

การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF NURSING SERVICE MANAGEMENT OF AOB-AOON NURSING COMMUNITY  
CLINICS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชน อบอุ้น
โดย	น.ส.วัลภา อริญนะภูมิ
สาขาวิชา	การบริหารทางการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศัลโกสม)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์ : การศึกษาการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น. ( A STUDY OF NURSING SERVICE MANAGEMENT OF AOB-AOON NURSING COMMUNITY CLINICS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิค EDFR กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 คน 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น 5 คน 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข 3 คน และ 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการพยาบาล 4 คน สัมภาษณ์เฉพาะรอบที่ 1 วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การเก็บข้อมูล 3 รอบ คือ รอบที่ 1 การสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญและรอบที่ 3 นำข้อมูลจากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จากนั้นนำมาแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็น เพื่อสรุปผลการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

ผลการวิจัยพบว่าการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย ป้องกันโรค ตามความเสี่ยงกลุ่มวัย รักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการฟื้นฟูสภาพ
- 2) ด้านการให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ
- 3) ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การประสานงานกับหน่วยบริการเครือข่ายระดับต่างๆ เพื่อส่งต่อไปรับการรักษา
- 4) ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย การนำ application มาช่วยในกิจกรรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และ บันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5) ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ประกอบด้วย การวางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ และรายงานสถานการณ์การระบาด

ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่มีความชัดเจน เพื่อเป็นพื้นฐานในการจัดการบริการพยาบาลที่มีมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

สาขาวิชา การบริหารทางการพยาบาล  
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6270027936 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORD: NURSING SERVICE MANAGEMENT MODEL, AN AOB-AOON NURSING COMMUNITY CLINIC

Vanlapa Arannapoom : A STUDY OF NURSING SERVICE MANAGEMENT OF AOB-AOON NURSING COMMUNITY CLINICS. Advisor: Assoc. Prof. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D.

The research aims to study the nursing service management of AOB AOON Nursing Community Clinic using the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) technique. The research participants were 17 experts from 4 groups including 1) Five committee members of Nursing Clinic Model Development Project 2) Five nurses running Aob Aoon Nursing Community Clinic 3) Three legal officers working with health law and regulations and 4) Four nursing academics focusing nursing service management. The research method was divided into 3 rounds of data collection: Round1, 17 experts were interview about the nursing service management at AOB AOON Community Nursing Clinic. Round 2, the data obtained from the interview were analyzed to develop a questionnaire for 17 experts to estimate the trend and importance of the nursing service management. Round 3, data from the 2nd round were calculated the median and the interquartile range (IR) and then sent questionnaire with median, and IR to prior experts to confirm their final opinions before summarizing the study findings.

The findings of the research revealed that nursing service management at AOB AOON Community Nursing Clinic consisted of 5 components as follows:

- 1) Service in the clinic includes providing health promotion and prevention service according to age group risk, primary care services and rehabilitation service
- 2) Service in the community includes providing home health care
- 3) Referral services for patients includes coordinating with other health care settings for transferring patients to receive appropriate treatment.
- 4) Service provision through Information Technology includes giving health counselling and regular follow up via application, providing health education and keeping nurse notes with information technology systems
- 5) Prevention and infection control in community service includes planning, developing, implementing and evaluating infection prevention and control activities.

These findings indicated that nursing activities of nursing service management of an Aob Aoon nursing community clinic as a basis for providing standardized nursing services and meeting the needs of service recipients.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature .....

