้ทุกจังหวัด พัฒนาระบบราชการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หน่วยงานมีการปรับปรุงระบบการทำงาน ยกกระตือรือร้นการจัดการให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาให้ประชาชนของจังหวัดตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประเด็นหลักของการพัฒนาประการหนึ่งคือ การส่งเสริมคุณภาพวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน หรือระหว่างหน่วยงานให้สามารถนำข้อมูลสารสนเทศ ความคิด ตลอดจนประสบการณ์ของบุคลากรมาสร้างองค์ความรู้แบบเบ็ดเสร็จ เพื่อใช้ในการจัดการกับปัญหาการทำงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔ ได้เห็นความสำคัญกับนโยบายดังกล่าวรวมถึงความต้องการพัฒนาศักยภาพและทักษะใหม่ๆของบุคลากรด้านสาธารณสุขภายในเขต ต่อการค้นหาแนวทางการให้บริการสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุขแนวใหม่ที่มีประสิทธิผล คุ่มค่า และเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานอันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพของหน่วยงานในทุกระดับ จึงได้จัดทำโครงการ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาผลงานวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ
๒. เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ของนักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุขทุกระดับ
๓. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของนักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุขทุกระดับ

/ผู้เข้าร่วมประชุม...

## ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้บริหาร นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุขทุกระดับ จำนวน ๙๒๐ คน ประกอบด้วย

- ๑.ผู้ตรวจราชการกระทรวง
- ๒.สาธารณสุขนิเทศก์
- ๓.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- ๔.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
- ๕.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- ๖.สาธารณสุขอำเภอ
- ๗.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ๘.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ
- ๙.นักวิชาการจากกรมวิชาการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคทุกระดับ
- ๑๐.เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากส่วนกลาง

## กลุ่มเป้าหมาย

- |   |                    |
|---|--------------------|
| ๑.บุคลากรจังหวัดนนทบุรี,พระนครศรีอยุธยา จังหวัดละ ๑๑๐ คน  | จำนวน ๒๒๐ คน       |
| ๒.บุคลากรจังหวัดปทุมธานี,สระบุรี,ลพบุรี จังหวัดละ ๑๐๐ คน  | จำนวน ๓๐๐ คน       |
| ๓.บุคลากรจังหวัดนครนายก,สิงห์บุรี,อ่างทอง จังหวัดละ ๘๐ คน | จำนวน ๒๔๐ คน       |
| ๔.ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน                       | จำนวน ๕๐ คน        |
| ๕.คณะกรรมการจัดงาน  | จำนวน ๗๐ คน        |
| ๖.เจ้าหน้าที่จากส่วนกลาง (สำนักตรวจและประเมินผล)          | จำนวน ๔๐ คน        |
|   | รวมทั้งสิ้น ๙๒๐ คน |

## การดำเนินงาน

๑.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเรื่องสถานที่ /วิทยากร /โสตทัศนอุปกรณ์ /ผู้รับผิดชอบงานวิชาการของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๔

- ๒.เตรียมความพร้อมของทีมงานทั้งการบริหารจัดการและวิชาการ
- ๓.แจ้งเวียนหนังสือทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๔.จัดประชุมตามโครงการ ประกอบด้วย
  - ๔.๑ การสรุปผลการปฏิบัติงานเขตสุขภาพที่ ๔ รอบปีที่ผ่านมา
  - ๔.๒ การบรรยายวิชาการเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ และเสริมพลังในการปฏิบัติงาน
  - ๔.๓ การนำเสนอผลงานเด่น ประกอบด้วย Oral presentation และ Poster presentation
  - ๔.๔ มอบรางวัลประกาศเกียรติคุณหน่วยงานดีเด่น ผลงานดีเด่น
- ๕.ประเมินผล

/ระยะเวลาดำเนินการ...

## ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ ๒ - ๔ สิงหาคม ๒๕๕๙

## สถานที่

เดอะรีเจนท์ ซะอ่ำ ปิซ รีสอร์ท จังหวัดเพชรบุรี และโรงแรมอื่นในจังหวัดเพชรบุรี

## งบประมาณ

ค่าใช้จ่าย ดังนี้

### ๑. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม

๑.๑ ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙

-ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม จำนวน ๙๒๐ คน x ๑ มื้อ x ๕๐ บาท เป็นเงิน ๔๖,๐๐๐ บาท

๑.๒ ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

-ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม จำนวน ๙๒๐ คน x ๒ มื้อ x ๕๐ บาท เป็นเงิน ๙๒,๐๐๐ บาท

-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๙๒๐ คน x ๑ มื้อ x ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๗๖,๐๐๐ บาท

-ค่าอาหารเย็น จำนวน ๙๒๐ คน x ๑ มื้อ x ๔๐๐ บาท เป็นเงิน ๓๖๘,๐๐๐ บาท

๑.๓ ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๙

-ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม จำนวน ๙๒๐ คน x ๑ มื้อ x ๕๐ บาท เป็นเงิน ๔๖,๐๐๐ บาท

-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๙๒๐ คน x ๑ มื้อ x ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๗๖,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๑๐๔,๐๐๐ บาท

### ๒. ค่าที่พักวิทยากร คณะกรรมการจัดงานผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และเจ้าหน้าที่จากส่วนกลาง

๒.๑ จำนวน ๑๔๕ คน x ๗๕๐ บาท x ๒ คืน เป็นเงิน ๒๑๗,๕๐๐ บาท

๒.๒ จำนวน ๑๕ คน x ๗๕๐ บาท x ๓ คืน เป็นเงิน ๓๓,๗๕๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๒๕๑,๒๕๐ บาท

๓. ค่าวิทยากร จำนวน ๑ คน x ๑,๒๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

๔. ค่าที่พักวิทยากร จำนวน ๑ คน x ๑,๔๕๐ บาท x ๑ คืน เป็นเงิน ๑,๔๕๐ บาท

๕. ค่าจ้างเหมารถปรับอากาศ สำหรับคณะทำงานจำนวน ๓ วัน x ๑๓,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๓๙,๐๐๐ บาท

๖. ค่าจ้างเหมารถตู้ สำหรับคณะทำงาน จำนวน ๓ วัน x ๓,๐๐๐ บาท x ๑ คัน เป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท

๗. ค่าจ้างเหมาจัดนิทรรศการ จำนวน ๔๐ ผลงาน เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

๘. ค่าวัสดุอุปกรณ์ เป็นเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท

๙. ค่าจ้างเหมาจัดสถานที่ เป็นเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท

๑๐. ค่าจ้างเหมาทำเอกสารผลงานเด่น จำนวน ๗๐ เล่ม x ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๗,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๔๗๕,๓๐๐ บาท

หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถถ่วงจ่ายกันได้

/หน่วยงานที่รับผิดชอบ...



## หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- ๑.สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔
- ๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
- ๓.โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
- ๔.โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.หน่วยงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔ ได้แนวทาง นวัตกรรม ในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ในงานสาธารณสุข อันจะส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- ๒.เครือข่ายทุกระดับได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดทิศทางการดำเนินงานเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

## ผู้จัดทำโครงการ

ลงชื่อ .....  
(นายสุพจน์ แก้วจรัสฉายแสง)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

## ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ .....  
(นายไพโรจน์ สุรัตน์วิษ)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

## ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ .....  
(นายสมยศ ศรีจารนัย)  
สาธารณสุขนิเทศก์  
เขตสุขภาพที่ ๔

ผู้อนุมัติโครงการ โครงการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี  
เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ลงชื่อ .....  
(นายวันชัย สัตยาวุฒิพงศ์)  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
เขตสุขภาพที่ ๔

กำหนดการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔

“ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

วันที่ ๒ - ๔ สิงหาคม ๒๕๕๙

ณ เดอะ รีเจ้นท์ ซะอ่ำ บีช รีสอร์ท จังหวัดเพชรบุรี

.....

วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙

เวลา	สถานที่	กิจกรรม
๑๒.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	ลงทะเบียน
๑๔.๐๐ - ๑๘.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	สรุปผลงานเขตสุขภาพที่ ๔ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

เวลา	สถานที่	กิจกรรม
๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	พิธีเปิดประชุมวิชาการและมอบโล่ ประกาศเกียรติคุณหน่วยงาน บุคลากร เขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เยี่ยมชมนิทรรศการ ผลงานเด่น Poster Presentation ภาพประทับใจในการปฏิบัติงาน โดย นายแพทย์วันชัย สัตยาวิวัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔
๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	เสวนาวิชาการสุขภาพ “ทิศทางและการก้าวเดินหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)” โดย นพ.บุญชัย วีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศน์ เขตสุขภาพที่ ๓ กระทรวงสาธารณสุข ดร. นพ. สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง มหาวิทยาลัยมหิดล พญ.ดวงดาว ศรียากุล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบุรี นพ.สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (ผู้ดำเนินการเสวนา)

เวลา	สถานที่	กิจกรรม
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารกลางวัน		
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.		เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.
ห้องพาร์ควิว		ห้องเสมาแกรนด์
การนำเสนอผลงานเด่น เขตสุขภาพที่ ๔ (Oral Presentation) - พระนครศรีอยุธยา - อ่างทอง - นนทบุรี - สิงห์บุรี วิทยากรผู้ชื่นชม : นายแพทย์พิเชษฐ์ พัวพันกิจเจริญ รองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์ รพ.นครนายก ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.ลพบุรี		การนำเสนอผลงานเด่น เขตสุขภาพที่ ๔ (Oral Presentation) - นครนายก - ลพบุรี - สระบุรี - ปทุมธานี วิทยากรผู้ชื่นชม : แพทย์หญิงหทัยรัตน์ อัจฉิมาพันธ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.พระนารายณ์มหาราช คุณลักษณะ คังขชาติ นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ สสจ.พระนครศรีอยุธยา
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ห้องบัวขาว - ประชุมคณะผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๔		

วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๙

เวลา	สถานที่	กิจกรรม
๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	ประชุมกลุ่มวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๖๐ โดย นายแพทย์วันชัย สัตยาวุฒิมงคล
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	ห้องพาร์ควิว	ประชุมผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๔
๑๒.๐๐- ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหาร	
๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.	ห้องเพชรบุรี แกรนด์ฮอลล์	ประชุมกลุ่มวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๖๐ (ต่อ) โดย นายแพทย์วันชัย สัตยาวุฒิมงคล
๑๕.๐๐ น.	เดินทางกลับ	

คำกล่าวรายงาน  
ของ  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (นายไพโรจน์ สุรัตน์วณิช)  
ในการประชุมนำเสนอผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙  
“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”  
ณ โรงแรมเดอะรีเจนท์ ซะอำ บีช รีสอร์ท จังหวัดเพชรบุรี  
วันที่ ๒-๔ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรียน ท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๔ ที่เคารพ

กระผม นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตน์วณิช ในนามของผู้จัดการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมฯ ในวันนี้

กระผมขอเรียนความเป็นมาของการจัดประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ โดยสังเขป ดังนี้

สืบเนื่องจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เน้นให้ประเทศไทยก้าวไปสู่ยุคเศรษฐกิจคุณค่า ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพประชาชน และอยู่ระหว่างการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำระบบการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณค่า (Value Based Health Care) มาใช้ในการดำเนินการ โดยได้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งมั่น ที่จะพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ด้วยการสร้างค่านิยมบุคลากร และ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ

๑. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ให้ประชาชนเจ็บป่วย (P&P Excellence)
๒. การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
๓. การพัฒนาคน (People Excellence) และ
๔. ระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม(Governance Excellence)

โดยทุกอย่างต้องมุ่งเป้าไปที่ประชาชน ให้คุณค่าผู้ป่วยด้วยการ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” ทั้งนี้ ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ ๔ กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ ได้ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้กรอบ ๔ ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันจัดการประชุมนำเสนอผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ต่างๆได้

การจัดการประชุมครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ ส่งผลงานเข้าร่วมนำเสนอจำนวนทั้งสิ้น ๔๔ เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานที่มาจากเจ้าหน้าที่หลากหลายสายงาน ได้แก่ แม่บ้าน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่างทันตกรรม เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ และ แพทย์ โดยแบ่งเป็นการนำเสนอด้วยวาจาจำนวน ๘ ผลงาน นำเสนอด้วยโปสเตอร์จำนวน ๓๖ ผลงาน และภาพแห่งความประทับใจจำนวน ๑๑ ภาพ

บัดนี้ ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอเรียนเชิญท่านประธาน ได้กรุณาเปิดการประชุมนำเสนอผลงาน  
วิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ “ปฏิรูประบบสุขภาพ :ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และมอบ  
รางวัลการพัฒนาโรงพยาบาลในระบบ QSC รางวัลคนดีศรีสาธารณสุข รางวัลคลินิก NCD คุณภาพ รวมทั้งให้เกียรติเยี่ยมชมผลงาน  
ทางวิชาการในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณครับ

\*\*\*\*\*

คำกล่าวเปิดการประชุม

นำเสนอผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙

“ประชาชนสุขภาพดี เจาหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ของ

ท่านผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๔

ณ โรงแรมเดอะรีเจนท์ ชะอำ บีช รีสอร์ท จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

ท่านสาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน

กระผมมีความยินดี และรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่ง ที่ได้มาเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมนำเสนอผลงาน วิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ “ปฏิรูประบบสุขภาพ :ประชาชนสุขภาพดี เจาหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”ในวันนี้

การที่หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ ๔ จังหวัดทั้ง ๘ จังหวัดร่วมกันจัดการประชุมในวันนี้ นับเป็นความร่วมมือที่ นำชื่นชมยิ่ง เพราะจากจำนวนผลงานที่ได้มานำเสนอในการประชุมครั้งนี้จำนวน ๔๔ เรื่อง แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ในเขตบริการ สุขภาพที่ ๔ ได้ผ่านการทำงานหนัก และมีความตั้งใจพัฒนาการทำงานอย่างดียิ่ง จนสามารถนำเสนอในรูปแบบต่างๆในวันนี้ได้ การประชุมวิชาการครั้งนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข อัน นำไปสู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งประชาชน ในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ดังจะเห็นได้จากผลงานที่มานำเสนอในวันนี้

ผมขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ และทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข จนเกิดผลงานที่น่าชื่นชมหลากหลายประการ ในทุกพื้นที่ของเขตบริการสุขภาพที่ ๔ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหน่วยงานและ กลุ่มพลังองค์กรต่างๆในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ ร่วมมือร่วมใจกันพัฒนางานให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ ด้วยบทบาทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงาน เพื่อนำไปสู่ประชาชนสุขภาพดี เจาหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนอย่างยั่งยืนต่อไป

บัดนี้ ได้เวลาอันเป็นมงคลแล้ว กระผมขอเปิดการประชุมนำเสนอผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๕๙ “ปฏิรูประบบสุขภาพ : ประชาชนสุขภาพดี เจาหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ณ บัดนี้

\*\*\*\*\*

## เสวนาวิชาการสุขภาพ

“ทิศทางและการก้าวเดินหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)”


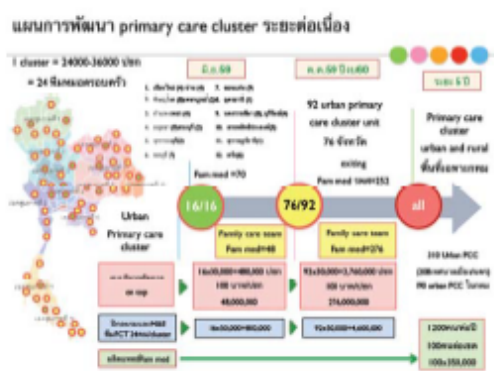
โดย

นพ.บุญชัย ธีระกาญจน์ สาธารณสุขนิเทศน์ เขตสุขภาพที่ ๓กระทรวงสาธารณสุข

ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.ดวงดาว ศรียากุล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

นพ.สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี (ผู้ดำเนินการเสวนา)

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>แผนพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุน Primary Care Cluster</b></p>  <p>“1 ล้านครอบครัวมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล”</p> </div>	 <p><b>แผนการพัฒนา primary care cluster ระยะต่อเนื่อง</b></p> <p>1 cluster = 3400-3600 ครัวเรือน = 26 ครัวเรือนครอบครัว</p> <p>Urban care cluster: 16/16</p> <p>Family care team: 76/92</p> <p>Family care team: 100/100</p> <p>100 Urban PCC (2000 ครัวเรือน/เมือง) 90 Urban PCC (รวม)</p> <p>12000 ครัวเรือน 1000 ครัวเรือน 1000 ครัวเรือน</p>
<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">เป้าหมาย</div> <p>มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6300 คน ใน 10 ปี</p> <div style="background-color: #004a87; color: white; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>การปฏิรูประบบสุขภาพโดยอาศัยการจัดการภายในพื้นที่ระดมทุน ภายใต้การสนับสนุนเชิงนโยบายและกลไกสนับสนุน</p> </div>	<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">สถานการณ์ปัจจุบัน</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในรพชนบทมีทั้งหมดประมาณ 700 คน</li> <li>ผู้ช่วยแพทย์ชนบทเร่ร่อน แต่ไม่นำเงินเดือน 200-300 คนต่อปี ในรพชนบท</li> <li>อัตรากำลังประมาณ 300 คนต่อปี</li> </ul> <div style="background-color: #004a87; color: white; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>แพทย์ที่ปฏิบัติงานใน PCC สามารถเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (จว. รว) หรือแพทย์ทั่วไป แพทย์สาธารณสุขที่จบแล้วเรียนแพทย์ เกษียณอายุเข้ารับการบรรจุราชการแล้ว แต่ในระบอบการคลังสนับสนุน ให้เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว</p> </div>
<p><b>การวางแผนกำลังคนด้านการแพทย์เพื่อรองรับ PCC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>ระยะสั้น:</b> จัดระบบแพทย์ทั่วไป แพทย์สาธารณสุข แพทย์เกษียณอายุ และแพทย์ฉุกเฉินมีบัตรเวชศาสตร์ครอบครัวที่ไม่ได้ทำหน้าที่นี้ พักสุด 5 weekend โดยเงินใจสำคัญคือ เสด็จจังหวัด ต้องมีแผนพัฒนา PCC รองรับและแพทย์ต้อง register เป็นเจ้าของ PCC นั้นๆ (ซึ่งคือการตั้งรกรากในชุมชน 1 ล้านคนคิดคลินิกแพทย์ครอบครัวใน 2560 ครัวเรือน ทุกจังหวัด ต้องมี PCC อย่างน้อย 2 แห่งเป็นเขตเมือง 1 และเขตชนบท 1)</li> <li><b>ระยะยาว:</b> สนับสนุนให้เกิดระบบต่างๆ ในการผลิตทั้ง formal training และ in service training เพื่อให้เกิดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</li> </ul>	<p><b>การเข้าเรียนของแพทย์แต่ละกลุ่ม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มที่ถือวาระคือการจัดการเรียน เช่น การเรียนใน <u>service training</u> ในรพชนบท และเรียนแพทย์สาธารณสุขอีก</li> <li>กลุ่มที่ถือวาระคือการอยู่ในพื้นที่ ที่ดูวาระคือการคืนแก่เรือนแพทย์และสนับสนุนด้วยเงิน chonm เป็นการเรียนในพื้นที่แบบ <u>in service training</u> (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม ODOD CPIRD New track)</li> <li>กลุ่มที่ถือวาระคือการอยู่ในพื้นที่ เป็นแพทย์ที่ทำงานอยู่ในรพชนบทคืนแก่แพทย์ใช้ทุนปี 2 ขึ้นไป</li> </ol> <p>*** ข้อขยายการเรียนในรูปแบบ 3 นี้ยังไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์ที่ไม่ได้สอบตรงคืนแก่เรือน chonm แต่ก็ยังคงทำ in service training ในพื้นที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบได้</p>



### สรุปแนวทางเพิ่ม วว. รองรับ PCC

- กลุ่มที่ 1 *formal training* : เพิ่มสถานที่ฝึกอบรม เป็นสาขาของแอมบิวเลนซ์ เข้าเรียนได้ทันที และปรับหลักสูตรให้เป็น *community engagement training* ในส่วนสถาบันอบรมที่ตั้งใกล้กระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มจากศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาทุกแห่ง
- กลุ่มที่ 2 *in service training* : เพิ่มคุณภาพสถาบันสหชน จัดสรรเวลาเรียนให้เหมาะสม
- กลุ่มที่ 3 : เพิ่มช่องทางทางการฝึกอบรม ให้สามารถเข้าสู่ *in service training* ได้

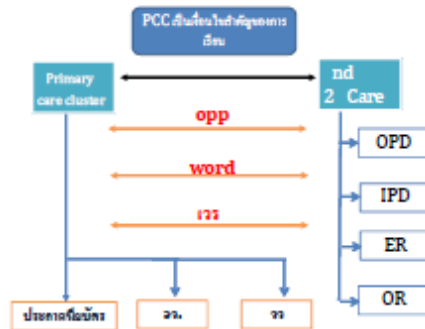
- กลุ่มที่สาม มีอยู่ในสหวิทยาการประสานงานและพิจารณา โดยจากจากคณะกรรมการ
- 1. สามารถนำผลฝึกและกลุ่มที่สามสามารถเข้ารับการเรียนแบบ *in service training* ได้
- 2. กลุ่มที่สามเรียนแบบ *formal training* แต่เป็นหลักสูตร *community engagement training* โดยให้ผลคุณภาพเป็นฐานการจัดการ เช่น *สถานฝึก* (ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาในเขต) : *สถานเรียนรู้ฝึกในจังหวัด+สถานสหชนในจังหวัด = 1:2*

### ศักยภาพการผลิต

	จำนวนสถาบัน	จำนวนคน
<b>Formal training</b>		144
ในสังกัด สป.	10	48
นอกสังกัด สป.	15	96
<b>In-service training</b>		238
สถาบันหลักในสังกัด สป.	32	53
สถาบันหลักนอกสังกัด สป.	3	
สถานที่โดยผู้บริจาค	158	195
<b>รวมจำนวน</b>		382

ข้อมูล แยกตัวตามระดับความร่วมมือที่ครบถ้วนต่างๆ

ปี พ.ศ.	Track 1 Normal Track			Track 2 สถาบันร่วม		Track 3 สถาบันร่วม + สาขาวิชา			รวม (รวมทุกแบบ)
	ศึกษา	อบรม	รวม	อบรม	รวม	ศึกษา	อบรม	รวม	
2552		16	-	12	1		-	-	
2553		13	-	31	5		-	-	
2554		14	-	17	1		-	-	
2555		17	-	18	1		92	43	
2556		29	-	21	0		56	5	
2557		18	-				74	4	
2558		23	-	In Service			140	118	2
2559	144	40					238	114	-



<p style="text-align: center;"><b>แนวคิดการจัดการฝึกอบรม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เปิดช่องทางให้แพทย์ที่กลุ่มที่สนใจเข้าฝึกอบรมได้</li> <li>ไม่ดึงแพทย์ออกจากระบบบางส่วนเกิดปัญหาการบริหาร</li> <li>การบริหารเรื่องขอต่อใบอนุญาต primary care cluster</li> <li>รักษาคุณภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเครือข่าย</li> <li>จัดการให้แพทย์มี ๓๖๖ ๖๐๘ ในทำงานบริการเรียนรู้อุดม</li> <li>ไม่นับเป็นภาระงาน</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>เป้าหมาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ต้องการฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 630 คนต่อปี</li> <li>เพื่อให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6300 คนใน 10 ปี</li> <li>การฝึกในร.แพทย์ และ ๒๖๖๖ สูงสุด 300 คนต่อปี</li> <li>ยังมีช่องว่างการฝึก และจำนวนต้องการประมาณ 300 คนต่อปี ที่ต้องเพิ่มในเขตพื้นที่สาม</li> </ul>																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<p style="text-align: center;"><b>แนวทางเพิ่มกลุ่มที่สาม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มที่สาม ยังอยู่ในระหว่างการประชุมหาแนวทางแล้วพิจารณา โดยอาจลดภาระของแนวทาง</li> <li>1. สามารถปลดล็อกและดึงกลุ่มที่สามสามารถเข้าสู่การเรียนแบบ in service training ได้</li> <li>2. กลุ่มที่สามเรียนแบบ formal training แต่เป็นหลักสูตร community engagement training โดยใช้บุคลากรที่เป็นฐานการบริหาร เช่น <b>สถานันหลัก</b>(ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาในเขต) : <b>สถานันร่วมผลิตในจังหวัด+สถานันชุมชนในจังหวัด = 1:2</b> ปี</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Community engagement training</b> โดยการจัดการภายในสถานศึกษา Formal training</p> <p>เรียนในรพท. รพท. รพช. ขนาดใหญ่แล้วศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาเป็นสถานันหลัก รพทเป็นสถานันชุมชน แต่เป็นการบริหารจัดการแบบพหุสถานันฝึกอบรม</p> <p>เป็นหลักสูตรที่ทำงานในพื้นที่ระดับจังหวัดข้ามเขตสุขภาพ และเรียน ได้ตามหลักสูตรอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานราชวิทยาลัยและแพทยสภา</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<p style="text-align: center;"><b>เกณฑ์สถาบันฝึกอบรมหลัก</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="10">จำนวนบุคลากรที่เข้าพบในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยนอก (เตียง)</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>12</td> <td>14</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยฉุกเฉิน (เตียง)</td> <td>300</td> <td>350</td> <td>400</td> <td>450</td> <td>500</td> <td>550</td> <td>600</td> <td>650</td> <td>700</td> <td>750</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>18</td> <td>21</td> <td>24</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียง (เตียง)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียง (เตียง)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียง (เตียง)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>จำนวนเตียง (เตียง)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		จำนวนบุคลากรที่เข้าพบในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	จำนวนเตียงผู้ป่วยนอก (เตียง)	2	3	4	5	6	8	10	12	14	16	จำนวนเตียงผู้ป่วยฉุกเฉิน (เตียง)	300	350	400	450	500	550	600	650	700	750	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	20	30	30	40	40	60	60	60	60	60	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	3	3	9	12	15	18	21	24	24	24	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	<p style="text-align: center;"><b>ตัวอย่างหลักสูตร</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inter n</td> <td>FM</td> <td>Med</td> <td></td> <td></td> <td>Sx</td> <td></td> <td>Paed</td> <td></td> <td>OB&amp;GYN</td> <td>Ortho</td> <td></td> <td>ER</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Pr</td> <td colspan="12">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Med</td> <td colspan="6">Sx</td> </tr> <tr> <td colspan="6">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="6">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CCR1</td> <td colspan="4">CCR2</td> <td colspan="4">CCR3</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">R2</td> <td colspan="6">CCR1</td> <td colspan="6">CCR4</td> </tr> <tr> <td colspan="3">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="3">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="3">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="3">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> </tr> <tr> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>Psych</td> <td>Skin</td> <td>Rehab</td> <td>Eye</td> <td>ENT</td> <td>Anes &amp; X Ray</td> </tr> <tr> <td colspan="6">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="6">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>FM</td> <td>Selective 1</td> <td>Selective 2</td> <td colspan="4">Elective</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="6">สถานันฝึกอบรมหลัก</td> <td colspan="2">non</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Inter n	FM	Med			Sx		Paed		OB&GYN	Ortho		ER	Pr	สถานันฝึกอบรมหลัก												Med						Sx						สถานันฝึกอบรมหลัก						สถานันฝึกอบรมหลัก						CCR1				CCR2				CCR3				R2	CCR1						CCR4						สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก			FM	FM	FM	FM	FM	FM	Psych	Skin	Rehab	Eye	ENT	Anes & X Ray	สถานันฝึกอบรมหลัก						สถานันฝึกอบรมหลัก						R3	FM	FM	FM	FM	FM	FM	Selective 1	Selective 2	Elective					สถานันฝึกอบรมหลัก						non					
	จำนวนบุคลากรที่เข้าพบในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยนอก (เตียง)	2	3	4	5	6	8	10	12	14	16																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยฉุกเฉิน (เตียง)	300	350	400	450	500	550	600	650	700	750																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	20	30	30	40	40	60	60	60	60	60																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	3	3	9	12	15	18	21	24	24	24																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																	
จำนวนเตียง (เตียง)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																																																																																																																															
Inter n	FM	Med			Sx		Paed		OB&GYN	Ortho		ER																																																																																																																																																																																																																																																																															
Pr	สถานันฝึกอบรมหลัก																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	Med						Sx																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	สถานันฝึกอบรมหลัก						สถานันฝึกอบรมหลัก																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	CCR1				CCR2				CCR3																																																																																																																																																																																																																																																																																		
R2	CCR1						CCR4																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก			สถานันฝึกอบรมหลัก																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	FM	FM	FM	FM	FM	FM	Psych	Skin	Rehab	Eye	ENT	Anes & X Ray																																																																																																																																																																																																																																																																															
	สถานันฝึกอบรมหลัก						สถานันฝึกอบรมหลัก																																																																																																																																																																																																																																																																																				
R3	FM	FM	FM	FM	FM	FM	Selective 1	Selective 2	Elective																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	สถานันฝึกอบรมหลัก						non																																																																																																																																																																																																																																																																																				

<p><b>หลักการในการออกแบบปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ฝึกการเขียนให้ ward FM คือการปฏิบัติงานใน PCC ที่มีคุณภาพ ในการประเมินการเขียน การสอน การทำงาน</li> <li>• สามารถบริหารจัดการเป็นเครือข่ายสถาบันการเขียนการสอนได้ ใน ระดับเขต (สถาบันหลัก+สถาบันร่วม+สถาบันสมทบ) โดยคำนึงถึง เมืองไทยจนจำนวนอาจารย์และประสบการณ์การเขียนผู้สอน นักศึกษา</li> <li>• มีสถาบันหลักและสถาบันร่วมรวมถึง PCC ที่ฝึกปฏิบัติงาน ต้องถูก รับรองมาตรฐานโดยราชการไทย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หมายเหตุ: ward FM หมายถึง การปฏิบัติงานใน PCC เป็นหลักโดยสามารถ ปฏิบัติงานในศป. ในสถานพหุศ. DHS และต่อไปในระหว่างเข้ารับการประเมินได้</li> <li>• : PCC คือคุณภาพหมายถึง PCC คือ FCT สำหรับทุกโรงเรียนที่ร่วม ปฏิบัติงานตามแผนทบทวนระบบบริหารปฏิรูปงานและมาตรฐานระดับสูง และได้รับ การรับรองจากราชไทย</li> </ul>																																								
<p><b>ตัวอย่างหลักสูตร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปี 1 ฝึกงานศึกษาหลักในสถานฝึก 10 เดือน และให้เขียน ward FM 2 เดือน ในสถานฝึก</li> <li>• ปี 2-3 ฝึกงานใน ward FM 18 เดือน ( สถานฝึกหลักและสถาบันร่วมตามแผนระบบราชการ เขตกำหนดที่ทำงานระดับสากลระดับชาติแล้ว)</li> </ul> <p>ฝึกงาน ward minor DHS community approach สถานฝึกสมทบ/ สันติพิทักษ์ 6 เดือน</p> <p>หมายเหตุ : สถานฝึกหลักในสถานฝึกหลัก จะเป็นผู้ใช้โปรแกรมและเอกสารฝึกงานที่ ward famed ผ่านทางห้องเรียนที่มีสื่อต่างๆ</p> <p>หมายเหตุ เป็นกิจกรรมร่วมกับภาครัฐบาล ร่วมกับพันธมิตรหลักสูตรสมทบภาครัฐ</p>	<p><b>ประมาณกำลังการผลิตในอีก 3 ปี จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ขนาด</th> <th>ศ.พ.</th> <th>จำนวน</th> <th>จำนวน ผู้ฝึกสอน</th> <th>จำนวนบุคลากร แพทย์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>ศพ/ศูนย์แพทย์</td> <td>28</td> <td>X2=56</td> <td>X3=84</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>ศพ</td> <td>57</td> <td>X2=114</td> <td>X3=171</td> </tr> <tr> <td>M1</td> <td>ศพ</td> <td>31</td> <td>X2=62</td> <td>X3=186</td> </tr> <tr> <td>M2F 2</td> <td>ศพ</td> <td>87</td> <td>X1=87</td> <td>X2=174</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td></td> <td></td> <td>319</td> <td>561</td> </tr> </tbody> </table> <p>จำนวนอาจารย์แพทย์ที่เพียงพอ และการพัฒนาที่ดีของตัวบุคลากรผลิต</p>	ขนาด	ศ.พ.	จำนวน	จำนวน ผู้ฝึกสอน	จำนวนบุคลากร แพทย์	A	ศพ/ศูนย์แพทย์	28	X2=56	X3=84	S	ศพ	57	X2=114	X3=171	M1	ศพ	31	X2=62	X3=186	M2F 2	ศพ	87	X1=87	X2=174	รวม			319	561										
ขนาด	ศ.พ.	จำนวน	จำนวน ผู้ฝึกสอน	จำนวนบุคลากร แพทย์																																					
A	ศพ/ศูนย์แพทย์	28	X2=56	X3=84																																					
S	ศพ	57	X2=114	X3=171																																					
M1	ศพ	31	X2=62	X3=186																																					
M2F 2	ศพ	87	X1=87	X2=174																																					
รวม			319	561																																					
<p><b>การเริ่มต้น</b></p> <p>ให้ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาขึ้นคตินักเป็นฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีนโยบายให้การศึกษาระดับศาสตรบัณฑิตในศสค. และ ศสค.</li> <li>2. มีสถาบันที่รองรับและสนับสนุนจำนวนศาสตรบัณฑิตที่ทุกแห่ง</li> <li>3. ขยายการสนับสนุนให้เพิ่มศักยภาพและพลัง</li> <li>4. จัดสรรบุคลากรระดับศาสตรบัณฑิตให้เพียงพอ</li> </ol>	<p><b>ข้อมูลศึกษาผลการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ปัจจุบัน)</b>  <b>Formal training</b>  โดยสถาบันหลัก (ศสค.) กระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>สถาบันฝึกอบรม ฝึกอบรม ศสค. จำนวน 8 แห่ง</th> <th>จำนวนการฝึกอบรม FM ฝึกอบรม (คน)</th> <th>จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>พ.สว.เชียงใหม่</td> <td>8</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>พ.สว.บุรีรัมย์</td> <td>7</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>พ.สว.ประจวบคีรีขันธ์</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>พ.สว.อุบลราชธานี</td> <td>8</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>พ.สว.การุณยสถานราชบุรี</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>พ.สว.สงขลา</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>พ.สว.สงขลานครินทร์</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>พ.สว.ราชบุรี</td> <td>10</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รวม</td> <td>48</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา : ศสพธ. (ศพ.2559)</p>	ปี	สถาบันฝึกอบรม ฝึกอบรม ศสค. จำนวน 8 แห่ง	จำนวนการฝึกอบรม FM ฝึกอบรม (คน)	จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2559	1	พ.สว.เชียงใหม่	8	7	2	พ.สว.บุรีรัมย์	7	6	3	พ.สว.ประจวบคีรีขันธ์	1	3	4	พ.สว.อุบลราชธานี	8	5	5	พ.สว.การุณยสถานราชบุรี	9	5	6	พ.สว.สงขลา	3	3	7	พ.สว.สงขลานครินทร์	2	3	8	พ.สว.ราชบุรี	10	4		รวม	48	36
ปี	สถาบันฝึกอบรม ฝึกอบรม ศสค. จำนวน 8 แห่ง	จำนวนการฝึกอบรม FM ฝึกอบรม (คน)	จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2559																																						
1	พ.สว.เชียงใหม่	8	7																																						
2	พ.สว.บุรีรัมย์	7	6																																						
3	พ.สว.ประจวบคีรีขันธ์	1	3																																						
4	พ.สว.อุบลราชธานี	8	5																																						
5	พ.สว.การุณยสถานราชบุรี	9	5																																						
6	พ.สว.สงขลา	3	3																																						
7	พ.สว.สงขลานครินทร์	2	3																																						
8	พ.สว.ราชบุรี	10	4																																						
	รวม	48	36																																						

**ข้อมูลศึกษาการฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Formal training (อนาคต)**

โดยสถาบันฝึกอบรม (ศศ.) กระทรวงสาธารณสุข  
 ศศ. 37 แห่ง สามารถฝึกเป็นสถาบันฝึกเพื่อเพิ่มศักยภาพ 25 แห่ง  
 รวมศักยภาพการฝึก 74 คน

#	สถาบันฝึกอบรม (ศศ.) จำนวน 25 แห่ง	จำนวนแพทย์ ประจำ FM ในศูนย์ (คน)	จำนวนแพทย์ ประจำสถาบัน ฝึกอบรม (คน)	รวมศักยภาพ ฝึกเป็น (คน)
1	ศศ. เชียงใหม่	4		3
2	ศศ. นครศรีธรรมราช	4		3
3	ศศ. สงขลา	3	3	2
4	ศศ. นครราชสีมา	8	5	7
5	ศศ. นคร	4		3
6	ศศ. สุราษฎร์ธานี	1		0
7	ศศ. พิษณุโลก	2		1
8	ศศ. สวญชัยบุรี	2	3	1
9	ศศ. นครศรีธรรมราช (วิทยาลัยพยาบาล)	2		1
10	ศศ. นครศรีธรรมราช	1		0
11	ศศ. นครศรีธรรมราช	7	5	6
12	ศศ. นครศรีธรรมราช (วิทยาลัย)	2	3	1

ที่มา : สสส.

หน้า 10

**ข้อมูลศึกษาการฝึกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Formal training (อนาคต)**

โดยสถาบันฝึกอบรม (ศศ.) กระทรวงสาธารณสุข  
 ศศ. 37 แห่ง สามารถฝึกเป็นสถาบันฝึกเพื่อเพิ่มศักยภาพ 25 แห่ง  
 รวมศักยภาพการฝึก 74 คน

#	สถาบันฝึกอบรม (ศศ.) จำนวน 25 แห่ง	จำนวนแพทย์ ประจำ FM ในศูนย์ (คน)	จำนวนแพทย์ ประจำสถาบัน ฝึกอบรม (คน)	รวมศักยภาพ ฝึกเป็น (คน)
13	ศศ. นครศรีธรรมราช	5		4
14	ศศ. นครศรีธรรมราช	0	7	7
15	ศศ. นครศรีธรรมราช	1		0
16	ศศ. นครศรีธรรมราช	0	5	0
17	ศศ. นครศรีธรรมราช	4		3
18	ศศ. นครศรีธรรมราช	6		5
19	ศศ. นครศรีธรรมราช	2		1
20	ศศ. นครศรีธรรมราช	0		0
21	ศศ. นครศรีธรรมราช	5		4
22	ศศ. นครศรีธรรมราช	6	3	5
23	ศศ. นครศรีธรรมราช	0		0
24	ศศ. นครศรีธรรมราช	10	4	9
25	ศศ. นครศรีธรรมราช	4		3
	<b>รวม</b>	<b>108</b>	<b>39</b>	<b>74</b>

ที่มา : สสส.

**สรุปการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว**

- 1 การจัดการนศกรของกรมสาธารณสุข = formal training แบบปกติ
- 2 การจัดการในกระทรวงสาธารณสุข

2.1 formal training แบบ CET โดยให้ลดคุณภาพพื้นฐาน  
 เนื่องจากศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา สามารถสมัครได้ตั้งแต่จบแพทย์ศาสตร์

2.2 in service training (ปรับปรุง) เปิดโอกาสให้แพทย์ทุก  
 คนสามารถเรียนได้ สามารถสมัครได้ตั้งแต่จบเป็น extern

จำนวนค่า 2.1 กับ academic 2.2 กับประสบการณ์ในทันที

**ตารางเปรียบเทียบสมมติฐานหลักสูตร**

	ความยากเย็น	วิชาการ	หนักสูดหนักของ
academic	+	+++	+++
CET	++	++	++
In-service training	+++	+	+

**เป้าหมายผลิต fammed วว. 600 คน/ปี**

	59	60	61	62	63	64	65	66
แพทย์ประจำบ้าน	50	55	60	65	100	100	100	100
In service training	50	70	114	115	200	200	200	200
CET		0	0	0	100	200	200	400
จำนวนผลิตได้ทันที	100	125	174	180	400	500	600	700

CET : คือการอบรมหลักสูตรที่มีกับแพทย์ในระบบ  
 โดยการใช้ รพท. รพช. ที่มีศักยภาพเป็นสถาบันหลักในการฝึกอบรม  
 หมายเหตุ : โดยได้ดูเบื้องต้นกับราชวิทยาลัยแล้ว เริ่มผลิตปีละ 50 คน ปี 2563

**เป้าหมายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใน PCC 6500 คน**



	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
แพทย์ประจำบ้าน ใน PCC	350	475	651	831	1231	1731	2380	3080	3780	4480	5180	5880
แพทย์ประจำบ้าน ใน PCC ที่ใช้ประโยชน์ รวมกับ ผลิต แพทย์ประจำบ้าน, or	100	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
แพทย์ประจำ บ้านที่มี วิชาศึกษา พิเศษ In service training			100	200	300	400	400	400	400	400	400	400
รวมแพทย์ที่ปฏิบัติงาน PCC	350	625	901	1181	1681	2281	2930	3630	4330	4930	5730	6430

เป้าหมายการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่พร้อมทำงานใน primary care cluster  
 ปีละ 200 คน

### ข้อเสนอเพื่อผลักดัน

- ก่อมีการจัดการ โครงการ PCCO หรือโครงการอื่น ๆ ในระดับเขตและจังหวัด
- การสร้างแรงจูงใจให้พ่อแม่ (incentive) และผู้ดูแลเด็ก (incentive)
- อภิปรายประเด็นในระหว่างการเรียนรู้ เช่น การนับวันลาเรียน การไม่นับเป็นลาเรียน เห็นถึงความยืดหยุ่นต่างๆ
- กำหนดเงินอุดหนุนให้ถึงสถานศึกษา อย่าหมายชนเพื่อไม่ให้เป็นการซ้ำซ้อนกับที่รับผิดชอบ

 <p style="text-align: center;">ทิศทางและการก้าวเดิน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>  <p style="text-align: right; font-size: small;">น.พ.บุษกร อัครเกษม ประธานศูนย์แพทย์ เขตสุขภาพที่ 3</p>	 <div style="text-align: center;">  <p><b>คลินิก ทีมครอบครัว</b> Primary Care Cluster</p> </div> 
 	 
 	<p style="text-align: center;"><b>Primary Care Cluster</b> จึงต้องไม่ใช่ Extended OPD</p> <p>บริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรก ที่มีคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>✓ หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว</li> </ul> 

<p style="text-align: center;"><b>ทีม หมอครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>หมายถึง ทีมบุคลากรสุขภาพที่ ร่วมกันรับผิดชอบสุขภาพ ประชากร จำนวนหนึ่งที่เกิดลงร่วมกัน เป็นการประจำ และมีบทบาทให้บริการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>ดูแล บริการสุขภาพ ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และรุกไปในชุมชน หรือสถานที่ทำงานของประชาชน อย่างเหมาะสม</li> </ul> 	<p style="text-align: center;"><b>ทีม หมอครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบข้อมูลที่ใช้ประกอบการดูแลสุขภาพ ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงได้ (ไม่ได้ใช้เพื่อรายงานเท่านั้น)</li> <li>การดูแลต้องเป็นไปในรูปแบบดูแลสุขภาพคน ไม่ใช่ โรค ดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสานเชื่อมโยง บ้าน ชุมชน หน่วยบริการทุกระดับ</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ต้องออก ทีมหมอครอบครัวเดิมทีไปในแต่ละระดับ</b> ให้หมอร่วมทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการวางแผนและร่วมดูแลสุขภาพร่วมกัน ไม่ใช่แค่ออกเยี่ยมบ้าน หรือ ออกตรวจ OPD</p> 												
<p style="text-align: center;"><b>หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว</b></p> <table border="1" data-bbox="287 683 694 929"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"><b>บริการต้นทางเบื้องต้น</b> First Contact Care</td> <td>บริการสุขภาพพื้นฐานที่บุคลากรสาธารณสุข ให้บริการเป็นประจำ เป็นบริการด่านแรก ทุกกลุ่มอายุ ทุกครอบครัว ทุกกลุ่ม ชุมชน ทั้งบริการแผนกเดิมกับทีม เวชกิจ บริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีการวินิจฉัยโรคร่วมโรค การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้สูงอายุ</td> </tr> <tr> <td><b>ต่อเนื่อง</b> Continuity</td> <td>ต่อเนื่อง ตามสายความเจ็บป่วย ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ</td> </tr> </table> 	<b>บริการต้นทางเบื้องต้น</b> First Contact Care	บริการสุขภาพพื้นฐานที่บุคลากรสาธารณสุข ให้บริการเป็นประจำ เป็นบริการด่านแรก ทุกกลุ่มอายุ ทุกครอบครัว ทุกกลุ่ม ชุมชน ทั้งบริการแผนกเดิมกับทีม เวชกิจ บริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีการวินิจฉัยโรคร่วมโรค การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้สูงอายุ	<b>ต่อเนื่อง</b> Continuity	ต่อเนื่อง ตามสายความเจ็บป่วย ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ	<p style="text-align: center;"><b>หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว</b></p> <table border="1" data-bbox="885 683 1292 929"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"><b>เบ็ดเสร็จ</b> <b>องค์รวม ผสมผสาน</b> Comprehensive, Holistic, Integrated Care</td> <td>ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคม และมีการพัฒนาของประชาชน ในด้าน การแพทย์ จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"><b>เข้าถึงบริการ</b> Accessibility</td> <td>จัดการเพื่อประชาชนได้ง่ายขึ้นบริการ</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"><b>ประสานการปรึกษา</b> Consultation</td> <td>การประสานเชื่อมโยงกับชุมชน องค์การ ภาค ตรีตยาศัย CHS ประสานการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เชื่อมโยง <b>Service Plan</b></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"><b>ส่งต่อ</b> Referral System</td> <td>จัดระบบส่งต่อที่ไปและกลับ</td> </tr> </table> 	<b>เบ็ดเสร็จ</b> <b>องค์รวม ผสมผสาน</b> Comprehensive, Holistic, Integrated Care	ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคม และมีการพัฒนาของประชาชน ในด้าน การแพทย์ จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ	<b>เข้าถึงบริการ</b> Accessibility	จัดการเพื่อประชาชนได้ง่ายขึ้นบริการ	<b>ประสานการปรึกษา</b> Consultation	การประสานเชื่อมโยงกับชุมชน องค์การ ภาค ตรีตยาศัย CHS ประสานการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เชื่อมโยง <b>Service Plan</b>	<b>ส่งต่อ</b> Referral System	จัดระบบส่งต่อที่ไปและกลับ
<b>บริการต้นทางเบื้องต้น</b> First Contact Care	บริการสุขภาพพื้นฐานที่บุคลากรสาธารณสุข ให้บริการเป็นประจำ เป็นบริการด่านแรก ทุกกลุ่มอายุ ทุกครอบครัว ทุกกลุ่ม ชุมชน ทั้งบริการแผนกเดิมกับทีม เวชกิจ บริการด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต และองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้มีการวินิจฉัยโรคร่วมโรค การดูแลด้านแม่และเด็ก และการดูแลผู้สูงอายุ												
<b>ต่อเนื่อง</b> Continuity	ต่อเนื่อง ตามสายความเจ็บป่วย ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ												
<b>เบ็ดเสร็จ</b> <b>องค์รวม ผสมผสาน</b> Comprehensive, Holistic, Integrated Care	ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคม และมีการพัฒนาของประชาชน ในด้าน การแพทย์ จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ												
<b>เข้าถึงบริการ</b> Accessibility	จัดการเพื่อประชาชนได้ง่ายขึ้นบริการ												
<b>ประสานการปรึกษา</b> Consultation	การประสานเชื่อมโยงกับชุมชน องค์การ ภาค ตรีตยาศัย CHS ประสานการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เชื่อมโยง <b>Service Plan</b>												
<b>ส่งต่อ</b> Referral System	จัดระบบส่งต่อที่ไปและกลับ												
<p style="text-align: center;"><b>บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ด้วยเทคโนโลยี</b></p> <table border="1" data-bbox="279 1108 702 1400"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">บริการทุกคน</td> <td>ให้บริการทุกคนทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งกลุ่มดี เสียง ป่วย</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">บริการทุกที่</td> <td>ให้บริการทั้งเชิงรับในหน่วยบริการ และการให้บริการเชิงรุกในชุมชน</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">บริการทุกอย่าง</td> <td>Comprehensive, Holistic, Integrated Care ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่ ไป-กลับ</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี</td> <td>เวลาเช้า-เย็น เวลาว่าง ใช้เทคโนโลยี เช่น Line group</td> </tr> </table> 	บริการทุกคน	ให้บริการทุกคนทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งกลุ่มดี เสียง ป่วย	บริการทุกที่	ให้บริการทั้งเชิงรับในหน่วยบริการ และการให้บริการเชิงรุกในชุมชน	บริการทุกอย่าง	Comprehensive, Holistic, Integrated Care ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่ ไป-กลับ	บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี	เวลาเช้า-เย็น เวลาว่าง ใช้เทคโนโลยี เช่น Line group	<p style="text-align: center;"><b>Primary Care Cluster</b></p> <p>ใน 10 ปีข้างหน้า คนไทยทุกคนจะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัว ในสัดส่วนที่เหมาะสม</p> <p style="background-color: #e0e0e0;">Concept บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี</p> <p>Concept หมอครอบครัว 1 ทีม : 10000 คนลดด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p style="background-color: #e0e0e0;">ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ Fam mod 1 คน พยาบาล 4 คน นว. หรือ จ.น.การดูแล 2 คน ทันตภิบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมเป็น 1 ทีม รวม 3 ทีมเป็น 1 Cluster มีทันตแพทย์เพิ่ม 1 คน นักร้อง 1 คน จ.น.นศ. 2 คน และ กายภาพบำบัด 1 คน</p> <p>การจับให้จัดทำเป็น Virtual account เพื่อหาต้นทุบที่แท้จริง ไม่แยกการบริหาร การเงินการคลัง และบุคลากร</p> 				
บริการทุกคน	ให้บริการทุกคนทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งกลุ่มดี เสียง ป่วย												
บริการทุกที่	ให้บริการทั้งเชิงรับในหน่วยบริการ และการให้บริการเชิงรุกในชุมชน												
บริการทุกอย่าง	Comprehensive, Holistic, Integrated Care ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สุขภาพ ต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่ ไป-กลับ												
บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี	เวลาเช้า-เย็น เวลาว่าง ใช้เทคโนโลยี เช่น Line group												

พื้นที่ศาสตร์ ครอบคลุม

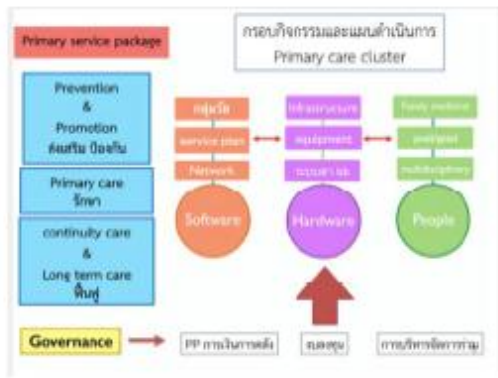
วิชาชีพ	จำนวน	Team	รวม
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ผู้ชำนาญการ	110,000	1	1
พยาบาล/เวชปฏิบัติ	12,000	4	12
ทันตแพทย์	130,000		1
เภสัชกร	140,000	1	3
นักกายภาพบำบัด	190,000		2
นักจิตวิทยาคลินิก	115,000		2
นักโภชนาการ	15,000	2	4
แพทย์เฉพาะทาง	110,000	1	3
เภสัชกรเฉพาะ	190,000		1
รวม		9	32



การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการ

- ด้านการเงินการคลัง : จัดทำบัญชีรับ-จ่ายเสมือน (Virtual account) เพื่อลดต้นทุน ซึ่งมีข้อดี (ไม่รวมถึงเป็น Center จากกระทรวง พ.ต.ช. ใต้การบริหารตนเอง)
- รวมงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้เป็นชุดรวมกัน ทั้งงบผู้บ่มเพาะ, งบกองทุน PP-Basic service, งบส่วนของงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจากแพทย์, งบโปรแกรมกองทุนแพทย์แผนไทยและชนบทสุขภาพไทยด้วยซ้ำด้วย
- ควรถูกบูรณาการบริการเชื่อมกับองค์กร ได้แก่ PP-Basic Service ให้อำเภอ บริหารเป็นรัฐจัดการ, และ PP Area-based และ PP Community ให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ
- ด้านการฟื้นฟู : ใช้ระบบจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่สหภาพเภสัชกร
- ด้านการบริหารบุคคล : ใช้ระบบจัดเก็บข้อมูลเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สหภาพเภสัชกร



Primary service package	บริการชุมชน	ศูนย์ชุมชน	บุคลากร	Primary service packages
Prevention & Promotion (ส่งเสริม ป้องกัน)	หญิง (0-5 ปี) covered	Stroke	Stroke	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression
	เด็ก (0-14 ปี)	Sur, O, Vacc, Ch, Fed, Health, NCD, HT, TB, HIV	Sur, O, Vacc, Health, NCD, HT, TB, HIV	
Primary care (รักษา)	ผู้ป่วยฉุกเฉิน	Stroke	Stroke	AMC, BSBTB, NCD CLINIC, CKD CLINIC, Stroke, STEEP alert
continuity care & Long term care (ฟื้นฟู)	ผู้ป่วยเรื้อรัง	Stroke, Diabetes, Heart, Hypertension	Stroke, Diabetes, Heart, Hypertension	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC
	ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	Cancer	Cancer	

Ultimate goal of Primary care cluster

หญิง (0-5 ปี)	บริการชุมชน	บริการชุมชน ศูนย์ชุมชน	บุคลากร
หญิง (0-5 ปี) covered	เด็กทารกแรกเกิด, เด็กแรกเกิด, เด็กทารก 0-5 ปี	ส่งเสริมสุขภาพ, -เด็กแรกเกิดและโรคติดต่อ, วัคซีน	ส่งเสริมสุขภาพ, วัคซีน
เด็ก (0-14 ปี)	ส่งเสริมสุขภาพ, วัคซีน, เด็กแรกเกิด, เด็กทารก 0-5 ปี	ส่งเสริมสุขภาพ, วัคซีน	ส่งเสริมสุขภาพ, วัคซีน
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน
ผู้ป่วยเรื้อรัง	ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน
ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน, ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน	ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน

แบบทางการจัดการ

บริการ	บริการชุมชน	ศูนย์ชุมชน	บุคลากร	บริการ	บริการ	บริการ
Stroke	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression	Stroke awareness, screening, ICHCA, Cervix, Cataract/DR/depression
Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC	Stroke Rehabilitation, Home health care, palliative, LTC





แนวทางการจัดการ

ประเภท	พื้นที่	ระยะ	พื้นที่	ระยะ	พื้นที่	ระยะ
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่



เป้าหมายดำเนินการ

ระยะที่ 1 มิถุนายน 2559	16 จังหวัดใน 12 เขต 48 ทีม เชียงใหม่ / พิษณุโลก / นครสวรรค์ / อุตรดิตถ์ / สุพรรณบุรี / นครปฐม / บุรีรัมย์ / นครราชสีมา / สุราษฎร์ธานี / สงขลา
ระยะที่ 2 ตุลาคม 2559	348 ทีม ในทุกจังหวัด
ระยะที่ 3 5 ปี	3250 + ทีม
ระยะที่ 4 10 ปี	6500



เป้าหมายดำเนินการ

ประเภท	พื้นที่	ระยะ	พื้นที่	ระยะ	พื้นที่	ระยะ
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่
พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่	พื้นที่

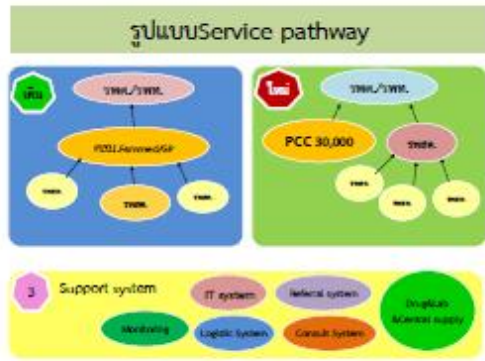
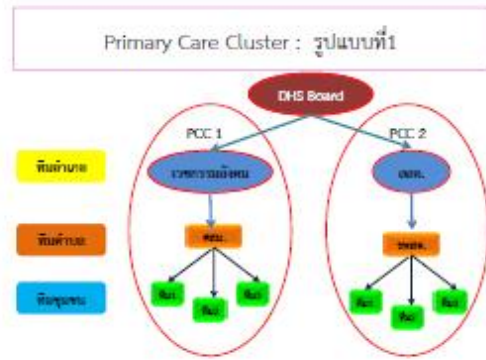