Academic Year: 2021

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลือ จากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี ที่คอยใส่ใจและสละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษาด้วยความเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจและอดทนกับผู้วิจัยคนนี้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์คอยอบรมสั่งสอนทั้งด้านวิชาการ การใช้ชีวิต และหล่อหลอมให้ศิษย์เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศุภโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 ท่าน และขอขอบคุณผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จลงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยชี้แนะแนวทาง ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ารับการศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนคร และอาจารย์ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพทุกท่าน ที่ได้ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการศึกษา และเอื้ออำนวยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลงไปได้

ขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ นิสิตทั้งปริญญาโทและปริญญาเอกที่คอยอยู่เคียงข้างช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดาและมารดา ผู้เป็นที่เคารพรักรยิ่งและเป็นแสงสว่างแห่งชีวิตให้กับผู้วิจัยเสมอมา คอยปลุกฝังและเสริมสร้างให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา สนับสนุนและให้กำลังใจในการศึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

วัลภา อธิญะภูมิ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
วัตถุประสงค์..... 6	6
คำถามการวิจัย..... 6	6
แนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย..... 6	6
ขอบเขตของการวิจัย..... 7	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้..... 8	8
บทที่ 2 เอกสารงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 9	9
1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ..... 10	10
2. บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ..... 32	32
3. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น..... 38	38
4. การจัดการบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น..... 49	49
5. การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR..... 57	57
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 62	62

7. กรอบแนวคิดเบื้องต้น.....	71
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	72
1. การทบทวนวรรณกรรม.....	72
2. การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ .....	73
3. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	76
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	79
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	105
สรุปผลการวิจัย.....	107
การอภิปรายผลการวิจัย.....	111
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	121
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	121
บรรณานุกรม.....	122
ภาคผนวก .....	130
ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	131
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	141
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับ ผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	152
ประวัติผู้เขียน .....	202



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการสรุปแนวคิดเบื้องต้นของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม.....	55
ตารางที่ 2 แสดงขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลที่ได้จากวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 .....	78
ตารางที่ 3 ตารางแบ่งช่วงคะแนนของอันตรภาคชั้น .....	85
ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก .....	87
ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) ของ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในชุมชน .....	92
ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ...	96
ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการผ่าน เทคโนโลยีสารสนเทศ .....	97
ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ.....	98
ตารางที่ 9 สรุปการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น .....	99

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....71



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2540 และได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนชาวไทย มุ่งเน้นบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีนโยบายหลัก คือ การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2542) ซึ่งจากการวิจัยปัญหาาระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ (สมศักดิ์ ชุมทรัพย์ และคณะ, 2549) พบว่าปัญหาในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมมีข้อจำกัดหลายประการ คือ 1) บุคลากรและการกระจายของสถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่บริการ 2) ประชาชนส่วนมากเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทำให้เกิดความแออัด 3) การให้บริการเป็นบริการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ และ 4) ระบบบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่ง สปสช. ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ทำให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ, 2559) ซึ่งมีบทบาทดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลในเบื้องต้น และเพื่อให้ระบบบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล (Primary care unit) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ซึ่งจากเดิมที่เรียกว่า สถานีอนามัย และในปี พ.ศ. 2553 ได้ยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทหน้าที่ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น กับฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้บริการดังนี้ การตรวจรักษาพยาบาลขั้นต้น การฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (การให้วัคซีนเด็ก) การดูแลโภชนาการ งานอนามัยโรงเรียน การคุ้มครองผู้บริโภค การคัดกรองภาวะผิดปกติต่างๆ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการอื่นๆ ให้กับชุมชน เนื่องจาก รพ.สต. เป็นสถานพยาบาลขนาดเล็ก บางแห่งอาจมีเจ้าหน้าที่ 1-3 คน โดยต้องให้บริการประชาชนเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้ (สมหมาย จันเือง, 2558; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ,

2560; ฤทธิ เทชาดิวัฒน์ และคณะ, 2561) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ สปสช. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สปสช. จึงได้จัดตั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนร่วมกันเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร, 2562) โดยใช้ชื่อว่า “เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น” เครือข่ายนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ คลินิกชุมชนอบอุ่น รักษาเต็มเวลา และ คลินิกเฉพาะทางชุมชนอบอุ่น ได้แก่ คลินิกทันตกรรม กายภาพบำบัด ร้านขายยา ซึ่งมีการทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ (กิตติ พิทักษ์ นิตินันท์, 2561) เป็นต้น และในปี พ.ศ. 2561 สปสช. ร่วมกับสภาการพยาบาลกำหนดให้มีคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการในระดับปฐมภูมิให้แก่ผู้รับบริการในชุมชนที่มีสิทธิบัตรทอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจผู้รับบริการมากที่สุด (สภาการพยาบาล, 2563ก)