	พ.ศ.	On call	จำนวน	เงินใช้	รวม
เขต พิษณุโลก	(1000) +5000	(500/200)	500	-	1000
เขต พิษณุโลก	(1000)	(500/200)	-	-	1000
เขต พิษณุโลก	-	(500/200)	-	(500/500)	4000
เขต พิษณุโลก	(1000) +5000	-	-	-	1000
เขต พิษณุโลก	(5000-5000)	-	-	-	5000
เขต พิษณุโลก	(5000-2000)	รวม	-	-	4000
เขต พิษณุโลก	(15000-1500)	(500/200)	-	-	4000
เขต พิษณุโลก	(10000-1000)	-	-	-	5000
เขต พิษณุโลก	(20000-2000)	-	-	-	2000
เขต พิษณุโลก	2000	-	-	-	2000
เขต พิษณุโลก	1000	-	-	-	5000





ประชากรอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 207,429 คน



**ภาพรวมการจัดกลุ่มบริการ**

เขตที่ 1

เขตบริการ	PCC 1	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
ประชากร	32,000	39,000	47,000	44,500	66,500
คลินิก/พชร.	1	5	6	6	6
เตียง	1	5	4	5	4

เขตที่ 2

เขตบริการ	PCC 1	PCC 2	PCC 3	PCC 4	PCC 5	PCC 6	PCC 7
ประชากร	32,000	29,500	28,900	34,100	31,000	27,700	26,600
คลินิก/พชร.	1	3	3	5	4	3	5
เตียง	1	5	3	3	3	2	3



### ระบบขนส่ง

ทำการจัดการระบบขนส่งถึงกับต้นตอต่างๆ (Logistic) ได้แก่ เวชภัณฑ์ วัสดุ การแพทย์ สิ่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการ วัสดุอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ การขนส่งของสดเพื่อไม่ให้การกักจัดอย่างถูกต้อง

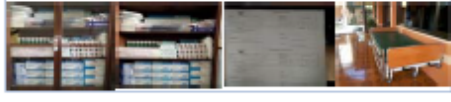


### ระบบเวชภัณฑ์

- จัดให้มีระบบภายในเครือข่าย ดังนี้
1. การกระจายยาและเวชภัณฑ์ กำหนดให้มีบัญชียา
    - บัญชียาของ ศสม. ซึ่งจ่ายโดยแพทย์(FMVGP)
    - บัญชียาของ รพสต. ซึ่งจ่ายโดยพยาบาล
  2. ระบบควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
    - ระบบการนิเทศ กำกับติดตาม
    - ระบบการจัดเก็บ คลังยา
    - ระบบการกระจายยา โดยเฉพาะ Cold chain system
    - คุณภาพการใช้และจ่ายยา : ความสะอาดเชื้อเพลิงพาหนะ , ASU

### ระบบวัสดุการแพทย์

- จัดให้มีการสนับสนุนวัสดุให้เพียงพอต่อการใช้งาน
- มีการควบคุมการใช้ที่เหมาะสม
- จัดระบบเบิกจ่าย วิธีการหรือขั้นตอนการเบิกจ่ายที่มีความสอดคล้องตัว

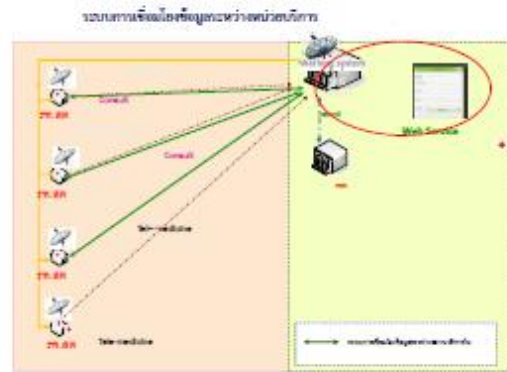


### ระบบควบคุมกำกับเฝ้าระวังการติดเชื้อ(IC)

- การจัดการวัสดุและเครื่องมือเพื่อให้ปราศจากเชื้อ : มีแนวทางการควบคุมทั้งในเครือข่าย
- มีระบบควบคุมกำกับ ตรวจสอบคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน
- การจัดการพื้นที่ให้บริการภายในหน่วยงานได้เหมาะสมตามหลักการ
- การจัดการขยะ : ขยะติดเชื้อที่รพ.แม่ข่าย โดยระบบขนส่งเครือข่าย

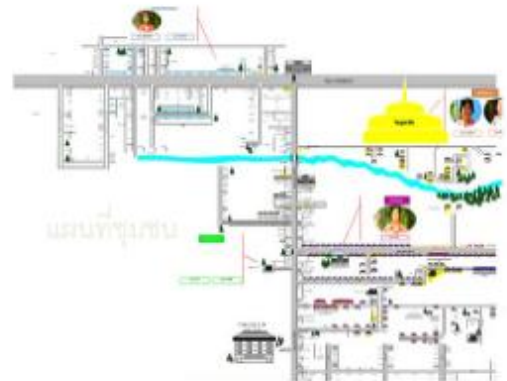
### ระบบการตรวจขั้นสูงโรค

- ระบบบริการ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ
  1. การให้บริการขั้นสูงโรคมะเร็ง/พยาธิ ความมาตรฐานจัดให้มี 4 รายการ คือ Prog<sup>+</sup> test, Hematocrit, Urine strip, DTX
  2. บริการขั้นสูงโรค โดยแม่ข่าย :
    - NCD group ได้แก่ การตรวจคัดกรองประจำปี พืชถ่ายภาพจอประสาทตาด้วย Fundus camera , CXR , LAB ต่างๆ
    - CD group ได้แก่ Sputum exam , CXR
- ระบบควบคุมคุณภาพ มีการเลื่อนเทียบเครื่องมือ 1 ครั้ง/ปี และทำ IQC/EQA โดยแม่ข่ายเป็นผู้กำกับดูแล



มี 17 ชุมชน

ประชากรในเขตเทศบาล  
 มีทั้งสิ้น 21,585 คน  
 รวมทุกสิทธิ์และผู้ไม่มีประกัน  
 ประมาณ 32,000 คน  
 (รวมทั้งผู้ขอรับสิทธิบัตรสุขภาพ)





### การบริการภายในหน่วยบริการ



### การจัดบริการเชิงรุก



### การสร้างชุมชนให้มีส่วนร่วม



### การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



### Consultation Line



### Essential care

### การดูแลผู้สูงอายุ

- เขตเทศบาลเมืองพิษณุพนธ์ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.62
- ผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 20.26 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคขึ้นไป
- เนื่องจากภาวะสุขภาพทรุดโทรม
- มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุได้ตัวของคนดูแล
- ญาติเป็นผู้รับภาระดูแล ความเครียดเนื่องในการรักษา
- มีการรักษาแบบโหวงหรือแพทย์ทางเลือกโดยไม่รู้ว่าจะต้องหรือไม่
- ขาดผู้ดูแล เนื่องจากญาติอาจต้องไปทำงาน
- ไม่มีรูปแบบการดูแลเป็นระบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

สำรวจและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง



กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ออกสำรวจและเยี่ยมผู้สูงอายุ



พิธีมอบรางวัลผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด ประจำปี 2561



### รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



### รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางถึง	รายละเอียด	เดือน													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
การออกกำลังกาย	- ให้ความรู้ - การสร้างแรงจูงใจ - การตั้งเป้าหมาย														
การรับประทานอาหาร	- การฝึกพฤติกรรมตนเอง - การให้คำปรึกษา														
การปรับเปลี่ยน และ ใช้ยา	- การเสริมพลัง - สนับสนุน														



### การดำเนินงานแก้ไขปัญหารีไซเคิลในพื้นที่



### กรอบแนวคิดการจัดการบริการ



### การดำเนินงาน



### การฝึกกำลังร่วมทุกภาคส่วน



### กระบวนการดูแลอย่างมีส่วนร่วม







### ผลลัพธ์ : ระดับชุมชน

2. สถานศึกษา มีการดำเนินงาน ดังนี้

- มาตรการช่วยเหลือของ ให้ทำต้นแบบ หากผิดให้ยกเลิก
- การจัดการเรียน
- มาตรการป้องกันร่วมกับตำรวจ \* 1 ตำรวจ 1 สถานศึกษา \* และกรณีเกิดเหตุควรส่งมอบในจุดนี้เอง

3. ผู้ปกครอง

- มีการนิเทศเป็นระยะ
- ร่วมลงขันจับจ่ายอุดหนุนโรงเรียน 4 ครั้ง/ปี

### ผลลัพธ์ : กลุ่มเป้าหมาย

ผลระดับบุคคล

- อัตราการเลิกสูบบุหรี่
- พบเลิกสูบบุหรี่ภายใน 3 เดือน อัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 16.9
- พบเลิกสูบบุหรี่ด้วยการติดตาม สครบ 12 เดือน อัตราการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.89
- Stage of change
- ค่าเฉลี่ยก่อนการบำบัด เท่ากับระดับ 3.87 หลังการบำบัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81

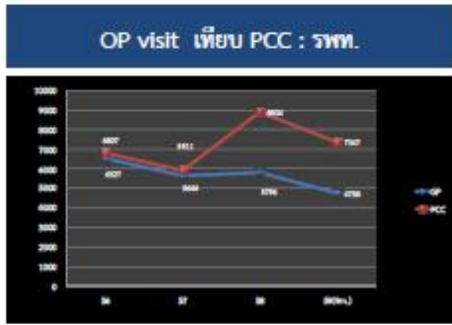
### Virtual account

รายการสรุปค่าใช้จ่ายของศูนย์ฯ (R2R) ช่วงวันที่ 1/1/2562 - 31/12/2562

ลำดับ	รายละเอียด	เป็นเงิน
1	รายการต้นทุนคงที่ของศูนย์ฯ	4,230,000.00
2	ค่าเช่าที่ดิน อาคาร สวช.เชียงใหม่	00,240.40
	ค่าเช่าที่ดินอาคารสำนักงาน	3,266,263.95
	ค่าเช่าที่ดินอาคารที่อยู่อาศัย	377,828.00
	ค่าเช่าที่ดินอาคารอเนกประสงค์	486,263.63
3	ค่าจ้างบุคลากรสนับสนุน	1,230,160.00
	ค่าจ้างวิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการ	285,833.30
4	ค่าเช่ารถโดยสารประจำทาง (รถรับส่ง)	19,999,246.00
	ค่าเช่ารถโดยสารประจำทาง (รถรับส่ง)	19,999,246.00
5	ค่าจ้างบุคลากร R2R (รวมค่าตอบแทน)	3,400,000.00
	ค่าจ้างบุคลากร R2R (รวมค่าตอบแทน)	1,400,000.00
6	ค่าจ้างบริการ R2R (รวมค่าตอบแทน)	136,234.00
	ค่าจ้างบริการ R2R (รวมค่าตอบแทน)	136,234.00
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>119,991,223.74</b>

### ประเมินผลการจัดบริการ





### การจัดบุคลากร

สาขาวิชาชีพ	จำนวน	มีถึง		จำนวนของ PCC
		PCC	ทีมบริการผู้ป่วย	
แพทย์	3	3	1	0
ทันตแพทย์	1	0	0	1
เภสัชกร	1	0	1	0
พยาบาล	12	8	6	4
นักวิชาการสาธารณสุข/พช.	6	3	3	3
ศึกษานิเทศ	1	1	0	0
เจ้าหน้าที่งานบริการ	1	1/2	0	16
แพทย์แผนไทย/แพทย์	1	16(ไม่มี)	0	16
อาสาสมัคร	1	0	0	1



### การจัดบุคลากร

สาขาวิชาชีพ	จำนวน	มีถึง		จำนวนของ PCC
		PCC	ทีมบริการผู้ป่วย	
แพทย์	3	3	1	0
ทันตแพทย์	1	0	0	1
เภสัชกร	1	0	1	0
พยาบาล	12	8	6	4
นักวิชาการสาธารณสุข/พช.	6	3	3	3
ศึกษานิเทศ	1	1	0	0
เจ้าหน้าที่งานบริการ	1	1/2	0	16
แพทย์แผนไทย/แพทย์	1	16(ไม่มี)	0	16
อาสาสมัคร	1	0	0	1

## แผนพัฒนาต่อไป

- การจัดการกำลังคน
- การนำโปรแกรม COC มาใช้
- การจัดทำ Personal health record
- Virtual Account
- การจัดสร้างอาคารใหม่



## ภาพรวมการพัฒนา



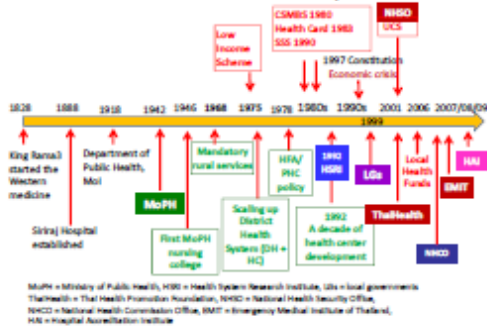
ขอบคุณค่ะ

## การพัฒนาารบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านมามาและความท้าทาย

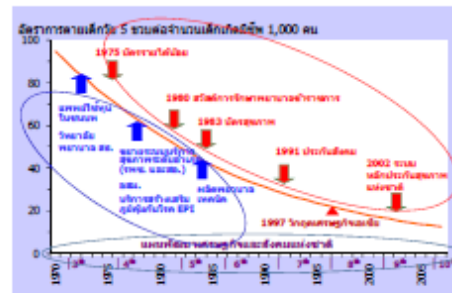
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์  
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
วันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

การพัฒนาารบบบริการสุขภาพของไทยที่ผ่านมามา

### วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพไทย



### การพัฒนาที่ผ่านมามา: ให้ความสำคัญกับคนจนและชนบท

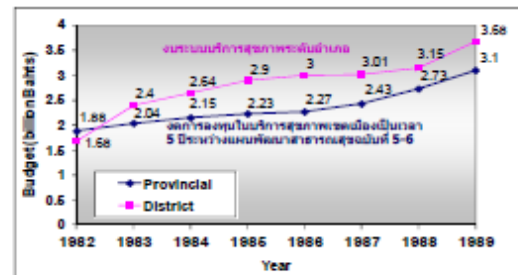


### รัฐบาลเพิ่มการลงทุนด้านสาธารณสุขและศึกษา

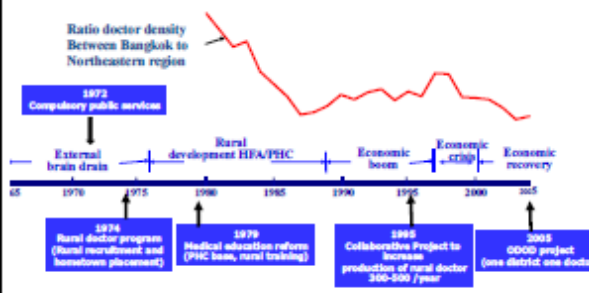


Source: Bureau of Budget

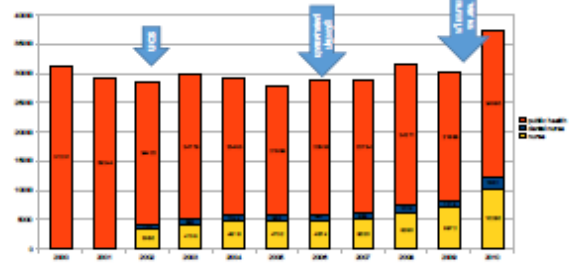
### กระทรวงสาธารณสุขโยกงบไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพอำเภอ



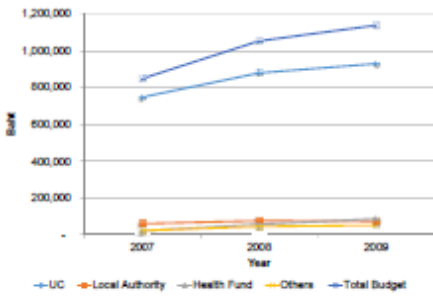
ยุทธศาสตร์กำลังคนสำหรับแพทย์ในช่วงที่ผ่านมา



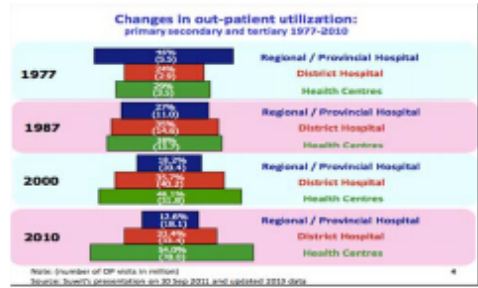
นโยบายที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค.ศ. 2000 - 2010



รายได้เฉลี่ยของ รพ.สต.จากแหล่งต่างๆ

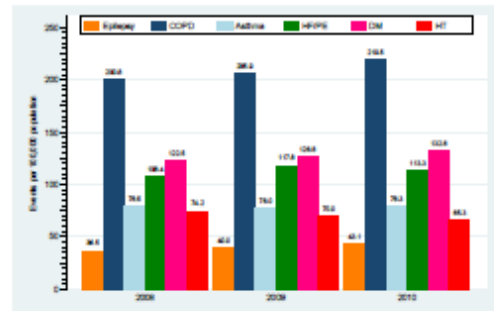


การใช้บริการสุขภาพของคนไทยโยกไปยังบริการปฐมภูมิมากขึ้น

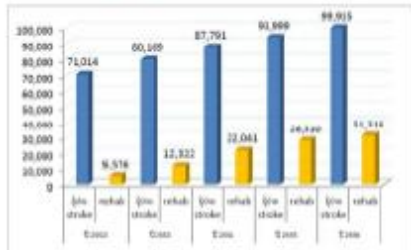


ลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิมากขึ้นแล้วใจ???

อัตราอนโรพยาบาลด้วยโรคที่สามารถป้องกันด้วยบริการปฐมภูมิ

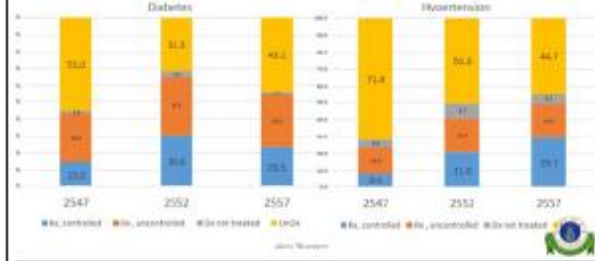


**การเข้าถึงบริการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**



ที่มา: ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเข้าถึงผู้ป่วยใน สถาบันโรคทรวงอกและ สสส.ปีงบประมาณ 2552-2558

**การเข้าถึงและคุณภาพบริการ**



Source: NHDS V

**ผลการศึกษาดำรงชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปี 2553- 2558**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	2553		2554		2555		2556		2557		2558	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน	23,443		26,320		28,649		27,512		33,288		32,596	
	อัตราการควบคุม FPG	38.4%		34.1%		36.2%		38.9%		31.0%		33.2%	
1	มีระดับ FPG อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (70-130 mg/dL)	42.6%		40.7%		39.2%		37.8%		37.9%		38.2%	
2	อัตราการควบคุม HbA1c ปีละ 1 ครั้ง	73.8%		74.9%		78.9%		79.0%		77.0%		80.8%	
3	การมีไขมัน HbA1c < 7%	35.6%		34.6%		33.4%		35.1%		35.6%		36.3%	

Source: MedNetNet

11

**ผลการศึกษาดำรงชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	2553		2554		2555		2556		2557		2558	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	45,533		49,965		52,428		53,839		33,227		32,420	
1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (HT<140/90 mmHg และ DM&HT<130/80 mmHg) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา												
	- ส่วนกลุ่ม 1 ควบคุมความดันโลหิต	61.0%		59.5%		59.5		60.0%		63.3%		60.9%	
	- ส่วนกลุ่ม 2 ควบคุมความดันโลหิต	-		47.7%		40.3%		41.7%		42.7%		41.0%	
	- ส่วนกลุ่ม 3 ควบคุมความดันโลหิต	-		-		-		-		30.5%		32.2%	
	การวัดความดันโลหิตโดยผู้ให้บริการสุขภาพ (HT<140/90 mmHg และ DM&HT<130/80 mmHg)	56.1%		59.7%		59.0%		61.2%		65.5%		63.7%	

Source: MedNetNet

12

**ผลการศึกษาดำรงชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

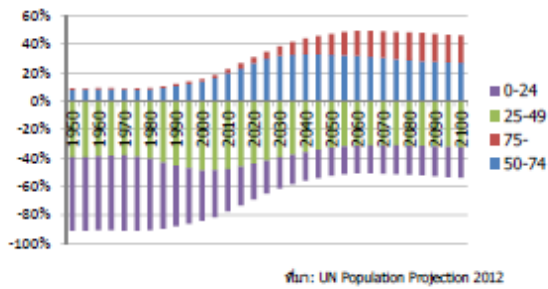
ลำดับ	ตัวชี้วัด	2553		2554		2555		2556		2557		2558	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	45,533		49,965		52,428		53,839		33,227		32,420	
2	การมีไขมัน LDL < 100 mg/dL	-		17.3%		17.5%		17.6%		15.5%		16.0%	
3	การตรวจคอเลสเตอรอลทั้งหมดที่พบไขมัน	2.2%		3.7%		3.6%		3.6%		4.4%		3.9%	
4	การตรวจคอเลสเตอรอลทั้งหมดที่พบไขมันดี	5.3%		7.2%		6.9%		6.7%		8.0%		7.0%	
5	การตรวจคอเลสเตอรอลทั้งหมดที่พบไขมัน	4.3%		9.3%		10.1%		8.9%		12.8%		12.1%	

Source: MedNetNet

13

ความท้าทายในระบบบริการสุขภาพไทย

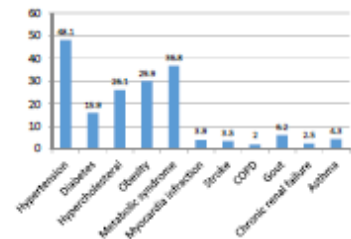
ประชากรไทยวัย 50+ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ



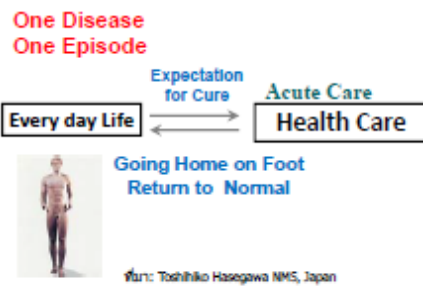
وضعیتสุขภาพในประเทศไทยทั่วไป

- ข้อมูล NHES III & V
- ความชุกของ DM ในประชากร 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 7% ในปี 2004 เป็น 8.9% ในปี 2014
- ความชุกของ HT เพิ่มขึ้นจาก 22% เป็น 24.9%
- BMI > 25 เพิ่มขึ้นจาก 28.1% เป็น 37.5%
- BMI > 30 เพิ่มขึ้นจาก 6.9% เป็น 10.9%

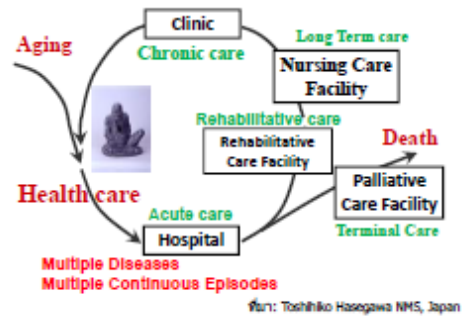
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



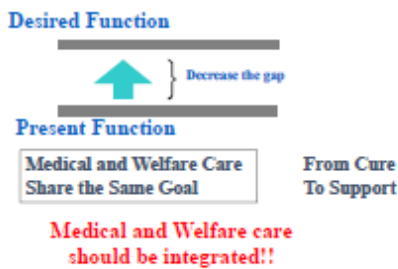
Care Model developed in 19 century : Acute Care



Care model for the 21 century: Care Cycle



เป้าหมายใหม่ในการดูแลด้านสุขภาพ



นโยบาย Primary Care Cluster จะสร้างความแตกต่างอะไร?และอย่างไร?

รายชื่อผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ 4  
ประเภทวาจา

**ชื่อเรื่อง** การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสระบุรี  
**ผู้วิจัย** พิธา พรหมลิขิตชัย<sup>5</sup> อานนท์ ไทยเจริญ<sup>5</sup> เสาวลักษณ์ ยิ่งดำรง<sup>6</sup>  
<sup>5</sup> นายแพทย์โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี  
<sup>6</sup> เกสัชกรโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

### บทคัดย่อ

#### ที่มา

การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ใช้อยาต้านการแข็งตัวของเลือดในรูปแบบคลินิกวาร์ฟาริน พบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่คลินิกส่วนใหญ่มีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นผลให้การติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ใกล้ชิดเท่าที่ควร ดังนั้น โรงพยาบาลสระบุรีได้จัดตั้งเครือข่ายคลินิกวาร์ฟารินร่วมกับโรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่งและโรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่งเข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่าย

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่การรักษาคงที่แล้วได้รับยาใกล้บ้าน
๒. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจติดตามค่า INR ได้ดีขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยา
๓. เพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินได้ตาม service plan

#### วิธีการดำเนินงาน

๑. สร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ warfarin online เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรีสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาของผู้ป่วย และสามารถใช้โปรแกรมในการปรับขนาดยาไปในแนวทางเดียวกัน
๒. ผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีเครื่องตรวจวัด INR และยาวาร์ฟาริน

#### ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยถูกส่งกลับจำนวน 86 ราย โดยเป็นผู้ป่วย Non Valvular Atrial Fibrillations มากที่สุดคือ 63 ราย (73%) รองลงมาคือ Prosthetic valve replacment (mechanical) 15 ราย (17%) Valvular Atrial Fibrillations 5 ราย (5.8%) Embolic stroke 3 ราย (3.5%) ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาเฉลี่ยทุก 4 สัปดาห์ ในขณะที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 8.5 สัปดาห์

#### สรุปผลการดำเนินงาน

การพัฒนาระบบเครือข่ายคลินิกวาร์ฟารินช่วยให้การติดตามผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น คือ ผู้ได้รับการตรวจหาค่า INR จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวนครั้งเฉลี่ยมากกว่ามาโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านการแข็งตัวของเลือด และผู้ป่วยได้รับยาใกล้บ้านทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

**คำสำคัญ** โรคหัวใจยาต้านการแข็งตัวของเลือด



เรื่อง เครือข่ายบริการชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อจังหวัดปทุมธานี

ผู้วิจัย ไพรัช พิณฑพาศย์<sup>5</sup> เอื้อมพร ลุ่มบุตร<sup>6</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

<sup>6</sup>นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

## บทคัดย่อ

### บทนำ

ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังถือเป็นปัญหาหลักในระบบสุขภาพ เพราะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะไตเสื่อม ในจังหวัดปทุมธานี และนำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ดังนั้นการพัฒนาเครือข่ายบริการชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ (CKD Care Network) ในโรงพยาบาลทุกระดับอาจช่วยลดความรุนแรงของโรค และชะลอจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย

### วิธีการดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีได้ร่วมกับโรงพยาบาลปทุมธานี ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เขตสุขภาพที่ 4 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี ดำเนินการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาโรคไตมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2555 ถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้บุคลากรเป็นในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดบริการชะลอไตเสื่อมเยี่ยมติดตามและสนับสนุนในรูปแบบสร้างแรงจูงใจ การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโดยเฉพาะการจำแนกผู้ป่วยรายบุคคลตามระยะของโรค เพื่อจำแนกผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการชะลอไตเสื่อม สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และขยายแนวร่วมการจัดการไปยังคลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ เพื่อให้สามารถมีระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุมประชากร กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในแต่ละระดับหน่วยบริการ จัดระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างรพช.กับรพท.ในรูปแบบ Fast tract เพื่อลดระยะเวลารอคอย และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบอายุรแพทย์โรคไต

### ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ด้านการจัดระบบบริการ จังหวัดปทุมธานีมีคลินิกชะลอไตเสื่อม(CKD Clinic) ในรพ.ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ100 ดังนั้น หน่วยบริบาลระดับ S จำนวน 1 แห่ง (รพ.ปทุมธานี),ระดับ M2 จำนวน 1 แห่ง (รพ.ธัญบุรี) ระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง (รพ.คลองหลวง, ประชาธิปัตย์, หนองเสือ, ลาดหลุมแก้ว และลำลูกกา) และF3 จำนวน 1 แห่ง (รพ.สามโคก) การตรวจ Serum Creatinine ด้วยวิธี enzymatic method จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 75) และตรวจโดยใช้วิธี Jaffe จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 25) และคาดว่าเมื่อสิ้นปี 2559 จะเป็น enzymatic method 100% มีหน่วยบริการที่เป็น CAPD Node จำนวน 2 แห่ง (รพ.คลองหลวง, ลำลูกกา) ในปี 2558 และปี 2559 เพิ่มอีก1 แห่งคือรพ.หนองเสือ

2. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2557, 2558 และ มิ.ย. 2559 ดังนี้ ผู้ป่วย DMและ/หรือHT ที่ได้รับตรวจคัดกรองโรคไต ร้อยละ 31.62, 46.20 และ 69.57 อัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>/yrร้อยละ 72.54, 60.74 และ 61.26 การควบคุมความดันโลหิตได้ถึงค่าเป้าหมาย (130/80 mmHg) ร้อยละ 62.82,67.49 และ 69.26 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงเป้าหมาย (HbA1C) ร้อยละ 7.31, 5.11 และ 7.33 ตามลำดับ ปี 2558 สามารถชะลอผู้ป่วยจาก CKD Stage 4 ไป CKD Stage 5 ร้อยละ 87.86 และอุบัติการณ์ unplanned dialysis ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DMและ/HT) ลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 3.40, 1.56 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 ตามลำดับ และยังไม่มียุบัติการณ์ในปี 2559 (ข้อมูลถึง มิ.ย.2559)

### อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมของจังหวัดปทุมธานีในรูปแบบเครือข่ายระบบบริบาลชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อ มีผลลัพธ์ทางคลินิกคือสามารถชะลอการเสื่อมของไตให้ผู้ป่วย ลดจำนวนผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ ลดจำนวนผู้ป่วยรับการล้างไตฉุกเฉิน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสร้างเครือข่ายระบบบริบาลชะลอไตเสื่อมแบบไร้รอยต่อของจังหวัดปทุมธานี ประสบความสำเร็จ คือการได้รับความร่วมมืออย่างดีทั้งจากหน่วยบริบาลแม่ข่ายลูกข่ายและภาคีเครือข่ายในรูปแบบ DHS มีการเยี่ยมติดตามจากโรงพยาบาลปทุมธานีร่วมกับทีมวิชาการจากคณาจารย์สาขาวิชาโรคไตของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี

คำสำคัญ โรคไต ภาวะไตเสื่อม พัฒนาระบบบริการ

เรื่อง การพัฒนาระบบการเข้าถึงและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ผู้วิจัย ศรัณญา บุญโญ<sup>5</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

## บทคัดย่อ

### ที่มาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยโดยเป็น 1 ใน 3 โรคภัยที่คนไทยกำลังเผชิญ และก่อให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละการเสียชีวิต 14.29, 15.56, 11.80 ในปี 2554, 2555 และ 2556 (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า) และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้น้อย จำนวนผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ 0, 7, 5 รายในปี 2554, 2555 และ 2556 คิดเป็นร้อยละ 0, 12.5 และ 6.95 ตามลำดับ (ข้อมูลจาก Stroke corner โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า) ดังนั้นกลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จึงได้พัฒนาระบบการเข้าถึงและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานอย่างทันเวลา

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเข้าถึงการบริการได้ทันเวลาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วิธีการดำเนินงาน

จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการสร้างเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองให้ควมรู้ ( Stroke Alert & Awareness ) ปรับระบบส่งต่อปรับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีระบบช่องทางด่วน Stroke fast track และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน กำหนดให้มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพของโครงการ ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการทันเวลา 4.5 ชั่วโมง 2) อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 3) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ผลการดำเนินงาน

หลังจากการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น อัตราการตายลดลง อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนลดลง และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงคือ ในปี 2555 ถึง 2559 (มิถุนายน) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการทันเวลา 4.5 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 56, 72, 120, 274 และ 208 รายตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น เท่ากับ ร้อยละ 12.50, 6.94, 31.67, 26.65 และ 36.64 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง เท่ากับ ร้อยละ 14.56, 11.80, 8.58, 1.67 และ 1.72 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง คือ อัตราการเกิดโรคปอดบวมลดลง เท่ากับ ร้อยละ 0.95, 0.56, 0.00, 0.00 และ 0.22 ตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง เท่ากับ 5.99, 6.33, 5.38, 4.13 และ 3.87 ตามลำดับ

### สรุปและการนำไปใช้ประโยชน์

ในการพัฒนางานจะต้องมีการเก็บข้อมูล และนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาสร้างเครือข่ายสามารถทำให้การสื่อสารข้อมูลจากตติยภูมิไปสู่ปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้งานประสบผลสำเร็จการนำไปในงานประจำ (รพสต. / รพช. มีป้าย fast track มีการ warning ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM HT DLP สูบบุหรี่) และมีระบบการส่งต่อและมีระบบให้คำปรึกษา

### ปัจจัยแห่งผลสำเร็จคือ

การมีนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและร่วมกันแก้ไขปัญหของพื้นที่

คำสำคัญโรค หลอดเลือดสมอง การพัฒนาระบบบริการการเข้าถึงระบบบริการ

เรื่อง การพัฒนาตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir  
(Development of Oseltamivir Extemporaneous Preparation)

ผู้วิจัย สมยศ พันธุ์วัฒนาชัย<sup>๕</sup> วิทยาลัยการศึกษาด้านเภสัชกรรม

<sup>๕</sup> ภาสัชกร โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

### บทคัดย่อ

#### ความสำคัญและที่มา

เนื่องด้วยในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก และไข้หวัดใหญ่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีการสั่งใช้ยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir เป็นจำนวนมาก จึงมีการผลิตยาเตรียมขึ้นเพื่อสำรองให้เพียงพอต่อการใช้ยา แต่เนื่องจากตัวยา Oseltamivir มีปัญหาด้านความคงตัวของยา ทำให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนาตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir เพื่อให้ได้ตำรับยาเตรียมเฉพาะรายที่เหมาะสมที่สุดในรูปแบบยาน้ำรับประทาน โดยคำนึงถึง ความคงตัวของยาและเคมีรสชาติที่ดีและปริมาณยาตามกำหนด

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

โดยศึกษาหาข้อมูลพื้นฐานของตัวยา Oseltamivir ตั้งตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir 15mg/ml โดยปราศจาก Sucrose จะได้ส่วนประกอบหลักของตำรับดังนี้ 1) Oseltamivir (75 mg) 20 Capsules เป็นตัวยาสำคัญ (Active ingredient) 2) Citric acid 25% qs. to pH 5 เป็นสารปรับความเป็นกรดต่าง (pH Adjustment) 3) Paraben conc. 0.1% เป็นสารกันเสีย (Preservative) แต่งรสชาติเพื่อกลบรสขมของยา Oseltamivir โดยใช้ Sorbitol, Glycerin และ aspartame เป็นสารให้ความหวานและประเมินรสชาติของตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir จากอาสาสมัคร 20 คน โดยประเมินความพอใจ (คะแนนเต็ม 10) ประเมินลักษณะทางกายภาพของตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir ที่อุณหภูมิ 2-8 °C วันที่ 0, 5, 10, 20 และ 35

#### ผลการวิจัยและการวิจารณ์ผลการวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์

ตำรับยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir 15mg/ml ที่ได้คือ Oseltamivir (75 mg) 20 capsules, Sorbitol 70% 20ml, Glycerin 9ml, Citric acid 25% 1.2 ml, Aspartame 0.15g, Paraben conc. 1ml, Distilled water qs. to 100ml.

จากการประเมินลักษณะทางกายภาพของยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir ซึ่งเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 °C พบว่าในวันที่ 0, 5, 10, 20 และ 35 ยาเตรียมเฉพาะรายที่ได้มีลักษณะเหมือนกันคือ เป็นยาน้ำแขวนตะกอน เมื่อตั้งทิ้งไว้จะตกตะกอนสีขาวขุ่น ซึ่งตะกอนสีขาวขุ่นนี้เป็นตะกอนของสารช่วยในแคปซูล Oseltamivir (GPO A Flu<sup>TM</sup>) เพราะสารช่วยในแคปซูลส่วนใหญ่ไม่ละลายน้ำ และตัวยา Oseltamivir phosphate สามารถละลายน้ำได้ดี และจากการศึกษา Preparation and stability of extemporaneous oral liquid formulation of oseltamivir using commercially available capsule ของ Aleksander P. Winiarski และคณะพบว่าตำรับยาเตรียมเฉพาะรายที่ไม่มีน้ำตาล ตัวยา Oseltamivir จะมีความคงตัว 35 วัน และจากการวิจัยนี้มีการปรับ pH ของตำรับยาเตรียมให้อยู่ในช่วง 3-6 ซึ่งเป็นช่วงที่ตัวยา Oseltamivir มีความคงตัว รวมทั้งมีการเติม Paraben concentrate เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในตำรับยาเตรียมเฉพาะรายที่มีส่วนประกอบของน้ำ ดังนั้นจึงสามารถเก็บรักษา ยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir 15mg/ml ที่อุณหภูมิ 2-8 °C ได้นาน 35 วันจากการประเมินรสชาติโดยอาสาสมัคร 20 คน พบว่าได้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 6.4 คะแนนโดยยังมีรสขมของตัวยาน้อย ดังนั้นจึงควรพัฒนาในเรื่องรสชาติของยาเตรียมเฉพาะราย Oseltamivir ต่อไป อาจปรับเพิ่มความหวาน ความเปรี้ยว รวมทั้งสารแต่งกลิ่น เพื่อให้ตำรับยาเตรียมเฉพาะรายนี้รับประทานมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ การเตรียมยาเฉพาะราย Oseltamivir ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก

**เรื่อง** ประเภทปัญหาการใช้ยา และการจัดการปัญหาการใช้ยาในงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ  
โรงพยาบาลอ่างทอง  
(Type of drug related problems and family pharmacist's management in home health care with multidisciplinary team, Angthong hospital)

**ผู้วิจัย** ปกัสรารวรรณทอง<sup>๕</sup> ฐาปณีย์ เดชป้อม<sup>๕</sup>  
<sup>๕</sup>เภสัชกร โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

### บทคัดย่อ

#### ที่มา และวัตถุประสงค์

การติดตามดูแลผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน เป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรครอบครัว โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถค้นหาปัญหาการใช้ยา สาเหตุ และความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาได้ และสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาได้ตรงกับสาเหตุ จากการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบครัว ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 พบว่าเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเภทปัญหาการใช้ยา และความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยา ในผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน รวมถึงวิธีการจัดการ และผลการแก้ไขปัญหายาโดยเภสัชกรครอบครัว และศึกษาลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน เพื่อนำไปวางแผนทางป้องกันกาเกิดปัญหาในผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

#### วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอ่างทอง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ค้นหาปัญหาการใช้ยา แก้ไข ติดตามผลการแก้ไข บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน และโปรแกรม Excel ผู้วิจัยจำแนกประเภทปัญหาเกี่ยวกับยา ซึ่งร่วมกันอภิปรายระหว่างเภสัชกรครอบครัวทั้ง 2 คน โดยประยุกต์ระบบการแยกประเภทจาก The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

#### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านทั้งหมด 235 ราย เป็นชายร้อยละ 53.6 อายุเฉลี่ย  $62.8 \pm 16.3$  ปี ร้อยละ 86.8 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ดูแล พบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 323 ปัญหา (เฉลี่ย 1.4 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย) ปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาในกระบวนการบริหารยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 45.5 ของปัญหาทั้งหมด), ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล (ร้อยละ 34.0) และผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ ความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดปัญหาที่พบมากที่สุด คือการรับยาจากสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง พบในผู้ป่วย 43 ราย รองลงมาคือ ลำบากในการเดินทางมารับรักษา พบ 29 ราย การจัดการปัญหาการใช้ยาที่ใช้มากที่สุดคือ การแนะนำให้ปรับพฤติกรรม พร้อมให้คำแนะนำด้านการใช้ยา ใช้ร้อยละ 68.1 ของวิธีการแก้ไขทั้งหมด รองลงมาคือ การปรึกษาแพทย์เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหายา ร้อยละ 17.0 และการแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เมื่อตรวจครั้งถัดไป ร้อยละ 7.7 ซึ่งในแต่ละปัญหาอาจใช้วิธีการแก้ไขได้มากกว่า 1 วิธี ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของเภสัชกรครอบครัว พบว่าสามารถแก้ไขปัญหายาได้ทั้งหมดร้อยละ 44, แก้ไขปัญหาไม่ได้ ร้อยละ 12.7, แก้ไขได้บางส่วน ร้อยละ 3.4 และไม่สามารถติดตามผล ร้อยละ 39.9 ทั้งนี้เนื่องจากจากระบบการติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 49.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยดูแลการใช้ยาเอง (เกิดปัญหาการใช้ยา 77 ราย จาก 117 ราย), ร้อยละ 41.7 มีผู้ดูแลการใช้ยาให้ (เกิดปัญหาการใช้ยา 70 ราย จาก 98 ราย) และร้อยละ 8.5 ผู้ดูแลจัดให้ แต่ผู้ป่วยหยิบใช้เอง (เกิดปัญหาการใช้ยา 17 ราย จาก 20 ราย)

#### อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษา ดังนั้นการให้คำแนะนำการใช้ยาของเภสัชกรกับผู้ป่วย และผู้ดูแล จึงมีความสำคัญมากในการแก้ไข และป้องกันปัญหาการใช้ยา นอกจากนี้ควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังลงเยี่ยมบ้านต่อไป

**คำสำคัญ** ปัญหาการใช้ยาเภสัชกรครอบครัว

**เรื่อง** ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต โรงพยาบาลบางปะอิน  
(Effects of the Development for type 2 Diabetes Care Model in preventing and Delaying the progression of Diabetic kidney disease Bang pa-in hospital)

**ชื่อผู้วิจัย** ศตกมล ประสงค์วัฒนา<sup>๕</sup> อมรรัตน์ สุขสุวรรณ<sup>๕</sup> ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด<sup>๖</sup>

<sup>๕</sup>พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

<sup>๖</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงรากน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre – Post test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไต เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไต ความรู้เรื่องโรคไตการป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง และศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคไต การป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไต สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต แรงจูงใจต่อการป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไตกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต และอัตราการกรองของไตกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาศัลยกรรมโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ Chi-square และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 40 คน (เนื่องจากผู้ป่วยจำนวน 10 คน เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเรื่องโรคไต การป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไต

ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สิ่งชักนำให้เกิดปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และชะลอความเสื่อมของไต และอัตราการกรองของไต (GFR) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** เบาหวานชนิดที่ 2 ป้องกันไตเสื่อม ชลอความเสื่อมของไต

**เรื่อง** ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอินทร์บุรี

**ผู้วิจัย** จารุณี ปลายยอด<sup>๕</sup> ชีวรัตน์ ต่ายเกิด<sup>๕</sup> อุทัยวรรณแจ่มถาวร<sup>๕</sup> เทอดศักดิ์ เดชคง<sup>๖</sup>

<sup>๕</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

<sup>๖</sup>นายแพทย์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

จากศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด ในปี พ.ศ.2555 พบว่า อัตราผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสียชีวิตด้วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสิงห์บุรี สูงเป็นอันดับแรกในเขตพื้นที่บริการสาธารณสุขที่ 4 เท่ากับ 2,600.8 ประชากรแสนคน ข้อมูลโรงพยาบาลอินทร์บุรี ปี พ.ศ.2558 พบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง 5,168 คน อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ ร้อยละ 83.37 ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว

#### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 43 คนแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 23 คนกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มประกอบด้วย การให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจและสอดแทรกความรู้ในการดูแลตนเอง (3๐ 2ส) เพื่อการควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ทุก 2 เดือน และได้รับ

การให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย อีก 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท/ชนิดอัตโนมัติสอดแขน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายกลุ่มเพื่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง 4) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง แบบสอบถามนี้ สร้างโดย อรสา พันธุ์ภักดีและคณะ (2550) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ t-test

#### ผลการวิจัย

พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจกลุ่มทดลอง มีผู้ที่สามารถควบคุมได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60.90 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

#### อภิปราย สรุป ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ** การให้คำปรึกษา ความดันโลหิตสูง การดูแลตนเอง

**ชื่อเรื่อง** ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพการทรงตัวทางกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (The Efficacy of Physiotherapy Balance Training with Applied Thi-chi Program (PBTC) to Prevent Risk of Fall in Elderly: A Randomized-Controlled Trail)

**ผู้วิจัย** สราวุธ สมพงษ์<sup>5</sup>

<sup>5</sup>นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก

## บทคัดย่อ

### ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุอำเภอปากพลี จ.นครนายก มีจำนวนกว่า 25% ของประชากรซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการประเมินภาวะการทรงตัวพบว่าผู้สูงอายุ 20.73% มีความเสี่ยงในการหกล้มสูงและผู้ป่วยติดเตียง 31.81% มีสาเหตุมาจากการหกล้ม การศึกษาในปัจจุบันพบว่าการศึกษาฟื้นฟูการทรงตัวทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายแบบไทเก๊กมีผลในการฟื้นฟูการทรงตัวได้อย่างดีและสามารถป้องกันการหกล้มในอนาคตได้ แต่ที่ผ่านมาการให้สุขศึกษาและการออกกำลังกายแบบเดิมไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีจำนวนท่าทางที่มากและยากต่อการนำไปใช้ การประยุกต์ระหว่างสองศาสตร์เพื่อสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพการทรงตัวที่เข้าใจได้ง่าย เป็นลำดับขั้นและมีรูปแบบที่เหมาะสม ทำให้เกิดการออกกำลังกายด้วยตนเองมากขึ้น ทำให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ลดการติดบ้านเพิ่มการเข้าสังคม ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุด้วยกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์ในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมโดยใช้การสุ่มตัวอย่างในอาสาสมัครเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 - 70 ปี ในอำเภอปากพลีจำนวน 80 คนโดยคัดออกหากเคยทำ Hip Arthroplastyหรือมีภาวะเสียการทรงตัวขั้นรุนแรง เป็นต้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นจำนวนเท่ากันด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายกลุ่มทดลองทำการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูด้วย Cawthron exercise เป็นเวลา 5 เดือน ทดสอบสมรรถภาพการทรงตัวด้วย ABC Scale, FRT, mBEST, BBS, TUG และศึกษาคุณภาพชีวิตด้วย FACIT-Sp (version4) ก่อนและหลังการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติก่อนและหลังการศึกษาด้วยวิธี Paired Sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธี Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่  $p = .05$  เปรียบเทียบอัตราการใช้โปรแกรมด้วยตนเองในรูปแบบร้อยละ

### ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบ ABC Scale, FRT, mBEST, BBS, TUG ก่อนและหลังโปรแกรมการฟื้นฟูพบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งสองกลุ่ม FACIT-Spของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่า ABC Scale, mBEST, BBS, FACIT-Spมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่พบว่า FRT และ TUG ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ส่วนการศึกษาอัตราการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง 63.77% และกลุ่มควบคุม 30.03% การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพการทรงตัวทางกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์ มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่ารูปแบบเดิม อาสาสมัครมีการออกกำลังกายด้วยตนเองได้มากขึ้น มีสมรรถภาพการทรงตัวดีขึ้นโดยไม่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายใดๆในการจัดกิจกรรมและยังช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย

### การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

งานกายภาพบำบัดใช้ฟื้นฟูสภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุด้วยกายภาพบำบัดร่วมกับไทเก๊กประยุกต์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านและติดสังคมในพื้นที่เพื่อพัฒนาสภาพร่างกายและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลงานขยายต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดนครนายกและในเครือข่าย TSPR เพื่อนำไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพการทรงตัวผู้สูงอายุในพื้นที่และนำไปเผยแพร่ในเวทีวิชาการต่างๆ เพื่อเผยแพร่ผลงานต่อไป



### **ปัจจัยความสำเร็จของการศึกษา**

การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพการทรงตัวด้วยตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้วยโปรแกรมที่มีเป็นลำดับชั้น (Hierarchy) ทำให้สามารถเรียนรู้ไทเก๊กในเชิงประยุกต์และนำไปฟื้นฟูสภาพได้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสม เป็นวิธีที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดพลังร่วมกันในการช่วยกันไปสู่เป้าหมายได้

### **บทเรียนที่ได้รับ**

การพัฒนาโปรแกรมให้ง่ายและสอดคล้องกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ทำให้การฟื้นฟูสภาพการทรงตัวให้เป็นโปรแกรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นลำดับชั้นเหมาะสมและผู้ป่วยได้ใช้จริงอย่างต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดหรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ฟื้นฟูการทรงตัวได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้การศึกษาต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับสภาวะและคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้มแข็งภายในชุมชน ผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน

### **การสนับสนุนจากผู้บริหาร/องค์กร**

ผู้บริหารและทีมวิชาการให้การส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษารั้งนี้เปิดโอกาสในการนำเสนอในเวทีต่างๆ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มประชากรในการศึกษาและวัดผลให้กับผู้วิจัย ทีมนักกายภาพบำบัด และทีม TSPR ที่ดำเนินการให้โปรแกรมการฟื้นฟูในแต่ละกลุ่ม

**คำสำคัญ** ฟื้นฟูสภาพการทรงตัวไทเก๊กประยุกต์การทกลมในผู้สูงอายุ

รายชื่อผลงานวิชาการเขตสุขภาพที่ 4  
ประเภทโปสเตอร์

**เรื่อง** การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเงินของ รพ.สต. ในพื้นที่  
อำเภอบางกรวย (PG01)

**ผู้วิจัย** ทีม R2R สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

### บทคัดย่อ

จากการประเมินผลการดำเนินงานการเงิน การบัญชีระดับจังหวัด พบว่า สสอ.หลายแห่งมีความผิดพลาดด้านตัวเลข ซึ่งสอดคล้องกับผลการนิเทศงานด้านการเงิน การบัญชี ของ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอบางกรวย พบว่า มีข้อผิดพลาดการเงิน การบัญชี ร้อยละ 90 ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ทำให้เกณฑ์ ค่าคงไม่ตรงกัน ผู้จัดทำบัญชีต้องมาตรวจสอบย้อนหลัง ทำให้ภาพลักษณ์และความเชื่อถือขององค์กรลดน้อยลงอำเภอบางกรวย จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบ และการจัดทำรายงานการเงิน โดยการนำระบบโปรแกรม My PCU มาใช้ในการดำเนินงานควบคู่กับรูปแบบการจัดทำรายงานการเงินแบบเดิม ทำให้การทำงานของผู้ปฏิบัติงานของอำเภอบางกรวยมีความสะดวก รวดเร็วมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยการศึกษา เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขระบบให้ดีขึ้น โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องและการจัดการสนทนากลุ่มการถอดบทเรียน และแบบสอบถาม

หลังจากดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องและการจัดการสนทนากลุ่มจำนวน 4 เวที ได้มีการถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อปรับปรุงรูปแบบ และจัดทำรายงานการเงิน โดยการนำระบบโปรแกรม My PCU มาใช้ในการดำเนินงานควบคู่กับรูปแบบการจัดทำบัญชีแบบเดิม ทำให้อำเภอบางกรวยได้คู่มือ และแนวปฏิบัติในการทำการเงินเป็นรูปแบบเดียวกัน ได้แก่ คู่มือการใช้โปรแกรมการเงิน My PCU และ แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรมการเงิน My PCU

จากการศึกษาการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการเงินของ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่า สามารถลดภาระงานของ จนท.การเงิน และตอบสนองความต้องการในการจัดทำรายงานกิจกรรมการเงินได้ สามารถส่งรายงานการเงินได้ตรงความเป็นจริง รวดเร็ว ทันเวลา พร้อมทั้งสามารถพิมพ์เก็บเป็นรูปเล่ม เพื่อนำมาใช้ตรวจสอบตามระเบียบการเงิน โดยมีค่าเฉลี่ยความถูกต้องของรายงาน ร้อยละ 100 และพบว่าความพึงพอใจเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลการเงินโปรแกรม My PCU โดยเก็บข้อมูลจาก จนท. ใน รพ.สต.ที่เป็นพื้นที่นำร่อง 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.วัดสุนทรธรรมิการาม ,รพ.สต.วัดหูช้าง และ รพ.สต.บางสีทอง จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ พบว่า มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลการเงินโปรแกรม My PCU ด้านรูปแบบและการใช้งาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 4.06 (S.D.=0.68) และด้านบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.84 (S.D.=0.76)

**คำสำคัญ** ข้อมูลการเงิน

เรื่อง ยางรัดช่วยได้ (GP02)

ผู้คิดค้น จินตนา หนูนนาค<sup>5</sup>

<sup>5</sup>แม่บ้าน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

### บทคัดย่อ

#### ความเป็นมา

หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 3 ให้การดูแลโรคทางอายุกรรม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีการสื่อสารและการรับรู้ไม่ตรงกัน พบว่ามีกัการทิ้งขยะในถังน้ำสำรองในห้องน้ำ และในถังพักขยะติดเชื่ออยู่บ่อยๆ ทำให้ต้องเสียเวลาในการแก้ไข ดังนั้นทางหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 3 จึงหาแนวทางเพื่อป้องกันการทิ้งขยะไม่ถูกต้อง

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการทิ้งขยะในถังน้ำสำรองและในถังพักขยะติดเชื่อ

#### ตัวชี้วัด

จำนวนครั้งของการทิ้งขยะในถังน้ำสำรองและในถังพักขยะติดเชื่อ = 0

#### วิธีดำเนินการ

- 1.แจ้งเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยรับทราบทุกคน
- 2.แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบโดยติดป้ายถังน้ำสำรองและถังพักขยะติดเชื่อ
- 3.นำยางรัดมารัดฝาถังติดกับตัวถังน้ำสำรอง
- 4.นำยางรัดมารัดฝาถังติดกับตัวถังพักขยะติดเชื่อทุกครั้งหลังแม่บ้านเปิดใส่ขยะติดเชื่อ และหลังเจ้าหน้าที่เก็บขยะติดเชื่อ
- 5.ติดตามประเมินผลหลังใช้ยางรัด

ผลลัพธ์ จำนวนครั้งของการทิ้งขยะในถังน้ำสำรองและในถังพักขยะติดเชื่อ = 0

คำสำคัญ ขยะติดเชื่อ ป้องกันการติดเชื่อ

**เรื่อง** การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพ  
อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี (PP01)

**ผู้วิจัย** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

#### บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอบางใหญ่ พบว่า มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานครอบครัวสภาพแวดล้อม อาชีพ เศรษฐกิจ ที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพขาดการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล ครอบครัวการรับรู้และคืนข้อมูลข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ และขาดการประเมินผลและนำไปใช้ประโยชน์และขยายผลต่อยอด ระบบการดูแลจึงต้องถูกปรับให้สอดคล้องกับปัจจัยปัญหาและบริบทพื้นที่โดยศึกษาสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่เป็นปัจจัยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เพื่อจัดทำระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคลและครอบครัวและพัฒนาเครือข่ายบริการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางใหญ่แบบไร้รอยต่อการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง และคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน รพช.บางใหญ่

ผลการวิจัย ได้ผลผลิต (Product) คือ มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่เหมาะสม กับบริบทพื้นที่อ.บางใหญ่ และเกิดนวัตกรรมการดูแล และ ขยายผลการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ชุดสาธิตโภชนาการ (Bangyai Nutrition Box-set) โดยพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นจาก 10.5 คะแนน เป็น 17 คะแนน การ ควบคุมระดับน้ำตาลเลือดได้อยู่ในระดับ 100-180 mg% ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรมการดูแล ร้อยละ 75 ควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งเกิดเกิดผลกระทบ (Impact) คือ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยมีความสุขในการดำเนินชีวิตมากขึ้น.เกิดความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ และเจ้าหน้าที่เกิดความภาคภูมิใจ

ปัจจัยความสำเร็จคือเครือข่าย 4 ค. ได้แก่ 1)คน คือ คนทำงานที่ต้องมีพลัง และแรงบันดาลใจ รับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเชื่อมโยงกันได้2)คุย คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง และติดตามอย่างเป็นระบบ3) ภาคิเครือข่าย คือ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทั้งหมด ต้องเข้ามามีส่วนร่วม4)โครงสร้างระบบ คือสิ่งที่ต้องวางไว้ในทิศทางเดียวกัน เชื่อมโยงกันได้อย่างไร้รอยต่อ

**คำสำคัญ** เบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**เรื่อง** รูปแบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี(PP02)

**ผู้วิจัย** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

### บทคัดย่อ

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีความสำคัญต่อทารก เนื่องจากเป็นช่วงที่อวัยวะต่างๆ ของทารกเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การฝากครรภ์ช้าจะมีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง น้ำหนักแรกเกิดของเด็กน้อย เป็นต้นในอำเภอปากเกร็ด ปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่า อัตราของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 30.30 และ 32.34 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงสาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และศึกษากระบวนการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของสถานพยาบาลในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการฝากครรภ์ และระบบการส่งเสริมการฝากครรภ์ จนทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้มาฝากครรภ์เร็วขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่างๆ และอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ ในสถานพยาบาลเขตพื้นที่อำเภอปากเกร็ด 15 แห่ง จำนวน 60 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติในสถานพยาบาลเขตพื้นที่อำเภอปากเกร็ด จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของการไม่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า** หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 24.45 ปี อายุสูงสุด 42 ปี และอายุต่ำสุด 14 ปี มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 65.0 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 55.0 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 65.0 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 13-28 (ระยะที่ 2) ร้อยละ 81.7 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 20.62 สัปดาห์ อายุครรภ์สูงสุด 34 สัปดาห์ และอายุครรภ์ต่ำสุด 13 สัปดาห์

**ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์** พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 9.08 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ คือ ประจำเดือนขาด (ค่าเฉลี่ย 0.82) และคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การฝากครรภ์ ต้องฝากตามสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียนเท่านั้น ไม่สามารถฝากครรภ์สถานพยาบาลอื่นได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42)

**สาเหตุของการไม่มา ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์** ได้แก่ ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือยังไม่พร้อม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ

**กระบวนการส่งเสริมการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอปากเกร็ด ทุกแห่งยังไม่มีบริการให้บริการฝากครรภ์ในพื้นที่ เนื่องจากการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกนั้นต้องมีการเจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง ซึ่ง รพ.สต.ยังไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการฝากครรภ์ จึงทำได้เพียงแนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแทน

**คำสำคัญ** การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์

**เรื่อง** รูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมี อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี(PP03)

**ผู้วิจัย** ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมี  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสำคัญต่อผู้ป่วยครอบครัว ประเทศชาติ เนื่องจากโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด และต้องดูแลต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney Disease, CKD) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 70 ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไชแสง กำเนิดมี พบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 คิดเป็นร้อยละ 52.1 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ต้องได้รับการแก้ไข โดยมีเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วเกินไปเพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีผลความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 (eGFR 30-50 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล และการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

### ผลการศึกษา

พบว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเอง และผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ถูกต้องตามรายละเอียดที่ประเมินในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา เป็นต้น และจากการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลรู้สึกดีใจ มีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 90 มีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง คิดเป็นร้อยละ 90 ค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 100 การทำงานของไตประเมินจากค่า GFR ผลการทำงานของไตดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดย ทีมสุขภาพปรับทราบนโยบายโรคไตเรื้อรังชัดเจนจัดตั้งคลินิกโรคไต(CKD Clinic) และมีทีมงานชัดเจนมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชัดเจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีส่วนร่วมของชุมชน จาก อสม.

**คำสำคัญ** โรคไต ภาวะไตเสื่อม

เรื่อง ที่นอนน้ำ(PP04)

ผู้ศึกษา ญัฐนิชาภรณ์ อินทอง นงลักษณ์ อุทธิยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองพระอุดมอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพชุมชน โดยภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองพระอุดม อำเภอลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานีพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 8 คน และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ภาวะข้อติดแข็งจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 12.5 จากปัญหาดังกล่าวทีมหมอครอบครัวได้ จึงได้ค้นหานวัตกรรมที่สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนเป็นนวัตกรรมสุขภาพ “ที่นอนน้ำ” ขึ้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยมีความสุขกายสุขใจ

#### วิธีการศึกษา

1. นำข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อ คำนึงกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายเพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน
2. จัดหาห้วยางเป่าลม ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายเพราะห้วยางเป่าลมเคลื่อนที่ จึงเปลี่ยนเป็นแพวายน้ำขนาดเล็กแต่ก็ยังไม่สบายเพราะแพวายน้ำจะอยู่บริเวณช่วงสะโพกทำให้ที่นอนไม่อยู่ในระนาบเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนมาเป็นแพวายน้ำขนาดใหญ่ใส่น้ำขนาด  $\frac{3}{4}$  ของแพวน้ำ ซึ่งสามารถรองรับน้ำหนักตั้งแต่สี่ระจรถปลายเท้า
3. ประเมินผลการดำเนินงาน โดยเจ้าหน้าที่

#### ผลการศึกษา

ปี	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่มีแผลกดทับ	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีแผลกดทับ	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่ใช้ที่นอนน้ำ
ปี2557	1	0	1
ปี2558	1	1	2
ปี2559	1	0	1

#### สรุปผล

1. จากผู้ป่วยติดเชื้อที่มีแผลกดทับ ทั้งหมด 4 คน ใช้ที่นอนน้ำแล้วสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ แผลผู้ป่วยดีขึ้น
2. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกนอนสบาย ไม่ร้อนหลัง

#### ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ป่วยติดเชื้อบางรายที่รู้สึกตัวจะรู้สึกเวียนศีรษะ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ในกรณีผู้ป่วยแผลกดทับควรใช้แพที่มีลักษณะเป็นลอนแนวตั้ง
2. ในกรณีที่ยังไม่เป็นแผลกดทับควรใช้ควรใช้แพที่มีลักษณะเป็นลอนแนวขวาง

คำสำคัญ ที่นอนน้ำ ผู้ป่วยติดเชื้อ



เรื่อง การดำเนินงานศูนย์เฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัย และรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์  
สุขภาพในชุมชน (PP05)

ผู้วิจัย กิตติยา กัญญา

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมเด็จย่า ๘๔ ตำบลบึงนาราง อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชุมชนครอบคลุมทุกเพศทุกวัย มีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งยา อาหารเสริม อาหาร และเครื่องสำอาง มีการโฆษณาอย่างสรรพคุณโอ้อวดเกินความเป็นจริง เพื่อกระตุ้นความต้องการ อยากลอง อยากใช้ ให้เกิดความเชื่อถือศรัทธาต่อผลิตภัณฑ์ ในขณะที่ภาครัฐทั้งบุคลากร ระเบียบ หลักเกณฑ์ และกฎหมาย ไม่สามารถดำเนินการใช้บังคับได้อย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายบางอย่างล้าสมัยและไม่ครอบคลุม บางประเด็นไม่มีกฎหมายรองรับ ทำให้เกิดช่องว่างในการหาผลประโยชน์โดยการผสมสารที่มีอันตรายลงในอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้บริโภคโดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมเด็จย่า ๘๔ จึงได้คิดหาแนวทางในการปกป้องคุ้มครองประชาชนไม่ให้ตกเป็นเหยื่อ และมีภูมิคุ้มกันตนเอง โดยการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัย และรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักได้แก่การให้ข้อมูลแก่ประชาชนผ่านหน้าต่างเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ “Single Window” ให้บริการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร ยา เครื่องสำอาง นอกจากนี้ยังได้ร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๔ สระบุรี ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครวิทยาศาสตร์ชุมชนขึ้นเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและคอยสอดส่องเฝ้าระวังการกระทำที่ละเมิดกฎหมาย หากพบการกระทำใดที่ผิดกติกาจะประสานเทศบาลเมืองสนนรักษ์ในการดำเนินงานป้องปรามและออกเทศบัญญัติเพื่อยับยั้งเหตุการณ์ดังกล่าว

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าประชาชนในชุมชนได้รับความรู้ความเข้าใจ มีหน่วยงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมสำหรับนำผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัยมาตรวจหาสารปนเปื้อน มีช่องทางในการร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตรายในชุมชน มีข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากอาสาสมัครวิทยาศาสตร์ชุมชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเฝ้าระวัง

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้(PS06)

ผู้วิจัย ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล<sup>๕</sup> อนุภรณ์ ทองศรี<sup>๖</sup>

<sup>๕</sup>พยาบาลวิชาชีพ<sup>๖</sup> นักวิชาการสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ โดยการดูแลรายบุคคลแบบเข้มข้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภาชี จำนวน 120 คน ที่มีผลการตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Glycosylated hemoglobin: HbA1c)  $\geq 7\%$  ครั้งสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557-31 พฤษภาคม 2557 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1)แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2) แบบบันทึกผลการประเมินสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3)แบบบันทึกผลการตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเวชระเบียนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ (Paired Sample Test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลง โดยก่อนเท่ากับ  $9.18\%$  (S.D.=2.03) และหลังเท่ากับ  $7.36\%$  (S.D.=1.60) ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าน้ำตาลสะสมในเลือดก่อน-หลัง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการจัดการความเครียดรวมการใช้สารเสพติด และด้านการใช้ยา เท่ากับ 36.70, 8.19, 4.49 และ 2.49 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่หน่วยบริการเครือข่ายอำเภอภาชี หลังจากการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในปี 2557-2558 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจาก ปี 2554-2556 อย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 22.02, 22.49, 22.43, 42.67 และ 48.03 ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลแบบเข้มข้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงานสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นต่อไป

**คำสำคัญ** เบาหวาน การควบคุมน้ำตาลในเลือด

เรื่อง ประสิทธิภาพผลงานกายภาพบำบัดในชุมชน(PP07)

ผู้วิจัย ภาวิณี วิไลพันธ์<sup>๕</sup> นภาพร เพ็งสว่าง<sup>๕</sup> สุธิตา ชาวเวียง<sup>๕</sup> ฤชงค์ ธนะเพิ่ม<sup>๕</sup>

<sup>๕</sup>นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

## บทคัดย่อ

### ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันกลุ่มโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความพิการด้านการเคลื่อนไหวที่เกิดจากโรคเรื้อรังมีจำนวนมาก มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมถึงสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะวิตกกังวล ความเครียด งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดได้ ทั้งด้านรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติเพื่อเป็นการลดภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคม

### วัตถุประสงค์

**ของการศึกษา** เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยในชุมชนที่มีภาวะความพิการด้านการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

### ระเบียบวิธี

เป็นการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน (เพศชาย 59 คน เพศหญิง 79 คน) โดยเน้นการฝึกตามปัญหาที่ตรวจพบเฉพาะรายบุคคล เช่น ปัญหาด้านกายเคลื่อนไหวแขนและขา ปัญหาข้อติดยึดรั้ง ปัญหาด้านการเดินทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC Functional Assessment) ทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปฏิบัติ วิเคราะห์ผลโดยใช้ Paired – Sample T test กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่ากับ 57.91 และ 62.26, 3.26 และ 3.42 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า Barthel ADL index มีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการประเมิน SNMRC Functional Assessment มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยที่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว เขตอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการได้รับการฝึกและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว

### การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

ส่งเสริมแนวทางการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เกิดขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ในผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว

### บทเรียนที่ได้รับ

จากการศึกษาผลการประเมินคุณภาพชีวิตในชุมชนพบว่า การออกเยี่ยมบ้านในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความพิการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระอย่างเต็มศักยภาพ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม
2. มีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชนที่เข้มแข็งและมาจากทุกภาคส่วนในชุมชน

### คำสำคัญ

กายภาพบำบัดในชุมชน

เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาล  
พระนารายณ์มหาราช (PP08)

ผู้วิจัย กชกร สมมั่ง โจนศักดิ์ บุญญาสุ<sup>5</sup>  
<sup>5</sup>นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

## บทคัดย่อ

### ความสำคัญและที่มา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ.1995มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 135 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในช่วง 25 ปี ข้างหน้า (ค.ศ. 2020) หรือประมาณ 300 ล้านคน ในขณะที่อัตราผู้ป่วยเบาหวานภาพรวมประเทศเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคเบาหวานปี 2552ความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยเบาหวาน 6-7 คนใน 100 คนผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาและควบคุมไม่ได้ร้อยละ 37.0 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด เช่นเดียวกับสถิติโรคเบาหวานจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่เพิ่มขึ้นจาก 5,337 ราย, 5,626 ราย เป็น 6,185 ราย พ.ศ.2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับจากข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรค เบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่มีภาวะน้ำตาลสูงในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2558 จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร และขาดการออกกำลังกาย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในความสามารถของตนเอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >180 หรือ A1C >8 ที่มารับบริการในเดือนตุลาคม 2558 จำนวน 31 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โปรแกรมสุขศึกษา 4 ครั้ง ประกอบด้วย การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การกระตุ้นติดตามผล และติดตามผลหลังให้คำปรึกษารายบุคคล 3 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

### ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 48.4 อายุเฉลี่ย 56.13 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อในความสามารถตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.037 ดังตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกาย หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.026 ดังตารางที่ 2 ผลต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงร้อยละ 71.2 ดังตารางที่ 3 และผลต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 3 เดือน ลดลงร้อยละ 77.4 ดังตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ดังตารางที่ 4 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 3 เดือน (A1C) หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.014

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกในเรื่องความเชื่อในความสามารถตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ โปรแกรมสุขศึกษา โรคเบาหวาน

**เรื่อง** ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อ  
พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
(PP09)

**ผู้วิจัย** วรัญญา เกษไชย<sup>5</sup> ปาริชาติ วันทอง<sup>6</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ <sup>6</sup>เภสัชกร โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

### บทคัดย่อ

#### ความสำคัญและที่มา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกในระยะท้ายสุดของกลุ่มโรคหัวใจเกือบทุกชนิด (รพีพันธ์สุขุมศิริ, 2552) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าภายใน 10 ปีข้างหน้าประชากรทั่วโลกจะป่วย ด้วยโรคหัวใจล้มเหลว 17-25 ล้านคนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 สถิติจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่ามีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในอัตราที่สูงขึ้นจาก 414 ราย เป็น 474 ราย และพบว่าสถิติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยในอัตราที่สูงขึ้นจาก 45 ราย เป็น 96 ราย สาเหตุหลักที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดประสิทธิผลสูงสุด คือ ปัญหาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายที่ไม่เหมาะสม

#### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมอัตราการเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และอัตราการเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### วิธีการศึกษา

เป็นศึกษาที่ทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับที่ 2 และ 3 (NYHAFC, 2009) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 - พฤษภาคม พ.ศ.2559 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่และหรือมีประวัติการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ คู่มือการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย และแบบบันทึกการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบประเมินคุณภาพชีวิตครั้งนี้ใช้แบบประเมินที่พัฒนาจากการประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินิโซต้า

#### ผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมคือ ค่าเฉลี่ย 51.50(S.D. 11.46) และ 69.53(S.D. 20.30)  $p = 0.001$

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมคือ ค่าเฉลี่ย 61.75 (S.D. 15.49) และ 41.25 (S.D. 7.26)  $p = 0.005$

ผลการเปรียบเทียบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 100 และร้อยละ 12.5 ลดจรร้อยละ 87.5

เรื่อง การเฝ้าระวังติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจังหวัดลพบุรี พ.ศ.๒๕๕๓ -๒๕๕๘(PP10)  
ผู้วิจัย ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติคูโบโลซ์

นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

## บทคัดย่อ

### บทนำ

จังหวัดลพบุรี เป็นจังหวัดเร่งรัดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติ เพื่อยุติปัญหาเอดส์ เป้าหมายเพื่อไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีเสียชีวิตจากเอดส์ และไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติจากเอดส์ ทำให้เกิดการเร่งรัดจัดการยกระดับการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่างๆให้ชัดเจนและเกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนในการดำเนินการตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อยุติปัญหาเอดส์ แนวโน้มสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จังหวัดลพบุรี พบมากขึ้นในกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ พบการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวโน้มสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี และเร่งรัดพัฒนาการดำเนินงานตามสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปี ๒๕๕๙ เน้นเร่งรัดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อยุติปัญหาเอดส์ระดับพื้นที่และระดับประเทศ

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและติดตามแนวโน้มสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี และกลุ่มอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๘ และศึกษาลำดับการตั้งครรภ์ รวมถึงสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี พ.ศ.๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงฝากครรภ์เก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version ๓.๕.๑สถิติที่ใช้คือค่าความถี่ ร้อยละ

### ผลการศึกษา

พบว่า สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๘ พบแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพ.ศ.๒๕๕๓ พบร้อยละ ๒๘.๔ พ.ศ.๒๕๕๔ ร้อยละ ๒๙.๓ ลดลงในพ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๖ คือร้อยละ ๒๗.๗ ร้อยละ ๒๓.๒ และพบสูงสุด พ.ศ.๒๕๕๗ คือร้อยละ ๒๘.๗๓ การตั้งครรภ์กลุ่มอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี พบแนวโน้มสูงขึ้นพ.ศ.๒๕๕๓ พบร้อยละ ๖.๔๒ พ.ศ.๒๕๕๔ พบร้อยละ ๘.๑๕ และลดลงในพ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๖ คือร้อยละ ๕.๙๗ และร้อยละ ๔.๔๑ และพบสูงสุดพ.ศ.๒๕๕๗ คือร้อยละ ๑๐ พ.ศ.๒๕๕๘ พบร้อยละ ๑.๐๗ ลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการตั้งครรภ์แรก คือร้อยละ ๘๒.๗ ในพ.ศ.๒๕๕๓ ลดลงเป็นร้อยละ ๘๐.๘ และร้อยละ ๗๘.๘ ในพ.ศ.๒๕๕๔และพ.ศ.๒๕๕๕ และพบสูงขึ้นเล็กน้อยในพ.ศ.๒๕๕๖ คือร้อยละ ๘๓.๓ และลดลงเป็นร้อยละ ๗๙ ในพ.ศ. ๒๕๕๗ และพบแนวโน้มการตั้งครรภ์ที่ ๒ เพิ่มขึ้น คือร้อยละ ๑๔.๔ ,๑๕.๕,และ ๑๖.๓ ตามลำดับและ ลดต่ำลงในพ.ศ.๒๕๕๖ คือร้อยละ ๑๓.๗ และเพิ่มสูงขึ้นในพ.ศ.๒๕๕๗ คือร้อยละ ๑๘ และพบการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๓ ร้อยละ๑.๖,๓.๓, ๓.๙, ๓.๙ และ ๓ การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี พบการติดเชื้อเอชไอวีพ.ศ.๒๕๕๓ พบร้อยละ ๐.๔๐ และลดลงในพ.ศ.๒๕๕๔ พบร้อยละ ๐.๓๗ และเพิ่มขึ้นพ.ศ.๒๕๕๕ คือร้อยละ ๐.๗๙ และลดลงพ.ศ.๒๕๕๖ คือร้อยละ ๐.๔๙ และพบสูงสุดพ.ศ. ๒๕๕๗ คือร้อยละ ๒ พบการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีเฉพาะพ.ศ.๒๕๕๕ คือร้อยละ ๐.๗๙

### สรุปผลการศึกษา

แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสที่พบสูงขึ้นในกลุ่มหญิงฝากครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ควรบูรณาการร่วมกันระหว่างการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์ควบคู่กับการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งภายใต้ข้อมูลสถานการณ์ สภาวะปัญหา ความรุนแรง และบริบทของวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมของกลุ่มวัยรุ่น

คำสำคัญ การติดเชื้อเอชไอวี การเฝ้าระวัง

**เรื่อง** การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ2 (PP11)

**ผู้วิจัย** รุ่งทิรัญ อินแจ็ก

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ2อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

#### วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ2 อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) ด้านลักษณะประชากร ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 138 คน

#### ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.4 อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 76 ปี อายุเฉลี่ย 54.1 ปี โดยมีช่วงอายุ 51 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.3 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.3 ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1000-5000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.3 มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.6

จากการศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีประวัติบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.7 เคยตรวจพบความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.4 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.5 รอบเอว เกินเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.5 รับประทานอาหารรสหวาน คิดเป็นร้อยละ 72.5 รสมัน คิดเป็นร้อยละ 87.7 และรสเค็ม คิดเป็นร้อยละ 89.1

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.2 88.4 และ 96.4 ตามลำดับ

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.1

#### ข้อเสนอแนะ

- 1.การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงฯควรเน้นที่กลุ่มอายุ 50 – 60 ปี มีประวัติบิดา มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีดัชนีมวลกายและรอบเอวเกินมาตรฐาน และกลุ่มที่ชอบรับประทานอาหารไขมันสูงและรสเค็ม
- 2.จากการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนัก ซึ่งในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงควรเน้นในเรื่องการเปลี่ยนทัศนคติ สร้างแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 3.ทำการศึกษาในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแบบติดตามผลไปข้างหน้า

**คำสำคัญ** ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ

เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนวิหารขาว(PP12)  
ผู้วิจัย รุจิรา ละอองนวล<sup>5</sup> สมหมาย บุญคำพงษ์<sup>5</sup> เฉลิมศรี ราชนาจันทร์<sup>5</sup> สมจิตราจารี<sup>5</sup>  
<sup>5</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

จังหวัดสิงห์บุรี มีดัชนีผู้สูงอายุสูงสุดของภาคกลาง ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มีดัชนีผู้สูงอายุ ๑๔๘.๙๙ ภาวะถดถอยด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุเป็นปัญหาที่ตามมา การดูแลผู้ป่วยระยะยาว จึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับสังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ต้องการใช้ลมหายใจเต็มที่ที่สุดท้ายของชีวิต อยู่ท่ามกลางญาติมิตรที่ผูกพันในบ้านของท่านเอง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของตำบลวิหารขาว เพื่อ แสวงหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาวตามบริบทของชุมชนวิหารขาว ต่อไป

### วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประชากรประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน ๒๔ คน ซึ่งยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและยินดีให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ตัวผู้วิจัยและแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงภายในและนำไปทดลองสัมภาษณ์ปรับใช้อย่างเหมาะสม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ระยะเวลา ค. ๕๘ – พค. ๕๙

### ผลการศึกษา

บริบทตำบลวิหารขาว เป็นพื้นที่มีมั่งคั่งด้วยทุนทางสังคม ตลอดจนความรู้สึกรักผูกพัน ที่สะสมผ่านกระบวนการกลมเกลียวทางสังคม บริบทเช่นนี้จึงถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ DHS เป็นระบบในการดูแลสุขภาพพื้นฐานเพราะมีความพร้อมของทรัพยากรที่เหมาะสมในพื้นที่นั้นๆวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะยาว แบ่งการดูแลเป็น ๔ประเภท คือ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะยาวที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้ดูแล ผลการดูแล มี ๓ ลักษณะ คือ ผู้ป่วยหาย/ดีขึ้น คงที่แต่ทุกข์ลดลง และเสียชีวิต อย่างละ ๒ คน แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะหาย ตาย หรือติดเตียง ทุกกรณีนำมาซึ่งความผูกพันและความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับการดูแล เนื่องจากเพราะการดูแลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย มีความสุข มีศักดิ์ศรีและวิธีตายตามที่ตนเองปรารถนานั่นเอง จึงนำมาซึ่งความผูกพันและความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้จากเวทีคืนข้อมูลและการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวซึ่งทุกคนเห็นพ้องต้องกันว่าแนวทางคือการสร้างวัฒนธรรม “คนวิหารขาวไม่ทิ้งกัน สร้างสรรค์ด้วยภาคี”

### ข้อเสนอแนะ

ควรดำเนินการวิจัยการเตรียมความพร้อมเรื่องการสูงวัยในพื้นที่เพื่อใช้ข้อมูลจริงและความต้องการจริงของผู้มีส่วนอย่างสำคัญ มาวางแผนการทำงานต่อไป

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว



เรื่อง สเปรย์กยสิทธิ์ พิชิตเหาในโรงเรียน(PP13)

ผู้คิดค้น สุพรรณิ มณีวรรณ<sup>๕</sup> สุรรัตน์คงพันธ์<sup>๕</sup> งามจิต พระเนตร<sup>๕</sup> นภัทร พงษ์บุรี<sup>๕</sup>

<sup>๕</sup>สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี พิภูลทอง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

## บทคัดย่อ

### บทนำ

โรคเหา เป็นปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่ยังพบอยู่ทุกปี เป็นปัญหาเล็กๆ แต่เรื้อรังจัดการให้หมดยาก ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างในการแก้ไข้ปัญหา ตำบลพิภูลทอง มีนักเรียนหญิงที่เป็นเหา ปี 58 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 และ ปี 59 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52ทางทีมงานของสถานีนอนามัย พยายามนำผลสัมฤทธิ์ของแพทย์ทางเลือกมาพัฒนาคุณภาพเพื่อแก้ไข้ข้อบกพร่องของผลิตภัณฑ์ เพื่อให้หายขาดและจัดการครอบคลุมทั้งโรงเรียนและที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำทางทีมงานของสถานีนอนามัย จึงพัฒนารูปแบบนวัตกรรม สเปรย์กยสิทธิ์ พิชิตเหาในโรงเรียนขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเรื่องเหาในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมครอบครัวดูแลสุขภาพของเด็กรวมทั้งเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ในท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ

### วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

1. เริ่มจากการใช้ใบน้อยหนา 5 ซิต ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ทิ้งไว้ 1 ชั่วโมงแล้วล้างออก ผลปรากฏว่า เหาดายไม่หมด
2. ใช้ใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดายไม่หมด
3. ใช้ใบน้อยหนา 5 ซิต และใบสะเดา 5 ซิต ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดายไม่หมด
4. ใช้ใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม และใบสะเดา 1 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดาย
5. ใช้ใบน้อยหนา 2 กิโลกรัม และใบสะเดา 2 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดาย

### การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

จากการพัฒนา พบว่าใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม และใบสะเดา 1 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี และใบน้อยหนา 2 กิโลกรัม และใบสะเดา 2 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน เมื่อนำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดาย จึงสรุปว่าใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม และใบสะเดา 1 กิโลกรัม ก็เพียงพอต่อการกำจัดเหา ไม่จำเป็นต้องใช้ใบน้อยหนา 2 กิโลกรัม และใบสะเดา 2 กิโลกรัม ซึ่งถือว่ามากเกินความจำเป็น

ทางทีมงานของสถานีนอนามัยจึงใช้ใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม และใบสะเดา 1 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา ผลปรากฏว่า เหาดาย

### การนำไปใช้

การฉีดพ่นกำจัดเหา ใช้ฉีดให้เด็กนักเรียน 3 วันต่อสัปดาห์ (จันทร์,พุธ,ศุกร์) และแนะนำผู้ปกครองเมื่อเด็กกลับบ้านแล้ว สระผมให้สะอาดทุกครั้งหลังจากฉีดน้ำยา ฉีดพอเปียกผมทั่วศีรษะ หมักทิ้งไว้ประมาณ 1 ชั่วโมง ฉีดพ่นกำจัดเหา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน

### สรุป

ใบน้อยหนา 1 กิโลกรัม และใบสะเดา 1 กิโลกรัม ทำให้ละเอียดผสมหมักในน้ำเปล่า 3,000 ซีซี หมักทิ้งไว้ 1 คืน นำไปฉีดในเด็กนักเรียนที่เป็นเหา จำนวน 13 คน พบว่าเหาดาย เด็กนักเรียนทั้งหมดหายจากการเป็นเหา

คำสำคัญ เหา สุขภาพนักเรียน

เรื่อง ผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอ้วน ชั้นประถมศึกษาปีที่4-6ในเขตตำบลหัวไผ่ อำเภอเมืองจังหวัดสิงห์บุรี(PP14)

ผู้วิจัย รัชพล แจ่มมี

นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอ้วน ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6ในเขตตำบลหัวไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และอารมณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบก่อนและหลังการอบรม

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลหัวไผ่ จำนวน 3 โรงเรียน จำนวนนักเรียน 25 ราย ส่วนใหญ่(ร้อยละ 60) เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56)

##### ส่วนที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน

ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วนเฉลี่ยเท่ากับ 20.48 คะแนน และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วน หลังเข้าโปรแกรม เฉลี่ยเท่ากับ 25.56 คะแนน