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นชื่อเรียก คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดระยะเวลาการเดินทางไปโรงพยาบาล และลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาล โดยมี รศ. ดร. ทศนา บุญทอง นายกสภาการพยาบาล และดำรงตำแหน่งคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และกระจายตัวในชุมชนอยู่ทั่วภูมิภาคของประเทศ ในรูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนกว่า 5,000 แห่ง น่าจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิในชุมชนได้มากขึ้น (สภาการพยาบาล, 2562ก) จึงได้เสนอให้คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แก่ที่ประชุมสปสช. ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 เมื่อผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นหน่วยบริการร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จึงเริ่มดำเนินการนำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561 – 2570 เริ่มดำเนินการในวันที่ 1 เมษายน 2562 เป็นต้นมา สภาการพยาบาลได้จัดตั้งคณะทำงานชุดหนึ่งเพื่อทำงานร่วมกับผู้แทนของสปสช. (สภาการพยาบาล, 2562ข) มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดหลักการ วิธีการ มาตรฐานของคลินิก การเบิกชดเชยจากงบประมาณ รวมถึงกำหนดขอบเขตและกิจกรรมของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สำหรับขอบเขตการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สภากาชาด (2562ข) ได้กำหนดไว้ดังนี้<sup>1)</sup> การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and promotion) (ตามขอบเขตวิชาชีพ) ได้แก่ การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนตามแผนการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข การวางแผนครอบครัว การตรวจมะเร็งเต้านม การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic diseases) เป็นต้น 2) ให้บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient services) เช่น การล้างตา การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม การเปลี่ยนสายยางกระเพาะอาหาร การสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดแผล เป็นต้น และ 3) บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการให้บริการนี้ เป็นการให้แก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage หรือ UC) คือผู้ป่วยบัตรทอง รับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถเรียกเก็บค่าบริการตามอัตราที่สสช.กำหนด (สภากาชาด, 2563ก) แต่หากมีกิจกรรมบริการอื่นๆนอกเหนือจากนี้ ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองตามอัตราที่คลินิกกำหนดได้ตามปกติ (สภากาชาด, 2563ข) จากที่กล่าวถึงขอบเขตการให้บริการ จะเห็นได้ว่าการให้บริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนี้เป็นการแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการพยาบาลให้แก่ชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน และช่วยเติมเต็มช่องว่างระบบบริการสุขภาพให้สมบูรณ์มากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า พยาบาลระดับปฏิบัติการ (Registered nurse) มีการเปิดคลินิกพยาบาลเพื่อบริการสุขภาพเบื้องต้น เช่น ในประเทศสวีเดน (Efrimson et al., 2008; Nymberg & Drevenhorn, 2016) ออสเตเรีย (Hakanson et al., 2014) นิวซีแลนด์ (Marshall et al., 2011) และอังกฤษ (Banks et al., 2012) คลินิกดังกล่าวได้รับความนิยมจากประชาชนเข้ารับบริการจำนวนมาก เนื่องจาก คลินิกพยาบาลสร้างความพึงพอใจในบริการ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผล

นอกจากนี้ประเด็นปัญหาสำคัญของการให้บริการของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ก็คือ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ภาระงานสูงขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านกำลังคนของนโยบายภาครัฐ ประกอบกับการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ทางอื่นนอกจากงบเหมาจ่ายรายหัวและการประกันสุขภาพอื่นๆ จึงไม่มีเงินมากพอในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่ม เพื่อตอบสนองการเข้ารับบริการของผู้รับบริการที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการต้องรอคอยเป็นเวลานาน เกิดความแออัดในโรงพยาบาล (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2561) นอกจากนี้จากการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555–2559) ที่พบว่าสถาน