##### ส่วนที่ 2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วนเฉลี่ยเท่ากับ 7.52 คะแนนและมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วน หลังเข้าโปรแกรม เฉลี่ยเท่ากับ 11.07 คะแนน

##### ส่วนที่ 2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วนเฉลี่ยเท่ากับ 18.44 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วนหลังเข้าโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 24.60 คะแนน

##### ส่วนที่ 2.4 พฤติกรรมด้านอารมณ์

ก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วนเฉลี่ยเท่ากับ 10.48 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคอ้วน หลังเข้าโปรแกรม เฉลี่ยเท่ากับ 13.64 คะแนน

#### ข้อเสนอแนะ

ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญมาออกแบบกิจกรรม การปฏิบัติตนสร้างนวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติหรือ วิธีการเยี่ยมบ้านที่เน้นให้ผู้เป็นโรคอ้วนครอบครัว โรงเรียน และชุมชนมีส่วนร่วม ผลักดันการดำเนินกิจกรรมการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอย่างจริงจัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนและค้นหาประสบการณ์การจัดการโรคอ้วนที่ดี และจัดทำโครงการนำร่องที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

คำสำคัญ พฤติกรรมสุขภาพ โรคอ้วน นักเรียนประถมศึกษา

**เรื่อง** แบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายเพื่อการป้องกันและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานของรพ. สต.หนองนาก (PP15)

**ผู้วิจัย** พนิดา สมนันท์<sup>5</sup> พันนิภา นวลอนันต์<sup>5</sup>  
<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพ เครื่องช่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

### บทคัดย่อ

#### ที่มา

จากข้อมูลปี 2555-2557 ผู้ป่วยเบาหวานรักษาที่รพ. สต.หนองนากเพิ่มขึ้น 21,33 และ 39 รายตามลำดับและผลตรวจเท้าผู้ป่วย มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น โดยเสี่ยงสูงร้อยละ 4.76, 3.03 และ 5.13 ตามลำดับโดยมีเกิดแผลที่เท้าและถูกตัดนิ้วเท้า 1 คน โดยผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ. สต. ได้รับการตรวจเท้าโดยพยาบาลปีละครั้ง แต่ยังมีผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่รับการรักษาที่อื่น 104 คน (ผู้ป่วยทั้งหมด 143 คน) จะไม่ได้รับการตรวจเท้าต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จึงได้พัฒนาแบบบันทึกการตรวจเท้า ให้เป็นแบบบันทึกการตรวจเท้าด้วยภาพถ่ายขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายและศึกษาผลการใช้แบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายต่อการป้องกันและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานของรพ. สต.หนองนาก

#### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ PAOR 2 Cycle กลุ่มประชากรแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของรพ. สต.หนองนาก 39 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายซึ่งได้พัฒนาประเด็นคำถามโดยการ Focus Group ในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินการมี 2 Cycle Cycle ที่ 1 ตรวจเท้าและจำแนกระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า Cycle ที่ 2 นำกลุ่มเสี่ยงไปจัดกระบวนการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ระยะเวลาดำเนินการตุลาคม 2557 - กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติได้แก่ ร้อยละ

#### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการตรวจเท้าร้อยละ 100 จำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้แก่ความเสี่ยงสูงร้อยละ 12.82 ความเสี่ยงปานกลางร้อยละ 51.28 ความเสี่ยงต่ำร้อยละ 35.89 เกิดคลินิกสุขภาพเท้าในรพ. สต. นำไปสู่การจัดการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่าหลังรับบริการมีความเสี่ยงสูงและปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 10.25, 23.07 ตามลำดับ ความเสี่ยงต่ำเพิ่มเป็นร้อยละ 66.66 ด้านความรู้ของ จนท. สธ., อสม. ร้อยละ 95 ด้านนำแบบบันทึกการตรวจเท้าไปใช้ร้อยละ 100 ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้ร้อยละ 98.76 และได้ นำแบบบันทึกนี้ไปใช้ตรวจเท้าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนครอบคลุมร้อยละ 91.34 ทำให้มีระบบการดูแลเท้าและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าลดลงและขยายการใช้แบบบันทึกนี้ไปใช้ตรวจสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวานด้วยกระบวนการเดียวกันของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองการเคหะ รพ. สระบุรี

#### การอภิปรายผล

ได้แบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายที่ง่ายต่อการใช้งานโดยเป็นแบบ check list ใช้รูปภาพเป็นสัญลักษณ์กำกับด้วยคำอธิบายเป็นตัวหนังสือ สามารถเปรียบเทียบลักษณะเท้าของผู้ป่วยได้เที่ยงตรง ถูกต้องมากขึ้นและทำให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของเท้าในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ดูแลเท้าได้อย่างต่อเนื่อง

จากผลการจัดการความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าพบว่า ความเสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ 10.25 ความเสี่ยงปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 23.07 ความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.66

#### สรุป

1. การพัฒนาแบบบันทึกการตรวจเท้าเบาหวานด้วยภาพถ่ายเพื่อป้องกันและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการ Focus group ของทีมสหสาขาวิชาชีพของ CUP รพ. สระบุรี ทำให้ได้แบบบันทึกที่ง่ายต่อการใช้งานของทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน นำไปใช้กับคลินิกโรคเรื้อรังส่งผลให้การรับบริการของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น มีมาตรฐานการตรวจเดียวกัน

2. จากผลการใช้แบบบันทึกนี้ เกิดคลินิกสุขภาพเท้าที่รพ. สต.หนองนาก

### ข้อเสนอแนะ

- 1.การพัฒนาศักยภาพของอสม.และทีมสหสาขาอาชีพในชุมชนต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านวิชาการ ทักษะการปฏิบัติไปพร้อมๆกัน
- 2.ระบบบริการสุขภาพที่ดี ต้องมีทีมที่มีศักยภาพและต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างยั่งยืน

เรื่อง การบูรณาการดำเนินงานเพื่อลดการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดสระบุรี(PP16)  
ผู้วิจัย นายแพทย์สมพงษ์ ชลศิริ นางกุลภัสสร จิตศรีธธา  
นางสาวसानิตย์ พ่วงทรัพย์ ดร.เปรมวดี สาริชีวิน นายอดิเรก สอนดา

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านอุบัติเหตุ จังหวัดสระบุรี

### บทคัดย่อ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของระดับโลก ระดับประเทศ ซึ่งจากข้อมูลการบาดเจ็บและชีวิตทางถนนของ เขตบริการสุขภาพที่ ๔ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอัตรา ๑๘.๑๗ ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรีมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – พ.ศ. ๒๕๕๘ มีอัตราผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ๒๔๒, ๒๘๔ และ ๓๒๓๑ ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๘๔.๓๙ กลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ ๒๙.๒๕ ขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ ๗๘.๙ และเวลาที่เกิดเหตุส่วนใหญ่อยู่ระหว่างเวลา ๑๘.๐๐ น. – ๒๐.๐๐ น. และ ร้อยละ ๓๘.๖๐ พบว่าเป็นการเสียชีวิตจากอาการบาดเจ็บทางศีรษะรุนแรง และ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุถึงร้อยละ ๓๑.๔๓ ซึ่งล้วนเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ขับรถเร็วเกินกำหนด ร้อยละ ๓๘.๗๕ ตัดหน้ากระชั้นชิด แซงผิดกฎหมาย ร้อยละ ๒๕.๐๑ ไม่สวมหมวกนิรภัยไม่คาดเข็มขัด ร้อยละ ๔๐ และเมาสุราขณะขับขี่ ร้อยละ ๓๔.๘ ซึ่งจังหวัดสระบุรีนับว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสูง เนื่องจากมีเส้นทางเชื่อมต่อไปยังจังหวัดต่างๆ ทำให้มีการจราจรหนาแน่นทุกเส้นทาง โดยเฉพาะถนนสายหลักได้แก่ ถนนมิตรภาพ พหลโยธิน และสุวรรณศร และถนนสายรอง รวมระยะทาง ๙๙๗ กิโลเมตร ซึ่งพบว่ามีจุดเสี่ยง ๕๒๑ จุดเสี่ยง จึงได้กำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนให้ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร โดยการบูรณาการระบบฐานข้อมูลการป้องกันรักษา ภายใต้ความร่วมมือแบบประชารัฐร่วมใจ

จังหวัดสระบุรีมีการบูรณาการงานในระบบการบันทึกข้อมูล ๓ ฐาน โดยใช้โปรแกรม HosXP ซึ่งแบ่งเป็นจำนวนครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ และผู้เสียชีวิต ทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้องอันเป็นประโยชน์ในการติดตามแก้ไข รวมทั้งมีการแก้ปัญหาจุดเสี่ยง ๓๖๑ จุดเสี่ยงโดยการปิดเส้นทางกลับรถบริเวณจุดเสี่ยง การตีเส้นจราจร การตัดป้ายเตือน การตรวจจับ ตักเตือนให้ผู้ใช้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด การสอบสวนการเกิดอุบัติเหตุที่ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ และได้รับการยกย่องให้จังหวัดสระบุรีเป็น “จังหวัดที่มีผลงานดีเด่นด้านการลดอุบัติเหตุในเขตภาคกลาง”

เรื่อง ผลการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก(PP17)  
ผู้วิจัย ดารานี ศรีทองสุข  
เภสัชกร โรงพยาบาลนครนายก

## บทคัดย่อ

### ความสำคัญและที่มาของการวิจัย

การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นถือว่าเป็นปัญหาวิกฤติระดับโลก และในประเทศไทยก็พบปัญหาเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่นผลสำรวจในปี 2553 คนไทยติดเชื้อดื้อยาประมาณ 90,000 คน ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3 ล้านวันและเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 30,000 คน จากปัญหาดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลนครนายกจัดทำโครงการ Antibiotic Smart Use ขึ้น โดยเริ่มดำเนินการในปี 2556 ด้วยการนำแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวทางการรักษาโรคเป้าหมายโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งคาดว่าหากดำเนินโครงการดังกล่าวนี้แล้ว จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่สูญเสียเปล่าและอัตราเชื้อดื้อยาลดลงในโรงพยาบาลได้

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในโรงพยาบาลนครนายกก่อนและหลังรณรงค์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
2. ศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองนครนายกก่อนและหลังกิจกรรมรณรงค์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
3. ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

### รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษานี้ เป็นแบบกึ่งทดลอง (Semi-experimental) โดยวัดผลก่อนและหลังมีกิจกรรมรณรงค์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2556 – 2559 (3 เดือน) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 50.47, 44.48, 28.60 และ 28.83 ตามลำดับ และที่ได้รับยาปฏิชีวนะในโรคท้องเสียเฉียบพลันมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน คือร้อยละ 59.71, 63.08, 56.60 และ 40.94 ตามลำดับมูลค่าของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะปีงบประมาณ 2556 – 2559 (ข้อมูลประมาณการ) **ลดลง คือ 386,223 บาท 419,067 บาท 401,769 บาท และ 327,616 บาท ตามลำดับ**

### สรุปและวิเคราะห์ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลเป็นปีงบประมาณ โดยเปรียบเทียบข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม 2 โรคเป้าหมาย ซึ่งอาจมีตัวแปรและปัจจัยบางอย่างที่ทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่แปรปรวนไปบ้าง เช่น การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ เป็นต้น แต่โดยสรุปพบว่าแนวโน้มการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมายนี้ลดลงเป็นลำดับขั้น แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการรณรงค์ในโรงพยาบาลนครนายกมีผลทำให้ใช้ยาได้สมเหตุผลมากขึ้น จากในปีงบประมาณ 2557 เทียบปีงบประมาณ 2559 (3 เดือน) ที่ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนร้อยละ 40.94 (ลดลงร้อยละ 35) และโรคท้องเสียเฉียบพลันเป็นร้อยละ 28.83 (ลดลงร้อยละ 35) เป็นต้น รวมทั้งมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมายมีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำโครงการของโรงพยาบาลนครนายกสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น มาจากการกำหนดนโยบายจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเป็นสำคัญด้วย

ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองนครนายก ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม 2 โรคเป้าหมายยังสูงอยู่ ประมาณร้อยละ 58 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีร้อยละการใช้ยาที่สูง เนื่องจากยังไม่ค่อยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้เพิ่มมากขึ้น

### คำสำคัญ การใช้ยาปฏิชีวนะ

**เรื่อง** การพัฒนารูปแบบระบบบริการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์  
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี(PS01)  
**ผู้วิจัย** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

#### บทคัดย่อ

การฝากครรภ์คุณภาพเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการฝากครรภ์ทุกหน่วยบริการสาธารณสุขพบว่าในปี 2558 และปี 2559 หญิงตั้งครรภ์ในอำเภอไทรน้อยได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 26.7 และ ร้อยละ 36.87 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 60) จึงต้องมีการปรับปรุงพัฒนาระบบการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการและสามารถมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากขึ้น การดำเนินงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมนำไปสู่การแก้ปัญหาการฝากครรภ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด อย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร่วมกัน กับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอไทรน้อยและเพื่อพัฒนาระบบการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพในหน่วยบริการและในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการรับฝากครรภ์ จำนวน 12 คน อสม.แกนนำของสถานีอนามัย และโรงพยาบาลแห่งละ จำนวน 12 คนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์และอยู่ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย ในช่วงเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2559 จำนวน 72 คนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และการถอดบทเรียนการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ และหาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวน 72 ราย พบว่า อายุ เฉลี่ย 23.1 ปี ต่ำสุด 14 สูงสุด 39 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมต้น ร้อยละ 40.3 อาชีพหลัก แม่บ้าน ร้อยละ 26 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 20.8สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 72.2 อยู่กินกับสามี ร้อยละ 87.5 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.5- ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 56.9ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.7 เหตุผลที่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลไทรน้อยเนื่องจาก หาง่ายเดินทางมารับบริการได้สะดวก โรงพยาบาลอยู่ใกล้ใช้เวลาไม่นานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และการประเมินความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พบว่า อายุ ( $r=0.758, P\text{-value} = 0.037$ ) ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ ( $r=0.937, P\text{-value} = 0.01$ ) มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพบว่าเหตุผลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ต้องการให้ตนเอง และทารกในครรภ์ปลอดภัย หรือฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าประจำเดือนไม่มา บางส่วนครอบครัวญาติพี่น้องให้มาฝากครรภ์ ในกลุ่มที่ฝากครรภ์ช้าอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ขึ้นไป ให้เหตุผลว่า บ้านอยู่ไกล ไม่มีเวลามารับบริการ หรือเพิ่งย้ายมาอยู่ใหม่ และบางส่วนไม่รู้ตัวตนเองตั้งครรภ์ ผู้ที่ให้คำแนะนำให้มาฝากครรภ์ ส่วนใหญ่จะเป็น บิดามารดา ครอบครัว และญาติ

การถอดบทเรียนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ และกลุ่มอสม.ในพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นการตั้งรับในหน่วยบริการซึ่งมีการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานอยู่แล้ว แต่ยังขาดการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ จึงได้ปรับกลยุทธ์ในการบริการ โดย อสม.มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน อสม. และระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์รูปแบบการดำเนินงานฝากครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ รพ.สต. อื่นๆ นอกจากอำเภอไทรน้อย ตามบริบทของพื้นที่ และ- ควรเก็บมีการข้อมูลเชิงลึกในส่วนของผู้รับบริการในด้านการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มเติม

**คำสำคัญ** การฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์

เรื่อง Asthma and COPD Easy easy ที่ธัญบุรี (PS02)  
ผู้วิจัย ศศิภาส อริสริยวงศ์<sup>5</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี

## บทคัดย่อ

### หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคหืดในประเทศไทยรุนแรงขึ้นทุกปี คนไทยป่วยเป็นโรคนี้นักกว่า 4 ล้านคน ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจากโรคหืดทั่วประเทศปีละกว่าแสนคน สำหรับโรงพยาบาลธัญบุรี จากข้อมูลผู้ป่วยในปี 2554 ผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการทั้งหมด 1,730 ครั้ง เกิด Asthmatic attack จำนวน 197 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.38 ในปี 2555 มารับบริการทั้งหมด 1,956 ครั้ง เกิด Asthmatic attack 224 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.45 โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจ โรงพยาบาลธัญบุรีจึงจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยใน Asthma and COPD clinic ให้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดแบบองค์รวม อย่างง่ายขึ้น ตามบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ควบคุมโรคได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การดูแล Asthma and COPD แบบองค์รวม อย่างง่าย ใน Asthma and COPD Clinic โรงพยาบาลธัญบุรี
- 2) เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

โดยใช้กระบวนการ PAOR เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เริ่มจากศึกษาสถานการณ์โรค Asthma , COPD และเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา วางแผน จัดทำแนวทางในการแก้ปัญหา นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายโดยใช้ Discharge plan for Asthma , COPD พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย Asthma , COPD ตามแนวทางที่กำหนดพัฒนาทักษะของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ให้สามารถจำแนกความรุนแรงของโรค ประเมินสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการกำเริบ การดูแลตนเองเบื้องต้นที่บ้านในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้ดูแล พัฒนาวัดกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น นวัตกรรม บ้านไร้ฝุ่น นวัตกรรม CAT scale ประเมินการประเมิน COPD assessment test รวมทั้งอุปกรณ์การบริหารปอดอย่างง่ายและส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมพัฒนาช่องทางในการติดต่อสื่อสาร โดยให้ social media ด้วยการสร้าง line กลุ่มผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลธัญบุรี เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ติดตามผลจากข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน และสะท้อนผลของการการดำเนินงานลงสู่ชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

### ผลลัพธ์การดำเนินงาน

อัตราการมารับการรักษาด้วยอาการหอบกำเริบของโรคหืดที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี 2554-2558 จำนวน 197,224,173,128 และ 155 ราย ตามลำดับ อัตราการรับไว้นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ตั้งแต่ปี 2554-2558 จำนวน 59,56 ,55,52 และ 47 รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลง ในปี 2558 ผู้ป่วยได้รับไว้นอนโรงพยาบาลด้วย Asthma จำนวน 47 ราย ได้รับการทำ Discharge plan จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.85 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อัตราการ Re-admit เท่ากับร้อยละ 0

### สรุป

ในการดูแลผู้ป่วย Asthma and COPD ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล คือ หนึ่งในทีมดูแลรักษาที่สำคัญ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย และจัดการกับภาวะฉุกเฉินของโรคเมื่อมีอาการกำเริบ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ระบบบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ โรคหืด โรคปอดอุดกั้น



เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน(PSO3)

ผู้วิจัย สมทรง บุตรชีวัน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

## บทคัดย่อ

### บทนำ

แผลที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยเบาหวานเพราะสามารถทำให้เกิดแผลเรื้อรังจนกระทั่งต้องตัดเท้า และยังมีผลกระทบต่อสถานบริการ คือ ใช้เวลาในการรักษานาน จำนวนวันนอนนาน และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงการเกิดแผลที่เท้ามักพบในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการขาบริเวณเท้าอันเนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย ทั้งเส้นประสาทรับความรู้สึกเส้นประสาทสั่งการ และเส้นประสาทอัตโนมัติรวมถึงความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease) จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปี 2557 -2558 พบผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน จำนวน 41 และ 23 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่าปี 2558 ผู้ป่วยที่มีแผลเท้าเบาหวาน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 14.10 วัน (Min = 2, Max=70) ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 37,175 บาทต่อราย (Min= 1,334บาท Max=185,538บาท)

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานได้รับการดูแลแผลเท้าเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการถูกตัดเท้า ลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษา

### วิธีดำเนินการ

#### ด้านการดูแลแผล

- 1) เมื่อพบผู้ป่วยมีแผลที่เท้าปฏิบัติดังนี้ประเมินชนิดและขนาดของแผลสาเหตุของการเกิดแผลทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (Sterile normal saline) วันละ 2 ครั้งงดใช้ Providine เช็ดขี้ผึ้ง, น้ำยา Dakin, หรือ hydrogen peroxide ปรับเปลี่ยนการดูแลแผลโดยการนำเทคนิค Advance wound care มาใช้
- 2) การใส่ยาปฏิชีวนะประสานแพทย์เป็นผู้พิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ ควรใช้ชนิดใด โดยพิจารณาตามลักษณะและความรุนแรงของแผล
- 3) แนะนำผู้ป่วยหยุดพักบริเวณที่เป็นแผล โดยหากเป็นจุดที่ลงน้ำหนักแนะนำนอนพักเฉยๆ พยายามเดินเท่าที่จำเป็น หรือสวมรองเท้า เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักในบริเวณที่เป็นแผล
- 4) เสริมพลังและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ควบคุมระดับระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายหรือใกล้เคียง
- 5) ประเมินลักษณะ และขนาดของแผลทุก 2 - 3 วัน เพื่อวางแผนการดูแล การทำแผล

#### ด้านการสพาทเท้า

การทำความสะอาดเท้าด้วยมะกรูดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ก่อนทำแผล

- 1) หั่นลูกมะกรูดสดเป็นชิ้น ๆ หรือฝานเป็นแว่นๆ ใส่ลงในกะละมังที่มีน้ำอุ่นทดสอบความร้อนก่อนและให้ผู้ป่วยแช่เท้าในน้ำอุ่นนั้น
- 2) ใช้มือบีบมะกรูดบางชิ้นลงในน้ำที่อยู่ในกะละมัง หลังจากนำเท้าทั้ง 2 ข้างแช่ ลงน้ำ นาน 10 นาที
- 3) ขณะแช่เท้าผู้ป่วย/ผู้ทำสามารถใช้มือหยิบชิ้นมะกรูดในน้ำมาถูเบาๆ ไปตามเท้าและขาเพื่อเป็นการทำความสะอาดและนวดเท้าไปด้วย วิธีนี้จะช่วยให้เส้นเลือดส่วนปลายขยาย ป้องกันการเกิดแผล เรื้อรังและป้องกันการสูญเสียอวัยวะบางส่วนของผู้ป่วย

#### ผลการพัฒนา

ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนพัฒนา (2558) และหลังพัฒนา (ตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559) พบว่า LOS เฉลี่ย (วัน) เท่ากับ 14.10 (min = 2 max=70) และ 6.86 (Min= 2, Max = 50) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 37,175 บาท (Min= 1,334 Max=185,538) และ 39,899.87 บาท (Min= 4,349 Max=151,269) อัตราผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานถูกตัดเท้า ร้อยละ 39.13 และ ร้อยละ 12.50

## วิเคราะห์ผล

ผลการดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2559พบว่าแม้จะใช้กระบวนการAggressive dressing เน้นการการกำจัดเนื้อตายกำจัดการติดเชื้อการEmpowerment ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรมีเพียง1 – 2รายที่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างชัดเจนไม่ต้องโดนทำการAmputation แต่ต้องใช้เวลาในการรักษาทำแผลนานผลด้านจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายไม่ลดลงแต่อย่างไรก็ดีพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกAmputationลดลงนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่ต่างกัน เช่น อายุระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีผลต่อการหายของแผลชนิด/สาเหตุของการเกิดแผลต่างกันรวมทั้งแนวทางการรักษา/การทำแผลต่างก็มีผลต่อการหายต่างกันการรับรู้ของผู้ป่วยที่ต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

## แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ประเมินชนิดและสาเหตุของการเกิดแผล นำวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับชนิดของแผลมาใช้ในการดูแล
2. นำเทคนิคใหม่ๆมาดูแลแผล เช่น Vacuum dressing
3. ทำสื่อการสอน /เอกสารแผ่นพับเพื่อส่งเสริมเรื่องความรู้ และพฤติกรรมกรดูแลแผลของผู้ป่วย
4. จัดให้มีพยาบาล Enterostomal Therapy nurse (ET nurse)มาเป็น Nurse manager เพื่อพัฒนาระบบการดูแล

เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ Septic Shock (PS04)

ผู้วิจัย พรพิมล พลอยประเสริฐ<sup>5</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

หอผู้ป่วยพิเศษ 2 มีจำนวน 12 ห้อง ระบบการดูแลไม่มีแพทย์ Intern อยู่ประจำตึก การประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาลจึงสำคัญมาก ต้องการการประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุม ถูกต้องและรวดเร็ว ทันเวลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะทรุดจนแก้ไขไม่ทัน จากสถิติผู้ป่วยในปี 2557-2558 - พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เพิ่มขึ้นในปี 2557 มีผู้ป่วย sepsis จำนวน 21 ราย ปี 2558 จำนวน 36 ราย เกิดภาวะ Septic shock จำนวน 19 ราย คิดเป็น 52.71% และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย และ ปี 2558 จำนวน 481 ราย เกิดภาวะ Septic shock จำนวน 27 ราย คิดเป็น 5.61% และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย จากการทบทวนพบว่ายังไม่มีแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการประเมินซ้ำที่ชัดเจนตั้งนั้นเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ Septic shock จึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ขึ้นแนวคิดคือ การประเมินผู้ป่วย Sepsis โดยใช้ SOS สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะ Septic shock ได้

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ในปี 2558 มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis ชัดเจนโดยกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยจาก source Infection ร่วมกับ SIRS 2 ใน 4 ข้อ 1) อุณหภูมิ  $>38^{\circ}\text{C}$  หรือ  $<36^{\circ}\text{C}$  2) อัตราเต้นของหัวใจ  $>90$  ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจ  $>20$  ครั้ง/นาที หรือ  $\text{PaCO}_2 >32$  มม.ปรอท. 4) เม็ดเลือดขาว  $>12,000$  cell/mm<sup>3</sup> หรือ  $<4,000$  cell/ หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด band form  $>10\%$ . และจัดทำแนวทางการประเมินซ้ำในผู้ป่วย Sepsis ทุก 2 ชั่วโมง Severe Sepsis ทุก 1 ชั่วโมง Septic shock ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง Until stable และกำหนดแนวทางการรักษาในผู้ป่วย Sepsis โดยกำหนดให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ปี 2559 มีการจัดทำแนวทางการประเมินโดยใช้ SOS กำหนดแนวทางการประเมินซ้ำตาม SOS score ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis

#### ผลการวิจัย

จากเป้าหมายการเกิด Septic shock จะต้องไม่เกิน ร้อยละ 20 หอผู้ป่วยพิเศษ 2 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีอัตราการเกิด Septic shock ลดลง คือ ในเดือน เมษายน - กันยายน 2557 เท่ากับร้อยละ 13.88 เดือนตุลาคม 2557 - มีนาคม 2558 เท่ากับร้อยละ 52.77 เดือน เมษายน - กันยายน 2558 เท่ากับร้อยละ 5.61 เดือนตุลาคม 2558 - มีนาคม 2559 เท่ากับร้อยละ 7.41

#### แผนพัฒนาต่อ

1) จัดทำเครื่องมือช่วยประเมินตัดสินใจนำส่งผู้ป่วย Sepsis ในชุมชนได้ทันเวลา SOS Score ฉบับประชาชน และแนวทางการดูแลเมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าข่าย sepsis ในชุมชน

2) กำหนดแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและรายงานผลทุกเดือน ร่วมกับ PCT

#### บทเรียนที่ได้รับ

- 1) การประเมินที่ถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยในการปรับแผนการรักษาที่ถูกต้อง และลดความรุนแรงของโรคได้
- 2) การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเพื่อให้ได้รับความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการทบทวน ปรับเปลี่ยน และพัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง

#### คำสำคัญ

Sepsis, Septic shock, Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), Search out Severity Score (SOS score)

**เรื่อง** การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างกลุ่มที่ใช้ RAMP PILLOW กับกลุ่มที่ใช้ MODIFY RAMP PILLOW ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเสนา(PS05)

**ผู้วิจัย** ณัฏศนา ว่องวิทย์การ<sup>๕</sup> นุชชารี เกตุวุฒิ<sup>๕</sup>  
<sup>๕</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