บริการปฐมภูมิของรัฐมีบุคลากรไม่เพียงพอ (ยงยุทธ บรรจง, 2560) จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ต่างมีปัญหาในด้านบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทั้งนี้ คลินิกพยาบาลชุมชน น่าจะมีส่วนช่วยเป็นเครือข่ายในการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ และสามารถบรรเทาปัญหาเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลลงได้บ้าง เนื่องจากผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นใกล้บ้าน เป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาลในการรอรับบริการได้ อีกทั้งลดระยะเวลาเดินทางไปรับบริการในโรงพยาบาล โดยเข้ารับบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทำให้ในภาพรวมภาครัฐอาจประหยัดงบประมาณเรื่องบุคลากรในระยะยาวได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมารองรับปัญหาดังกล่าวมานี้

สำหรับการดำเนินการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ในระยะแรกเป็นโครงการพัฒนา รูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สภาการพยาบาล, 2563ข) โดยสภาการพยาบาลกำหนดให้คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายสถานพยาบาล กับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานตามที่สภาการพยาบาลและ สปสช. กำหนด และได้ทำสัญญาขึ้นทะเบียนกับ สปสช. เป็นเครือข่ายหน่วยบริการร่วมของสปสช. มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คลินิก ได้แก่ ปารีชาตคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พลอยคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์พรรณวณิช ศิราณีคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ พระปิ่น2คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และในปัจจุบันได้มีการขยายเครือข่ายคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปยังเขตจังหวัดใหญ่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ปทุมธานี และอยุธยา ภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด และภาคอีสาน ได้แก่ บุรีรัมย์ และ นครราชสีมา (สภาการพยาบาล, 2563ข) และมีผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 35 คลินิก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

ส่วนการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระยะแรก สภาการพยาบาล (2563ข) ได้ดำเนินการประเมินผลการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 5 คลินิก พบว่า คลินิกให้บริการเกี่ยวกับ 1) การบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การทำความสะอาดแผล ตัดไหม และ 2) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจสุขภาพ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การฉีดวัคซีน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งการให้บริการทั้งหมดเมื่อพิจารณาตามขอบเขตการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่กล่าวมาแล้ว พบว่า การให้บริการดังกล่าว เป็นเพียงการให้บริการบางส่วนของบริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนการให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะของบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ยังไม่มีการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งจากการประเมินผลของสภาการพยาบาล (2563ข) นี้ พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้ให้สัมภาษณ์ว่า ขอบเขตการให้บริการที่สภาการพยาบาลร่วมกับ สปสช. ที่กำหนดขึ้น เป็นการกำหนดกว้างๆ ไม่มีคู่มือในการให้บริการ ผู้ให้บริการต้องตีความเองว่า ให้บริการได้มาก-น้อยเพียงใด โดยเฉพาะส่วนของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ เป็นการส่งต่อผู้ป่วยมาจากที่ใด เช่น จาก โรงพยาบาล หรือ รพ. สต. สหสาขาวิชาชีพที่ไปด้วย หมายถึง ผู้ให้บริการในเครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น หรือ รพ.สต. หรือหน่วยบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังไม่ได้กำหนดขอบเขตและกิจกรรมที่ชัดเจนเกี่ยวกับ ลักษณะการทำงาน การให้บริการ และ การประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการเชิงรับในคลินิก แต่ไม่มีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้รับบริการในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตามที่คณะทำงานสปสช. และสภาการพยาบาลกำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นการนำร่องโครงการฯ ประกอบกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2565) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 ได้รายงานผลการดำเนินงานบริการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2564 พบปัญหา ดังนี้ 1) ขอบเขตบริการที่ให้บริการของคลินิกพยาบาลมีข้อจำกัด 2) หน่วยบริการประจำไม่ส่งต่อผู้รับบริการมารับบริการที่คลินิก ซึ่ง สปสช. ได้กำหนดเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565 คือ ให้มีการขยายขอบเขตบริการที่คลินิกได้ตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าการจัดบริการของคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังไม่มี การกำหนดขอบเขตการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลแต่ละคลินิกจัดการให้บริการตามที่ตนเอง เข้าใจและเคยให้บริการมาก่อน หากมีการศึกษาการจัดการบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชน อบอุ่นให้เกิดความชัดเจนขึ้น ก็จะเป็นแนวทางสำหรับการจัดบริการของคลินิกพยาบาลชุมชน อบอุ่นที่เป็นรูปธรรมสอดคล้องกับนโยบายของสปสช. และความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ได้มาซึ่ง คุณภาพบริการพยาบาล และเตรียมพร้อมรองรับการขยายตัวของโครงการฯ ไปทั่วภูมิภาคของ ประเทศ ให้มีการจัดบริการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการวิจัยนี้