#### บทคัดย่อ

#### บทนำ

ประชากรอ้วนกระจายตัวอยู่ทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคอ้วนติดอันดับ 5 ของเอเชียแปซิฟิกโดยพบว่ามีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคนทั่วประเทศและยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก 4 ล้านคนต่อปีผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินปกติผู้ป่วยโรคอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยและมักมีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia) ซึ่งพบปัญหาสำคัญคือภาวะเปิดทางเดินหายใจลำบาก(difficult airway) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 46 มีอัตราเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยากร้อยละ 13 (อรรถรัตน์กาญจนวิฑูร. 2551:271) การจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งสำคัญพ.เสนาจัดทำผู้ป่วยโรคอ้วนขณะใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ผ้ารองตัวของห้องผ่าตัดหรือผ้าห่มหลายผืนมาวางซ้อนรองตัวผู้ป่วยทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรผ้าใช้เวลานานในการเตรียมอุปกรณ์และจัดทำนานจึงได้นำนวัตกรรมหมอนหนุนจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยอ้วนมาใช้ในปี 2557 ผลพบว่าสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาการจัดทำในการใส่ท่อช่วยหายใจวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจแต่ยังพบปัญหาหมอนหนุนที่จัดทำใส่ท่อช่วยหายใจที่ประดิษฐ์ขึ้นไม่เหมาะสมในการจัดทำในผู้ป่วยอ้วนทุกรายการศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนา MODIFY RAMP PILLOW ซึ่งเป็นหมอนหนุนช่วยจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจแบ่งตามระดับความอ้วนของผู้รับบริการ 3 ระดับ

#### วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ใช้ RAMP PILLOW กับ MODIFY RAMP PILLOW ในการช่วยจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเสนาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2558 – 31 ตุลาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 28 คน

#### ผลการศึกษา

1. ระยะเวลาในการจัดทำของกลุ่ม modify ramp pillow (43.85 + 16.602วินาที) น้อยกว่ากลุ่ม ramp pillow (96 + 36.94 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)
2. ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มที่ใช้ modify ramp pillow (11.54 +2.402 วินาที) น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ ramp pillow (20.33 + 7.669 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

#### อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มที่ใช้ modify ramp pillow ใช้ระยะเวลาในการจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ Ramp pillow เนื่องจากมีความเหมาะสมกับภาวะอ้วนใช้งานสะดวกช่วยในการจัดทำโดยใช้หมอนหนุน 3 ระดับสามารถจัดทำใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็วผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยอ้วนของราชวิทยาลัยวิสัญญีวิทยาลักษณ์ดั่งนั้นผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาร่วมกับการเป็นโรคอื่นร่วมด้วยการประเมินและการเตรียมการระงับความรู้สึกที่ดีรวมทั้งการดูแลระหว่างผ่าตัดอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากในผู้ป่วยอ้วนได้

เรื่อง ชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี Shielding All In One (PS06)

ผู้คิดค้น อติเรก เสมามอญ

เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

## ปัญหาและสาเหตุ

ในปัจจุบันกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลเสนามีผู้ป่วยมารับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อการวินิจฉัยโรคต่างๆ มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นเพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการปฏิบัติงานและช่วยป้องกันอันตรายจากรังสี จากการถ่ายภาพซ้ำ (จากเทคนิคการจัดท่า) ลด Primary Radiation โดยตรงกับผู้ป่วย และความเจ็บปวด ในการจัดทำให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพิ่มความปลอดภัยจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มงานรังสีวิทยาจึงได้เก็บวัสดุเหลือใช้เช่นแผ่นตะกั่วที่มีความหนา 0.5 มิลลิเมตร จากเครื่องเอกซเรย์เก่าที่หมดอายุการใช้งานถูกจำหน่ายจากรายการครุภัณฑ์แล้ว Overbed (ที่วางอาหารสำหรับผู้ป่วยใน) ที่ชำรุดไม่สามารถใช้งานได้ แต่สามารถปรับระดับได้สูง-ต่ำได้ ด้ามที่ถูพื้นทำจากอลูมิเนียมที่หัก ไม่สามารถใช้งานได้ นำมาประดิษฐ์เป็นชุดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี Shielding All In One สามารถนำมาเป็นที่ยึดแผ่นฟิล์ม สำหรับผู้ป่วยถ่ายเอกซเรย์ Hand, Wrist joint, Forearm และ Elbow ในผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยหลังผ่าตัด แยกอวัยวะดังกล่าวออกจากลำตัวผู้ป่วย ช่วยลดปริมาณ Primary Radiation ต่อบุป่วยได้ ลดความเจ็บปวดในการจัดทำผู้ป่วย (สามารถปรับระดับความสูง-ต่ำให้ขนานกับอวัยวะที่ต้องการถ่ายภาพ) ป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับอวัยวะที่ไม่ได้เกี่ยวข้อง ได้ในระดับหนึ่ง ในผู้ป่วยทั่วไป และหญิงวัยเจริญพันธุ์ เมื่อถ่ายเอกซเรย์ปอด (Chest PA Upright) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออุปกรณ์ดังกล่าว ซึ่งจำเป็นต้องแยกชิ้นส่วน ทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน และราคาค่อนข้างแพงโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วยและหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกรายที่เอกซเรย์ปอดโดยนำวัสดุที่ไม่ได้ใช้แล้วมาประดิษฐ์ ดัดแปลง ให้สามารถใช้งานได้ลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออุปกรณ์เพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงาน

## กิจกรรมการพัฒนา

- 1) นำ Overbed (ชำรุดไม่ใช้แล้ว) ของโรงพยาบาลเสนา มาขัดล้างทำความสะอาด เชื่อมรอยต่อ ให้แข็งแรงมากขึ้น เปลี่ยนล้อ 4 ล้อ และติดขาโดยใช้ด้ามไม้ถูพื้นที่ชำรุด ตัด ขนาด 30 ซม. (เพื่อแขวนแผ่นตะกั่วยาง)
- 2) ตัดแผ่นฉากตะกั่วเก่า สีขาวความหนา 2 มม. สีเหลือง (ขนาดยาว 65 ซม. x กว้าง 30 ซม.)
- 3) ทากะระบิ ที่เฟือง ปรับระดับความสูง-ต่ำ Overbed เป็นการช่วยเหลือ
- 4) ประกอบส่วนต่างๆ เข้าด้วยกัน

## การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

- 1) เจ้าหน้าที่ใช้อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นกับผู้ป่วย Chest Upright ทุกครั้งเนื่องจากใช้ง่าย สะดวก และประหยัดเวลา ลดภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์ได้
- 2) ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยลงเนื่องจากมีอุปกรณ์เข้าถึงผู้ป่วยทำให้จัดทำง่าย สามารถปรับระดับ สูง-ต่ำเหมาะสม
- 3) กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เฝือกหรือเครื่องจับยึดต้องถ่ายภาพรังสีต้องวางอุปกรณ์รับภาพบนร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นจะป้องกันรังสีบางส่วนได้เนื่องจากมีแผ่นตะกั่วซึ่งมีความหนา 2 มม. สามารถป้องกันรังสีทะลุผ่านได้
- 4) เดิมการถ่ายภาพรังสี Upper Extremity ผู้ป่วยจะได้รังสีกระเจิงมากกว่าเนื่องถ่ายบนเตียงเอกซเรย์รังสีทะลุผ่านได้หลังประดิษฐ์นวัตกรรมผู้รับบริการได้รับรังสีกระเจิงน้อยกว่าเนื่องจากมีแผ่นตะกั่วป้องกัน 2 มม. รังสีเอกซเรย์ไม่สามารถทะลุผ่านได้
- 5) อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ในราคา 170 บาทและใช้ได้สะดวกป้องกันอันตรายจากรังสีได้

## บทเรียนที่ได้รับ

มีชุดอุปกรณ์การป้องกันอันตรายจากรังสี และ ลดความเจ็บปวด ร้อยละ 92 (จากแบบสังเกต) ในการจัดทำถ่ายภาพรังสีหลังการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ง่ายและสะดวกในราคาประหยัดเพียง 170 บาทเท่านั้น ในขณะที่ชุดตรวจที่โรงพยาบาลจัดซื้อมีราคาสูงถึง 8,000 - 20,000 บาท ซึ่งแตกต่างกันเกือบ 80 - 200 เท่า ความสะดวกในการใช้งานของรังสีแพทย์ นักรังสีการแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ที่ใช้ชุดป้องกันอันตรายจากรังสี Shielding All In One เพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ร้อยละ 100 แต่วัสดุจะต้องหาจากวัสดุเหลือใช้มาดัดแปลงซึ่งอาจจะมีปริมาณน้อย รวมทั้งการดัดแปลงต้องใช้ทักษะในการประดิษฐ์ และจะประดิษฐ์ชุดอุปกรณ์เพื่อจับยึดเด็กแรกเกิดในการเอกซเรย์ เป็นการพัฒนาเรื่องต่อไป

สรุป

มีชุดอุปกรณ์การป้องกันอันตรายจากรังสี ลดความเจ็บปวดในการจัดทำถ่ายภาพรังสีหลังการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ง่ายและสะดวกในราคาประหยัดเพียง 170 บาท

คำสำคัญ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี ,shield

เรื่อง แนวทางการจัดการทางทันตกรรมฟันที่มีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกิน  
ของเคลือบฟัน(PS07)  
ผู้วิจัย ศรัณย์พร เลื่องชัยเขวง<sup>5</sup>

<sup>5</sup>ทันตแพทย์ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

### บทคัดย่อ

ภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินของเคลือบฟัน(Enamel hypomineralization) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติในเชิงคุณภาพ เกิดจากมีการรบกวนกระบวนการสร้างเคลือบฟันในระยะสมบูรณ์ (maturation stage) ส่งผลให้ชั้นของเคลือบฟันมีความหนาตามปกติ แต่มีการสะสมแร่ธาตุน้อยกว่าปกติ มีความทึบแสงผิดปกติ มีลักษณะทางคลินิกคือ 1.เคลือบฟันทึบแสงที่มีขอบเขตชัดเจน (demarcated opacity) 2.การแตกของเคลือบฟันภายหลังฟันขึ้น (posteruptive enamel breakdown, PEB) 3.การบูรณะฟันที่ไม่เป็นไปตามแบบแผน (atypical restoration) และ 4. การถอนฟันกรามเนื่องจากภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินมักพบในฟันกรามแท้ซี่แรกและฟันตัด สาเหตุการเกิดภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินของเคลือบฟัน ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ systemic condition หรือสภาวะแวดล้อม ในช่วงที่เด็กมีอายุ 0-3 ปี การดูแลเด็กที่มีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินของเคลือบฟันค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากพฤติกรรมและความวิตกกังวลของเด็ก เนื่องจากฟันมีการสะสมแร่ธาตุน้อยกว่าปกติ เคลือบฟันจะมีลักษณะอ่อน มีรูพรุนเปราะแตกง่าย มีสีไม่สวย ในรายที่มีความรุนแรงมาก จะมีการแตกหักของเคลือบฟัน เกิดฟันผุได้ง่ายกว่าฟันปกติ มีอาการเสียวฟันและมักไม่ตอบสนองต่อยาชาเฉพาะที่ โดยจุดประสงค์ของการวิเคราะห์ภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกราม คือเพื่อให้ทันตบุคลากรสามารถวินิจฉัย อธิบายลักษณะเคลือบฟันที่มีการสะสมแร่ธาตุน้อย ทราบแนวทางในการจัดการทางทันตกรรมเมื่อพบภาวะนี้ที่มีความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยจะเน้นการรักษาในเด็กเป็นสำคัญ ซึ่งแนวทางการให้การรักษาทางทันตกรรมจะประเมินตามระดับความรุนแรงของรอยโรค กล่าวคือรอยโรคที่มีระดับความรุนแรงน้อยให้การรักษาโดย เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ และให้ทันตสุขศึกษา ความรุนแรงปานกลาง บูรณะฟันด้วยอมัลกัม คอมโพสิต ครอบฟันโลหะไร้สนิม ร่วมกับการให้ทันตสุขศึกษา และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงมาก อาจพิจารณาถอนฟัน (ในผู้ป่วยเด็ก) หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมร่วมกับการจัดฟัน

การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกราม ยังไม่พบวิธีการมาตรฐานในการรักษาที่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้เพราะการจัดการความผิดปกติของฟันจะแปรผันตามขนาดและรูปร่างความผิดปกติของรอยโรค สิ่งสำคัญในการจัดการภาวะนี้คือ การวินิจฉัยรอยโรคตั้งแต่วัยแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมป้องกันและการบูรณะฟันที่มีรอยโรคเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันกรามแท้ซี่แรก แนวทางในการรักษาภาวะสะสมแร่ธาตุน้อยเกินในฟันกราม

คำสำคัญ Enamel hypomineralization, Molar incisor hypomineralization, dental opacities

เรื่อง นวัตกรรมแม่พิมพ์สำหรับทำแทนกั๊ดซี่้ผึ้งรูปเกือกม้า make it easy  
 “Bb mold”(PS08)

ผู้ประดิษฐ์ ภัทรวดี คำโตนด<sup>5</sup>

<sup>5</sup>ช่างทันตกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง

### บทคัดย่อ

#### บทนำ

การทำฟันปลอมแก่ผู้มารับบริการ ขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งคือ การกัดแทนกั๊ดซี่้ผึ้งเพื่อความสะดวกของริมฝีปาก และบันทึกการสบฟัน วิธีการผลิตแทนกั๊ดซี่้ผึ้งทำได้โดย1) นำแผ่นซี่้ผึ้งมาลนไฟพับทบไปมาหลาย ๆ ทบให้ได้ขนาดตามมาตรฐาน จากนั้นตัดให้โค้งเป็นรูปเกือกม้าแล้วนำมายึดติดกับฐานฟันปลอม ตกแต่งซี่้ผึ้งให้ได้ขนาดและรูปร่างที่เหมาะสม ซึ่งวิธีดังกล่าวมักประสบปัญหาซี่้ผึ้งหลุดแยกออกจากกัน เพราะซี่้ผึ้งที่พับทบไปมานั้นยึดติดกันไม่สนิท จึงมักพบว่าซี่้ผึ้งแตกแยกหรือหลุดออกจากกันระหว่างชั้นของแผ่นซี่้ผึ้ง ต้องนำมายึดหรือเชื่อมติดกันใหม่ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าเสียเวลาในการทำงาน และสูญเสียทรัพยากรเพิ่มขึ้น 2) ซื่อแทนกั๊ดซี่้ผึ้งสำเร็จรูปมาใช้พบปัญหาคือขนาดไม่พอดีต้องเติมความอูนบนด้านหน้าและราคาแพงกว่าแบบแรกเป็นการเพิ่มต้นทุน

#### วัตถุประสงค์

ผลิตแม่พิมพ์เพื่อทำแทนกั๊ดซี่้ผึ้งรูปเกือกม้าที่มีคุณภาพโดยหลอมละลายซี่้ผึ้งเป็นเนื้อเดียวกันไม่แตกหักหลุดระหว่างชั้นของแผ่นซี่้ผึ้งในการนำไปใช้งาน และลดระยะเวลาในขั้นตอนการทำแทนกั๊ดซี่้ผึ้ง ลดต้นทุนในการทำงาน

#### วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

คัดเลือกวัสดุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการนำมาทำแม่พิมพ์ คือแผ่นพลาสติกโพลีคาร์บอเนต เนื่องจากมีความคงทนคงตัวและยืดหยุ่นได้ สามารถนำกลับมาใช้งานได้หลายครั้ง จากการเก็บข้อมูลพบว่าแม่พิมพ์กลับมาใช้งานได้มากกว่า50ครั้งราคาต้นทุน 5.25 บาท/แผ่น/แม่พิมพ์1ชิ้น ขั้นตอนการทำแม่พิมพ์ ตกแต่งแทนกั๊ดซี่้ผึ้งต้นแบบ ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ ให้ได้ขนาดและรูปร่างที่เหมาะสม นำชิ้นงานไปจำลองเป็นแบบปูนหล่อ หลักนำแบบปูนหล่อหลักเข้าเครื่องขึ้นรูปสุญญากาศ (vacuum) เพื่อขึ้นรูปแผ่นพลาสติกตามแบบปูนต้นแบบ ตัดแต่งขอบส่วนเกินจนได้แม่พิมพ์ต้นแบบตามรูปร่างของแทนกั๊ดซี่้ผึ้ง

ขั้นตอนการนำแม่พิมพ์มาใช้ทำได้โดยหลอมซี่้ผึ้งให้ละลายด้วยความร้อนเมื่อซี่้ผึ้งละลายนำไปเทใส่แบบพิมพ์ที่ทากาวสลิ้น ทิ้งไว้ให้ซี่้ผึ้งแข็งตัว และแทนกั๊ดออกจากแม่พิมพ์นำมายึดติดกับฐานฟันปลอม สามารถทำแทนกั๊ดซี่้ผึ้งขนาด เล็ก กลาง ใหญ่ไว้ล่วงหน้าเวลาใช้งานนำมายึดติดกับฐานฟันปลอม

#### การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

แทนกั๊ดซี่้ผึ้งรูปเกือกม้า (occlusion rim)	ข้อดี	ข้อเสีย	ระยะเวลาในการทำแทนกั๊ด นำไปตกแต่งยึดติดกับฐานฟันปลอม	ราคาต้นทุนวัสดุต่อคู่
<b>วิธีเดิม</b> 1. นำแผ่นซี่้ผึ้งสีชมพูลนไฟ พับทบไปมาหลายชั้น ได้ขนาดตามมาตรฐานจ่อเป็นรูปเกือกม้า	-ขนาดพอดีกับขากรไกรของผู้ป่วยแต่ละราย	- ซี่้ผึ้งหลอมและเชื่อมติดไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ทำให้เนื้อซี่้ผึ้งแตกแยกออกจากกันเมื่อไปใช้งาน	40 นาที	14 บาท ( ใช้ซี่้ผึ้ง 2 แผ่น แผ่นละ 7 บาท)
<b>วิธีเดิม</b> 2. ซื่อแทนกั๊ดซี่้ผึ้งรูปเกือกม้าสำเร็จรูป (ที่ผลิตจากบริษัทเอกชน)	- แทนกั๊ดซี่้ผึ้งหลอมและเชื่อมติดเป็นเนื้อเดียวกัน	- มีขนาดไม่เหมาะสมทำให้ต้องเติมซี่้ผึ้งเพิ่มความอูน	22 นาที	19 บาท (แทนกั๊ดสำเร็จรูป 2ชิ้น 14 บาท ซี่้ผึ้งเพิ่มความอูนด้านหน้า 5 บาท)
<b>วิธีใหม่</b> ใช้แทนกั๊ดซี่้ผึ้งรูปเกือกม้าสำเร็จรูปชนิดผลิตขึ้นเองโดยใช้นวัตกรรมแม่พิมพ์	-ประดิษฐ์ได้หลายขนาด เพื่อให้พอดีกับขากรไกร -แทนกั๊ดซี่้ผึ้งหลอมและเชื่อมติดเป็นเนื้อเดียวกัน -นำเศษซี่้ผึ้งมาหลอมใช้งานได้	-	10 นาที	7 บาท (ซี่้ผึ้ง 1แผ่นหล่อแบบได้2 ชิ้น)

คะแนนความพึงพอใจของทันตบุคลากรก่อนนวัตกรรมแม่พิมพ์สำหรับทำแทนกั๊ดซี่้ผึ้งร้อยละ85



### ประโยชน์/การนำไปใช้

นวัตกรรมแม่พิมพ์สำหรับทำแทนกัตซี่ผึ้ง 1) ทำแทนกัตซี่ผึ้งที่มีคุณภาพหลอมละลายซี่ผึ้งเป็นเนื้อเดียวกันไม่แตกหักหลุดออกจากกันง่าย ส่งผลให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) ระยะเวลาการทำงานลดลง 30 นาทีเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานทำแทนกัตซี่ผึ้งแบบนำแผ่นซี่ผึ้งสีชมพูลงไฟพับทบไปมา 3) ราคาถูกกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม ใช้แทนกัตซี่ผึ้งรูปเกือกม้าผลิตขึ้นเองโดยใช้นวัตกรรมแม่พิมพ์ราคาถูกกว่า 12 บาท / คู่ เมื่อเปรียบเทียบกับกรนำแทนกัตสำเร็จรูปมาใช้ (ในปี 2558 รพ.อ่างทองลองแทนกัต 285 คู่ ดังนั้นในปี 2558 ลดต้นทุนในการทำแทนกัต 3,420 บาท )

เรื่อง ผลการจัดการระบบเฝ้าระวังการแพ้ยาที่รุนแรง ในโรงพยาบาลอ่างทอง  
ผู้วิจัย สุนันทา คำทวี นุศรา เลื่องชัยเขวง<sup>5</sup>

<sup>5</sup>เภสัชกร โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

## บทคัดย่อ

### บทนำ

อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยาที่เป็น Adverse Drug Reactions (ADR) มีทั้งที่ไม่รุนแรงจนถึงระดับที่รุนแรง คือการเกิด Stevens – Johnson syndrome (SJS), Toxic epidermal Necrolysis (TEN) ซึ่งไม่สามารถทำนายได้ว่าเกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยรายใด จากข้อมูลในปี 2556 และ ปี 2557 พบว่า โรงพยาบาลอ่างทองมีผู้ป่วยที่เกิด SJS จำนวน 6 ราย ซึ่ง 4 ใน 6 รายได้รับยาจากโรงพยาบาลอ่างทอง ได้แก่ ยา Cotrimoxazole, Allopurinol, Carbamazepine และ Phenytoin อย่างละ 1 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 4 ราย หายเป็นปกติ แต่ในปี 2558 พบผู้ป่วยเกิด TEN แล้วเสียชีวิต จากการได้รับยา Allopurinol 1 ราย จากโรงพยาบาลอ่างทอง (เดือนพฤศจิกายน 2558) ดังนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอ่างทองได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาหลังจากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจึงจัดให้มีระบบเฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงจากการแพ้ยาชนิดรุนแรงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงเป็นครั้งแรกจากโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตั้งแต่เดือนธันวาคม 2558 เป็นต้นมา

### วิธีการศึกษา/การดำเนินการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการติดตามผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงจำนวน 6 รายการ จากโรงพยาบาลอ่างทอง ได้แก่ Allopurinol, Phenytoin, Phenobarbital, Carbamazepine, Cotrimoxazole และ Sulfasalazine โดยเก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2558-เดือนพฤษภาคม 2559 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจะได้รับคำแนะนำเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พร้อมมอบบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยา ลงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ POP UP เดือนโปรแกรมจ่ายยา และติดตามเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และโทรศัพท์สอบถามหลังการใช้ยาครบ 7 วัน, 1 เดือน และ 3 เดือน การศึกษานี้ใช้ค่าการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติค่าความถี่ และค่าร้อยละ

### ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังการเกิดแพ้ยารุนแรงจากยากลุ่มเสี่ยงครั้งแรก มีจำนวนทั้งหมด 443 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามจนครบ 3 เดือน มีจำนวน 405 ราย (ร้อยละ 91.42) ยังอยู่ในช่วงที่ติดตาม 20 ราย (ร้อยละ 4.52) และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ 18 ราย (ร้อยละ 4.06) ในการติดตามผู้ป่วยได้รับการแจ้งสงสัยการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 75 ราย แต่เมื่อทำการประเมินตามระบบ ADR พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจริง 40 ราย (คิดเป็นร้อยละ 9.88 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ติดตามได้จนครบ 3 เดือน) ผู้ป่วยอีก 35 ราย (ร้อยละ 46.67 จาก 75 รายที่แจ้งอาการในตอนแรก) สามารถใช้ยาต่อได้โดยไม่เสียโอกาสในการใช้ยาเพื่อรักษาโรค หรืออาการที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว ในผู้ป่วย 40 รายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจริง พบว่า 37 รายเป็นการแพ้ยาชนิดไม่รุนแรง พบผู้ป่วยเกิด Prodrome 6 ราย จากยา Phenytoin 3 ราย Allopurinol 2 ราย และจากยา Carbamazepine 1 ราย ซึ่งได้ทำการประเมินและหยุดยาก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการแพ้ยาชนิดรุนแรงมากขึ้น (ไม่พบการแพ้ยาแบบ SJS หรือ TEN) พบว่าระยะเวลาที่เริ่มเกิดการแพ้ยาเฉลี่ย 21.63 วัน ส่วนผู้ป่วยอีก 3 รายเกิดอาการข้างเคียงจากยาและไม่สามารถทนอาการที่เกิดขึ้นได้ แพทย์จึงสั่งหยุดยา

### อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การมีระบบเฝ้าระวังการแพ้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงต่อการแพ้ยาที่รุนแรงเป็นครั้งแรก โดยการให้คำแนะนำและการติดตามผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและหยุดยาก่อนที่จะเกิดอาการแพ้ยาชนิดรุนแรงมากขึ้น (ไม่พบการแพ้ยาแบบ SJS หรือ TEN) เป็นการช่วยลดความรุนแรงของการแพ้ยาได้ รวมถึงช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยและโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้

### ชื่อผลงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชนค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี (PS10)

**เรื่อง** ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด  
โรงพยาบาลค่ายบางระจัน (PS10)  
(Outcome of clinical practice guideline for patients with sepsis incommunity khaibangrachanhospital,  
Singburi province.)

**ผู้วิจัย** สิทธิธนา โตอ่อน<sup>๕</sup> อรพิน พวกอิม<sup>๖</sup>  
<sup>๕</sup>นายแพทย์ <sup>๖</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

#### บทคัดย่อ

#### บทนำ

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายบางระจันพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 คิดเป็นร้อยละ 5.26 และ 11.11 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องจากยังไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้การวินิจฉัย และการได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้า จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นผู้วิจัย และทีมทางคลินิกของโรงพยาบาลค่ายบางระจัน ตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้มีการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วภายใน 30 นาที ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลแบบเดิมและการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น

#### วิธีการศึกษา/วิธีการดำเนินงาน

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง(intervention study)เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ1) อายุเท่ากับหรือมากกว่า15ปีขึ้นไป2) เข้ารักษาในหอผู้ป่วยใน3)มีอาการและอาการแสดงของ กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ2ข้อตามเกณฑ์SIRSหรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis)หรือมีภาวะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง(severe sepsis)หรือมีภาวะช็อกเหตุติดเชื้อ(septic shock)คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการหา effect size กำหนด ระดับนัยสำคัญ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายและกลุ่มทดลอง จำนวน30ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในปีพ.ศ.2557มาศึกษาแบบ Retrospective before intervention study จำนวน30 ราย หลังจากนั้นศึกษาเปรียบเทียบแบบ Prospective after intervention studyผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในปีพ.ศ.2558 จำนวน 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบประเมินการใช้แนวทางการดูแลซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยใช้ค่าความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบตัวแปรเชิงกลุ่มใช้ Fisher's exact test ตัวแปรเชิงปริมาณใช้ Independent t-testค่าP<0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อภายใน 30 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.001$ )การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอใน6ชั่วโมงแรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p = 0.021$ )ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยว่าติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )อัตราการเสียชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.026$ )จำนวนวันนอนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ( $p = 0.091$ )และค่าใช้จ่ายในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ( $p = 0.114$ )

#### อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเน้นการดูแลแบบฉุกเฉินประกอบด้วยการรักษาให้ตรงเป้าหมาย โดยเริ่มต้นอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติและได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ข้อเสนอแนะควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องเรื่องการบริหารยาปฏิชีวนะที่ใช้บ่อยได้แก่ Ceftriaxone ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างน้อย1ครั้งต่อปี ควรใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนี้เพื่อทำให้เกิดการประสานงานการดูแลแบบสหวิชาชีพตั้งแต่หน่วยงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ชุมชน และ โรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยใช้ Care Giver ของระบบ Long Term Care เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพาต การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ปอดบวมจากการสำลักซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด การศึกษาต่อไปควรหาข้อมูลของเชื้อดื้อยา ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการดูแลฯ ศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อและตำแหน่งที่พบบ่อยร่วมด้วย

สิ่งประดิษฐ์ ชุดอุปกรณ์พุงท่อช่วยหายใจทารก(PS11)  
ผู้ประดิษฐ์ ศุภภาพิมพ์ ไตรอินทวัฒน์<sup>5</sup> สุชามาศ ผิตพงค์<sup>5</sup>

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลอินทร์บุรี

## บทคัดย่อ

### หลักการและเหตุผล

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทารกแรกเกิดในขณะที่ยังมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญต่อชีวิตและสุขภาพของทารกแรกเกิด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน การหายใจล้มเหลว อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทารกแรกเกิดโรงพยาบาลอินทร์บุรี ปี๒555=8ราย/143 วันใส่ท่อช่วยหายใจ และ ปี2556=8ราย/258วันใส่ท่อช่วยหายใจตามลำดับ ในการทบทวนอุบัติการณ์ พบมีสาเหตุจากการยึดตรึงที่ไม่แน่น พลาสเตอร์เปียกน้ำลาย และสายท่อช่วยหายใจมีการถ่วงรั้งจากการศึกษาโอกาสเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในเด็กยังพบว่า มีสาเหตุจาก การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเด็ก วิธีการติดพลาสเตอร์ที่ท่อช่วยหายใจ การรับรู้ถึงความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจของทารกน้อยกว่าผู้ใหญ่และการยึดท่อช่วยหายใจทำได้ยากเนื่องจากมีพื้นที่ผิวใบหน้าน้อย จึงทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ได้ง่าย

### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มความสะดวกในการพลิกตะแคงตัว และลดการเกิดแผลลอกบริเวณแก้มจากการลอกพลาสเตอร์บ่อย

### วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

นำแผ่นพลาสติกออคิลิค ขนาด๑๒นิ้ว x ๓๐นิ้ว ตัดตั้งฉากสูง6-7 นิ้ว ด้านที่ตั้งฉากคว้านเป็นร่อง จัดทารกนอนบนแผ่นพลาสติก โดยให้ศีรษะทารกอยู่ด้านที่ตั้งฉาก และพาดสายท่อช่วยหายใจไว้ในร่องนำลวดเส้นเล็ก (อุปกรณ์ทำดอกไม้)ยาวประมาณ7นิ้วสอดในสายsuctionเบอร์6 พับเก็บปลายและตัดลวดให้โค้ง นำครอบเหนือแก้มทารก โดยมีการวัดและการปิดพลาสเตอร์ด้วยเทคนิคเฉพาะ และตรึงท่อช่วยหายใจส่วนที่อยู่เหนือริมฝีปากบน กับเส้นลวดโค้งด้วยพลาสเตอร์

ปี 2557 หลังจากได้ใช้ชุดอุปกรณ์พุงท่อช่วยหายใจทารก มีอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด1 ครั้งต่อ 575 วันใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 1.7 ปี2558 พบ 1 ครั้งต่อ 131 วันใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 7.6 ปี 2559 การเลื่อนหลุด จำนวน 0 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.0

### ผลประเมินความพึงพอใจ

การใช้ชุดอุปกรณ์พุงท่อช่วยหายใจทารกของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 100 และบิดามารดาทารก พบว่าระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 90

### การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

มีการบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยทารกใส่ท่อช่วยหายใจบันทึกอุบัติการณ์และการทบทวนอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทุกรายการประเมินระดับความพึงพอใจผู้ปฏิบัติงานและบิดามารดาทารก

### ประโยชน์/การนำไปใช้

การใช้ชุดอุปกรณ์พุงท่อช่วยหายใจทารก ช่วยลดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้จริงซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหา ลดต้นทุนในการทำหัตถการซ้ำ เสริมพลังในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพด้วยความมั่นใจ วัสดุที่ใช้มีราคาถูก (ชุดละ 200 บาท) นอกจากนี้ได้มีการนำไปใช้กับเด็กโตโดยปรับขนาดของสายลวดโค้งให้พอดีกับใบหน้า และใช้กับทารกแรกเกิดที่ On C-PAP โดยลดความสูงของแผ่นพลาสติกลงให้พอดีกับระดับศีรษะ นอกจากนี้ยังนำเทคนิคการตัดและการปิดพลาสเตอร์ใช้กับการใส่ OG tube feed อีกด้วย

สิ่งประดิษฐ์ถุงน้อยห้อยปลั๊ก(PS12)

ผู้ประดิษฐ์ บังอร ศรประดิษฐ์<sup>5</sup> จินตนา พงษ์สุวรรณ<sup>5</sup>

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี

## บทคัดย่อ

### ที่มาของปัญหาและเหตุผล

ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous infusion) เมื่อให้เลือดหรือ drip ยาจะต้องปลดปลั๊ก ออกและใส่ไว้กับเข็ม โดยใช้หลัก (Aseptic Technique) เพื่อใช้ปิด T way หรือสาย Extension with T ภายหลังจากเลือดหรือยาหมด ปัญหาที่พบจากการใช้วิธีนี้ เช่น ปลั๊กหาย ล่วงที่พื้น สูญเสียทรัพยากร เสียเวลา และเสี่ยงกับการติดเชื้อ จึงมีแนวคิดในการประดิษฐ์ “อุปกรณ์เพื่อเก็บปลั๊ก”ไว้เพื่อสะดวกในการจัดเก็บปลั๊กไว้ ขณะให้เลือดหรือ drip ยาและเกิดความสะดวกเร็วในการใช้งานลดภาระในการ นำปลั๊กมาเก็บไว้ที่รถทำ Treatment เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการพยาบาลเกิดความพึงพอใจและลดปัญหาการติดเชื้อ

### กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา

จากแนวคิดที่ว่าน่าจะมียุกรณ์จัดเก็บปลั๊ก จึงได้นำวัสดุที่ไม่ใช่แล้ว เช่น กล่องยาพลาสติกขนาดเล็ก , กล่องใส่ยาสมุนไพร, กล่องใส่ Accu - Check Perma Tests หรือกล่องนม เป็นต้นซึ่งสูงประมาณ 2 นิ้ว เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 นิ้ว ถึง นิ้วครึ่ง ตกแต่งให้สวยงาม ด้วยกระดาษ ห่อของขวัญ หรือสติ๊กเกอร์ ใช้ริบบิ้นผ้ายาวประมาณ 10 นิ้ว ทำเป็นสายคล้องให้แน่น เพื่อนำมาแขวนกับเสา IV FLUID ค่าใช้จ่ายในการผลิตประมาณ 8 บาท/ 1 ชุด

### การวัดผลของการเปลี่ยนแปลง

หลังดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ามีความสะดวกรวดเร็วในการจัดเก็บปลั๊กขณะให้เลือด หรือ Drip ยา ไม่ต้องนำมาเก็บไว้ที่รถ Treatment ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อและ ได้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งาน พบว่ามีระดับความพึงพอใจในระดับมากและ มากที่สุดถึงร้อยละ 70

### บทเรียนที่ได้รับ

การใช้อุปกรณ์จัดเก็บปลั๊กเกิดความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจและลดปัญหาการติดเชื้อ

เรื่อง นื่องเอ๊ะ(PS13)

ผู้วิจัย รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ<sup>5</sup> จารุวรรณ พรหมมา<sup>5</sup>  
<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

### บทคัดย่อ

#### ที่มาของปัญหาและเหตุผล

การปฏิบัติงานประจำวันในหอผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการบริการผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันความเสียหายหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ระบบ Early warning signs เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสัญญาณเตือนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ผู้ป่วยต้องสังเกตอาการ ที่ พบบ่อย เช่น Sepsis , Pneumonia , Acute MI , COPD และ DHF จึงได้ดำเนินการจัดทำนวัตกรรม “นื่องเอ๊ะ” ขึ้นมา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานค้นคว้าข้อมูลได้รวดเร็ว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที พ้นจากภาวะวิกฤต และลดอัตราการเสียชีวิตได้

#### กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา

ทบทวนปัญหาในผู้ป่วย Unplanย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ,หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและ ICU มีการจัดประชุมชี้แจงบุคลากรในทีม โดยเน้นพยาบาลหัวหน้าเวรในการใช้ Early warning signsพัฒนานวัตกรรมนำข้อมูล Early warning signs โรคที่โรงพยาบาลกำหนด มาติดกับปฏิทินที่เหลือใช้และตกแต่งให้สวยงาม ดำเนินการใช้นวัตกรรมโดยใช้นวัตกรรมนื่องเอ๊ะในการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรเพื่อสังเกตอาการและรายงานแพทย์ มีการประเมินผลและปรับปรุง

#### การวัดผลของการเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการผิดปกติ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีและสามารถย้ายผู้ป่วยไปตึกสามัญได้อย่างรวดเร็ว เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกิดความพึงพอใจ 83.55% มีการจัดทำนวัตกรรมเพื่อเก็บข้อมูล Early warning signs เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ใช้งานได้สะดวกมากขึ้น หลังการดำเนินงานไม่มี case Unplan dead เป็นนวัตกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณ

#### บทเรียนที่ได้รับ

โรงพยาบาลมีนโยบายให้การสนับสนุน บุคลากรทีมการพยาบาลให้ความร่วมมือ

**เรื่อง** การพัฒนางานผ่าตัดหัวใจเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย Patent Ductus Arteriosus (PDA) ในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสระบุรี (PS14)  
**ผู้วิจัย** คณะกรรมการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสระบุรีจังหวัดสระบุรี

### บทคัดย่อ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

โรงพยาบาลสระบุรี ได้พัฒนาการจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อให้ทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลตามคุณภาพมาตรฐานซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการตายลดภาวะแทรกซ้อน แต่พบว่าทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจชนิด Patent Ductus Arteriosus (PDA) พบได้บ่อยร้อยละ 70 ในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัมและมีกลุ่มอาการหายใจลำบากรุนแรง (severe respiratory distress syndrome) ทำให้มี left to right shunt ปริมาณเลือดไปที่ปอดเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพกับหลายอวัยวะของร่างกายที่ทำให้ทารกเสียชีวิตเจ็บป่วยและพิการตามมา ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 (6 เดือน) โรงพยาบาลสระบุรีมีทารกที่มีภาวะโรคหัวใจ PDA ligation จำนวน 18, 19 และ 4 ราย โรงพยาบาลสระบุรีไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องจากไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ ต้องส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งประสบปัญหาส่งต่อได้ยากเนื่องจากเตียงเต็ม จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพให้มีการผ่าตัด การดูแลทารกก่อนและหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยทารกโรคหัวใจชนิด PDA ผู้ป่วยปลอดภัย มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

#### วัตถุประสงค์

พัฒนาศักยภาพให้มีการผ่าตัดการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการทำงาน การดูแลผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางวางแผนพัฒนาการผ่าตัดหัวใจทารกแรกเกิดในอนาคต

#### การดำเนินการ

1. ประชุมปรึกษาศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลสระบุรี เช่น วิสัญญีแพทย์ ทีมผ่าตัด กุมารแพทย์ ทีมผู้ดูแลในไอซียูทารกแรกเกิด
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัด
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด PDA ligation
4. ประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วยใน ไอซียู ทารกแรกเกิด
5. ประสานงานสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ เพื่อส่งทีมผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด จำนวน 3-4 คน
6. เตรียมผู้ป่วยทารกให้พร้อมทำการผ่าตัด

#### ผลการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยทารกแรกเกิด 2 ราย ทารกน้ำหนัก 610 กรัม และ 780 กรัม ได้รับการผ่าตัด PDA ligation ที่โรงพยาบาลสระบุรี อย่างปลอดภัยครั้งที่ 2 ทีมผ่าตัด รพ. พระมงกุฎผ่าตัด 2 ราย ทารกน้ำหนัก 860 กรัม และ 980 กรัม
2. ทีมผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี มีประสบการณ์การทำผ่าตัด PDA ligation
3. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยใน ไอซียู ทารกแรกเกิด มีประสบการณ์การเตรียมผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยทารกหลังทำการผ่าตัด PDA ligation

#### อภิปรายผล

1. เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง ทารก PDA มีภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) ควบคุมด้วยยาไม่สำเร็จต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข PDA เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตด้วยเหตุที่ทารกอาการหนักมาก น้ำหนักตัว 610 กรัม, 780 กรัม, 860 กรัม และ 980 กรัม ไม่สามารถจะเคลื่อนย้าย Refer ไปรับการผ่าตัดที่ โรงพยาบาลในเครือข่ายที่สามารถผ่าตัดได้
2. มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ เป็นครั้งแรกของการผ่าตัดหัวใจเด็กที่โรงพยาบาลสระบุรีตั้งแต่กระบวนการติดต่อทีมผ่าตัดจากโรงพยาบาลเด็ก แผนกเด็กพยาบาล แพทย์ พยาบาล ทีมวิสัญญี ทีมผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคยกับการเตรียมผ่าตัดทารกจิ๋ว พยาบาล NICU การ Transportation ทารกถึงเตียงผ่าตัดตรงกับ NICU รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เรื่อง รังนอนทารกแรกเกิด “Nari’sNeonest”(PS15)

ผู้วิจัย นารี กองนวล<sup>5</sup> วารุณี ทับทิมทอง<sup>6</sup>

<sup>5</sup>พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ <sup>6</sup>พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก

## บทคัดย่อ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดทำนอนของทารกเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (Apnea) จากการนอนคอพับหรือไม่อยู่ใน neutral position ในส่วนทารกแรกเกิดที่ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ET Tube หักพับงอเมื่อไม่ได้นอนในท่าหน้าตรงและหลอดลมคอตตรง (sniffing position) การเลื่อนหลุดของ ET Tube จากการตื่นของทารก หอภิบาลทารกโรงพยาบาลนครนายก ให้การดูแลทารกป่วย ร้อยละ 20 เป็นที่น้ำหนักตัวน้อย ซึ่งพบปัญหาการนอนคอพับ แล้วมีการหยุดหายใจ ส่วนในทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้มีการใช้นวัตกรรมหมอนรองคอรูปตัว H ร่วมกับการผูกมัดมือทารก พบอัตราการเกิด ET Tube เลื่อนหลุด 3.6 , 5.4 , 6.3 ต่อ 1000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ใน ปี 2552 ,2553 ,2554ซึ่งเป้าหมาย คือ 0 และยังพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการผูกมัดและสภาวะจิตใจของผู้ปกครองทารกต่อการผูกมัด นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ “Nari’sNeonest” คือ การพัฒนาที่นอนทารก ให้มีลักษณะเป็นรังนอนที่มีหมอนหนุนไหล่ เพื่อให้ทารกได้นอนอยู่ใน neutral position และเสมือนว่าได้รับการโอบกอดตลอดเวลา ซึ่งเป็นการคิดและประดิษฐ์เพื่อลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจจากการนอนคอพับ ลดอัตราการเกิดภาวะ ET Tube /Nasal Prong เลื่อนหลุดและเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และความวิตกกังวลญาติผู้ป่วย

### กลุ่มเป้าหมาย

คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมในหอภิบาลทารกโรงพยาบาลนครนายกที่ใส่ ET Tube

### กิจกรรมการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์

#### วิเคราะห์สาเหตุและปัญหา

**ด้านผู้ป่วย** คือ ผู้ป่วยทารกตื่นไม่อยู่ในท่านอนที่เหมาะสมไม่ปลอดภัย ด้านระบบงาน คือเจ้าหน้าที่ใช้เวลาในการจัดทำที่นอนที่เหมาะสมให้ทารกเป็นเวลานานในแต่ละครั้งและเจ้าหน้าที่แต่ละคนจัดทำที่นอนไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน

**ด้านอุปกรณ์** คือ ใช้อุปกรณ์จำพวก ผ้าขนหนู และผ้าอ้อมเป็นจำนวนมากทำให้ อุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ

#### การแก้ไข้ปัญหา

**ครั้งที่ 1** ใช้ผ้าอ้อมม้วนเป็นท่อนยาวๆ ทำเป็นครึ่งวงกลมประกบกับหมอนรองคอหนุนไหล่สำเร็จรูป (หมอนรูปตัว H) ซึ่งจะทำให้หน้าตรง ในกรณีที่ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจและติดมาตัดเย็บหมอนยาวเพื่อใช้สำหรับโค้งแทนผ้าขนหนูหรือหมอนยาวกับหมอนรูปตัว H หนุนไหล่ ด้วยถุงพลาสติกป้องกันรังแคก ข้อดี คือ ทารกอยู่ในท่าที่จัดไว้เหมาะสมมากขึ้นสามารถปรับขนาดความสั้น-ยาวตามขนาดตัวของทารกได้ ข้อเสีย คือไม่ยืดตรึงอยู่กับที่เวลาทารกตื่นเปลี่ยนรูปได้ง่าย มีผ้าขนหนูไม่พอสำหรับอาบน้ำและห่อตัวเด็ก

**ครั้งที่ 2** ท่อหมอนยาวกับหมอนรูปตัว H หนุนไหล่ ด้วยถุงพลาสติกป้องกันรังแคก

**ครั้งที่ 3** ตัดเย็บรังนอนสำเร็จรูป “Nari’sNeonest” ออกแบบมาจาก

การรวมหมอนรูปตัว H กับหมอนยาว งอรูปตัวยู เย็บต่อกัน มีหลุมตรงกลางคล้ายโดนัท ยัดหมอนด้วยใยสังเคราะห์ เพื่อทำความสะอาดด้วยเครื่องซักผ้าได้ ข้อดี คือ คงรูปได้เมื่อเด็กตื่นทำความสะอาดได้ง่ายสะดวกข้อเสีย คือมีขนาดเดียว

**ครั้งที่ 4** ปรับปรุงขนาดรังนอนสำเร็จรูป “Nari’sNeonest” ให้

เหมาะสมกับขนาดและน้ำหนักของทารก 3 ขนาด คือ น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม, 1,000-2,000 กรัมและ มากกว่า 2,000กรัม

#### การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

ใช้นวัตกรรมใน ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมและที่ใส่ ET Tube /Nasal Prong ในหอภิบาลทารก โรงพยาบาลนครนายกทุกรายปี 2557

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558
1. อัตราการเกิดHypoxia จากการนอนคอหักพับ	0:1000 วันนอน	9.47	1.46	0.92
2. อัตราการเลื่อนหลุดของ ET Tube	0:1000 วันOn	4.46	0	0
3. การเลื่อนหลุดNasal Prong	5:1000 วันOn	68.66	4.86	3.33
4. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม	ร้อยละ 80	NA	92.54	98.66



#### การขยายผลการใช้นวัตกรรม

- ใช้ในการตรวจทารกในการ X-ray และทำ CT scan ลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำ จากการตื่นของทารก
- เผยแพร่ ใน NICU โรงพยาบาลเครือข่ายทารกแรกเกิด เขต 4

เรื่อง การเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่าย สบายทั้ง  
ผู้ให้และผู้ให้บริการ(PS16)  
ผู้วิจัย สุมนทนา สุผล

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครนายก

### บทคัดย่อ

#### ความสำคัญและที่มาของงานวิจัย

เนื่องจากในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 ทางกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครนายกได้แจ้งแก่ทางกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก จะมีการตรวจคัดกรองโรคไต โดยตรวจวัด creatinineเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลเจาะเลือดตรวจติดตาม (follow up) ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วประมาณ 9,000 - 10,000 คน ในปีงบประมาณ 2559 ซึ่งจะทำให้มีค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการต่อหัวของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์เจาะเก็บเลือดผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ใช้เวลาในการเจาะเก็บเลือดมากขึ้นเพราะต้องเปลี่ยนจากการเจาะเลือดปลายนิ้วมาเป็นการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ ใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์เพิ่มมากขึ้นเพราะการเจาะตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้วจะทราบผลเลย (ภายใน 2 นาที) แต่การเจาะเลือดตรวจหา Blood glucose และ Creatinine ใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติขนาดใหญ่ใช้เวลาการตรวจวิเคราะห์ประมาณ 30 - 45 นาที และใช้ปริมาณเลือดในการตรวจวิเคราะห์ 6-8 ml เมื่อเริ่มดำเนินการตาม service plan ของงาน NCD ประมาณ 1 เดือน พบว่าก่อนเวลา 9.00 น. ออกรายงานผลทางห้องปฏิบัติการในวันคลินิกเบาหวานได้ 20 - 30 ราย ทำให้เกิดแนวทางในการจะลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น และออกรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่เร็วขึ้นกว่าเดิม

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเลือกหลอดเก็บตัวอย่างที่คงสภาพระดับน้ำตาลในเลือดได้นาน ราคาไม่แพงลดค่าใช้จ่าย ชุดอุปกรณ์เก็บตัวอย่างเลือดอื่นๆ เช่น syring, barcode เป็นต้นและลดระยะเวลาก่อนตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างเลือด (pre-analytical) และลดระยะเวลารอคอยผล LAB

#### ผลการทดลอง

จากการทดลองเก็บตัวอย่างเลือดด้วยหลอดชนิดต่างๆ 4 แบบ โดยมีหลอดเลือดNaFเป็นหลอดมาตรฐานสำหรับใช้ตรวจหา Blood glucose พบว่าที่ 0-30 นาที และชั่วโมงที่ 2 หลอดเลือดทั้ง 3 แบบให้ผลการตรวจ Blood glucose ที่มีค่าไม่แตกต่างกับหลอดมาตรฐานเกินกว่าค่า $TE_{\%} = \pm 10\%$  ของ Blood glucose แต่ชั่วโมงที่ 4 พบว่า มีเพียงหลอด SST ที่ให้ค่า Blood glucose ไม่แตกต่างจากหลอดเลือดมาตรฐาน NaFเกินกว่าค่า $TE_{\%} = \pm 10\%$

จากการวิเคราะห์ต้นทุนอุปกรณ์พบว่าการเจาะเลือดแบบที่ 1 (แบบเดิม) คือ การเจาะเลือด 2 หลอด ด้วยหลอดเลือด NaF และหลอด Clot Activator พบว่ามีต้นทุนสูงสุด การเจาะเลือดแบบที่ 4 โดยใช้หลอดSST เก็บเลือด มีต้นทุนสูงรองลงมาเป็นอันดับ 2 ให้ค่า Blood glucose คงที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับหลอดมาตรฐาน แต่ราคาหลอดแพงที่สุด ส่วนแบบที่ 2 และ 3 พบว่า ต้นทุนอุปกรณ์เท่ากัน แต่แบบที่ 3 ใช้ระยะเวลาในการปั่นเลือดน้อยกว่าเมื่อเลือกใช้อุปกรณ์เจาะเก็บเลือดแบบที่ 3 มาทดแทนการเจาะเก็บเลือดแบบที่ 1 พบว่า สามารถออกรายงานผลเฉลี่ยก่อน 9.00 น ได้ประมาณ 40 -45 ราย ทันต่อความต้องการของแพทย์ผู้ตรวจ ซึ่งแต่เดิมออกผลได้เพียง 20 - 30 ราย ก่อน 9.00 น.

#### สรุปผล

การเลือกใช้หลอดเลือดจุกเขียว (Lithium Heparin Tube) ในการเจาะเก็บเลือดผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ตรวจBlood glucose และสารเคมีตัวอื่นๆ ได้โดยสามารถลดต้นทุนต่อราย ปริมาณเลือดที่เจาะเก็บจากผู้ป่วย ระยะเวลาการรอคอยและการออกรายงานผลลงได้

#### การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการได้ เพราะสามารถเจาะเก็บเลือด แล้วทำการตรวจวิเคราะห์ได้ภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ทำให้ค่าผลเลือดไม่เปลี่ยนแปลงไปจากค่าที่เป็นมาตรฐานเกินค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ถ้าสามารถปรับระบบ logistic ของการรับ-ส่งตัวอย่างระหว่างWard กับ Lab ได้ จะสามารถใช้หลอดจุกเขียวในการเจาะเก็บเลือดได้กับผู้ป่วยในด้วย ทำให้ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านชุดอุปกรณ์เจาะเก็บเลือดต่อปีได้เป็นมูลค่าที่มากพอสมควร

เรื่อง การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดในรูปแบบ AIE (PS17)  
ผู้วิจัย ภคินี มงคลพันธุ์<sup>5</sup> รัศมี โอส<sup>5</sup>  
<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก

## บทคัดย่อ

### ที่มาและความสำคัญ

เนื่องด้วยเดือน กันยายน พ.ศ.2556 ได้มีการจัดตั้งหน่วยให้ยาเคมีบำบัดซึ่งอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลนครนายก และผลจากการปฏิบัติงานพบว่า บันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครนายกซึ่งใช้หลักการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบ SOAP ไม่เหมาะสมกับการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการบันทึกยาวนานแบบฟอร์มไม่สะดวกและเหมาะสมในการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งก่อนให้และขณะให้ยาเคมีบำบัด ขาดการแสดงถึงความต่อเนื่องของการพยาบาลหลังให้ยาเคมีบำบัด จึงได้มีการทบทวนและจัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดตามหลัก Focus charting แบบ AIE ขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อให้บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดเป็นไปตามหลัก Focus charting แบบ AIEลดภาระงานในการจดบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้มีรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและเพื่อวัดผลระดับความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก Focus charting แบบ AIE

### การดำเนินงาน

1. ศึกษารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครนายก ปัจจุบันใช้หลัก SOAP ซึ่งรูปแบบไม่เหมาะสมกับการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดเนื่องจากใช้ระยะเวลาในการบันทึกยาวนาน แบบฟอร์มไม่สะดวกในการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลอย่างครบถ้วน ไม่แสดงถึงความต่อเนื่องของการพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัด
2. ได้มีการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดเป็น Version 1.ขึ้นโดยเน้นที่การพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัดโดยเริ่มตั้งแต่ เดือนกันยายน 2556 ถึง ธันวาคม 2557 ระยะเวลา 16 เดือน แต่ยังพบปัญหาคือขาดหลักฐานในการ Assessment ผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัดและการ Assessmentไม่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน
3. ประชุมทีมการพยาบาลในแผนกให้ยาเคมีบำบัด ศึกษารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัด โดยเห็นว่าการบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก Focus charting แบบ AIE เหมาะสมที่จะนำมาใช้เนื่องจากมีการใช้กระบวนการ Assessment, Intervention, Evaluation โดยปรับให้เหมาะสมกับการพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัดโดยได้ให้ฝ่ายวิชาการฝ่ายการพยาบาล เวชระเบียน ตรวจสอบ จึงได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยขณะให้ยาบำบัด ในรูปแบบ AIE Version 2. โดยนำไปใช้ตั้งแต่ มกราคม 2558 ถึง ตุลาคม 2558 เป็นระยะเวลา 10 เดือน

### ผลการดำเนินงาน

1. การบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดครบตามหลัก AIE 100 %
2. ลดภาระงานในการจดบันทึกทางการพยาบาล โดยการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบ SOAP ใช้เวลา เฉลี่ย 7 นาที เมื่อเทียบกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก Focus charting แบบ AIE ใช้เวลาเฉลี่ย 4 นาที ลดภาระงานการจดบันทึกทางการพยาบาลลดลง คิดเป็นร้อยละ 57.14
3. รูปแบบบันทึกเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
4. ผลการวัดระดับความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก Focus charting แบบ AIE
  - 4.1 มีเนื้อหาครอบคลุมถึงกระบวนการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 74.33
  - 4.2 สามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพได้อย่างครบถ้วน คิดเป็น ร้อยละ 78.33

รายชื่อคณะทำงานดำเนินงานวิชาการโครงการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่4

กระทรวงสาธารณสุข

๑	นายแพทย์วรวิทย์ สัมฤทธิ์ดี	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.พระนารายณ์มหาราช
๒	นายธรรมศักดิ์ โคจรนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.ลพบุรี
๓	นายมน โนนินฉาย	สาธารณสุขอำเภอโคกสำโรง	สสอ.โคกสำโรง
๔	นางกนกวรรณ ทรงผาสุข	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	สสจ.ลพบุรี
๕	นายสิทธิไกร สีนวล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	สสจ.ลพบุรี
๖	นางกชกร สมมิ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รพ.พระนารายณ์มหาราช
๗	นางสุกัญญา กริสสมัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญ	รพ.พระนารายณ์มหาราช
๘	นางบังอร นิตนะรา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๙	นางวิไลลักษณ์ หมดมนหิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๑๐	นางน้ำค้าง คำนึ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๑๑	นางสาวทิพย์เนตร รวยนิรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๑๒	นางนงลักษณ์ ทองโต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๑๓	นางสาวธัญญธร แสงอิม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สสจ.ลพบุรี
๑๔	นางโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระนารายณ์ฯ
๑๕	นางสาวพทุธิรัตน์ ปิติสกลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.พระนารายณ์ฯ
๑๖	นางประภัสสรวิชิตกดาเดช	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติการ	รพ.พระนารายณ์ฯ
๑๗	นายณัฐพงษ์ ชื้อสตัดย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.โคกสำโรง
๑๘	นางสุรินทร์ มณีฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองม่วง
๑๙	นางธัญญาภรณ์คุณสมบัติดูบุโลซ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลพบุรี
๒๐	น.ส.นันทิตา มณฑาสวรรณ	เจ้าพนักงานธุรการ	สสจ.ลพบุรี