เป็นการศึกษาวิจัยในบริบทที่ไม่มีตำราหรือเอกสารใดกล่าวไว้ ผู้วิจัยใช้วิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR ของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) เพื่อรวบรวมความคิดของผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ โดยการวิจัยเชิงอนาคต นอกจากจะสามารถศึกษาภาพอนาคตในช่วงเวลา 5-20 ปี ซึ่งระยะเวลาในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ยังสามารถศึกษาภาพเหตุการณ์ปัจจุบันที่ยังไม่ชัดเจนได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2559) โดยในการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อให้เกิดความชัดเจนในปัจจุบัน

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดการบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

### คำถามการวิจัย

การจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นควรมีลักษณะอย่างไร

### แนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย

สำหรับการวิจัยนี้ เป็นการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1) ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2546) 2) การจัดการบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่ (ไพจิตร วราชิตและคณะ, 2555) 3) การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) และ 4) การจัดการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหออัครครบถ้วน (กองการพยาบาล, 2561) ที่นำบูรณาการเพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นเพื่อให้ทราบขอบเขตการให้บริการในระดับปฐมภูมิ และใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบการจัดการบริการในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านบริการพยาบาลในคลินิก 2) ด้านบริการพยาบาลนอกคลินิก 3) ด้านการบริหารจัดการ 4) ด้านระบบสารสนเทศ และ 5) ด้านการประสานงานงานเครือข่าย



## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น** หมายถึง ขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลที่ให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้รับบริการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2546) การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) และการจัดบริการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (กองการพยาบาล, 2561) เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

**1.ด้านบริการพยาบาลในคลินิก** หมายถึง การให้บริการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบส่งต่อ การรักษาความลับของผู้รับบริการและ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการหรือญาติ ก่อนจำหน่ายหรือออกจากคลินิก รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ

**2.ด้านการบริการพยาบาลนอกคลินิก** หมายถึง การบริการเชิงรุกในชุมชน และการเสริมสร้างศักยภาพในชุมชน โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน

**3.ด้านการบริหารจัดการ** หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้แก่ การเงิน และงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ การควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

**4.ด้านระบบสารสนเทศ** หมายถึง การให้บริการผ่านเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และส่งต่อผู้ป่วย กับหน่วยงานอื่นๆ และการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งคำรักษาพยาบาล

**5.ด้านการประสานงานเครือข่าย** หมายถึง การสร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และการจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานการอื่นๆ เพื่อขอการสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสาร ยานพาหนะ และรถยนต์ส่งต่อ

**คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น** หมายถึง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งให้บริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีการบริการสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ตามขอบเขตวิชาชีพและข้อกำหนดของสภาการพยาบาลร่วมกับสปสช.

#### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางกำหนดขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นตามขอบเขตวิชาชีพและข้อกำหนดของสภาการพยาบาลร่วมกับสปสช.
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รองรับการขยายตัวของโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปทั่วภูมิภาค
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

## บทที่ 2

### เอกสารงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้วิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสรุปเป็นสาระสำคัญประกอบการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.1 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559 – 2579

1.3 มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ

1.4 การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

#### 2. บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชน

#### 3. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3.1 ความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3.2 ความเป็นมาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3.3 หน้าที่ของคณะกรรมการพยาบาล และสปสช. ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาลชุมชน

อบอุ่น

3.4 คุณสมบัติและการเตรียมตัวเข้าร่วมเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3.5 ขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

#### 4. การจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

4.1 ความหมายของการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

4.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

#### 5. การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7. กรอบแนวคิด

## 1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย อย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟู ซึ่งประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่ร่วมขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเนื้อหาในส่วนนี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอเกี่ยวกับ วิวัฒนาการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559 – 2579 มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1.1. วิวัฒนาการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 เนื่องจากประเทศไทยได้นำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตามคำประกาศอัลมาตา (Alma Ata Declaration) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) ถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และเป็นบริการที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน จึงนำมาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการเข้าถึงเท่าเทียม ด้วยค่าใช้จ่ายและเทคโนโลยีที่เหมาะสม (WHO, 1978) ประกอบกับประชาชนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพไม่มากนัก อีกทั้งระบบสุขภาพขาดความเสมอภาคและเข้าถึงได้ยาก การเดินทางไม่สะดวก สถานบริการไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน ขาดประสิทธิภาพ ขาดความต่อเนื่องในการดูแล มุ่งเน้นการรักษาโรคมากกว่าการสร้างสุขภาพ และประชาชนไม่พึงพอใจด้านการบริการและขาดที่พึ่งพิงทางสุขภาพ (โกมาตรา จึงเสถียรทรัพย์, 2545; โยธิน แสงดี และคณะ, 2543 ; ประคิน สุจฉายาและคณะ, 2543 ; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542 และกองการพยาบาล, 2544) จึงเกิดเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมีนโยบายสำคัญ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีพึ่งตนเองได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้อย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545; กองการพยาบาล, 2544) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายดังกล่าวจากรัฐบาล และได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รับผิดชอบ

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit หรือ PCU) และยังสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและกระจายไปอย่างทั่วถึง (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

กระทรวงสาธารณสุข ได้เรียกชื่อ หน่วยบริการปฐมภูมิว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ระยะเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ให้บริการในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ประเมินสภาพ วินิจฉัยชุมชน การส่งต่อบริการ ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพ การดูแลตนเองและพึ่งพากันเองในชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ผสมผสานองค์ความรู้และบูรณาการศาสตร์ต่างๆที่เกี่ยวข้องมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองการพยาบาล, 2544; สำเร็จ แหียงกระโทก, 2545) สำหรับการดำเนินงานใน PCU นั้นรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ไม่เกิน 10,000 คน ต่อ 1 PCU มีบุคลากรรับผิดชอบ 8 คน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งผลการดำเนินงานใน PCU ที่ผ่านมาประสบกับปัญหาหลายประการ เช่น ความไม่ไว้วางใจของผู้ใช้บริการ ค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีระดับสูง เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ ขาดความรู้งานชุมชน ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545) ขาดอัตรากำลังแพทย์มาปฏิบัติงานใน PCU อย่างเพียงพอ พยาบาลต้องรับหน้าที่ตรวจรักษาแทนแพทย์ทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในประสิทธิภาพ (ทวิเกียรติ บุญโยพศาลเจริญ, 2546)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลได้มีโครงการยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพทั้งโครงสร้างการทำงานและภารกิจบริการที่ชัดเจนขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพและการเข้าถึงสุขภาพขั้นพื้นฐานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) กระทั่งปัจจุบันประเทศไทยกำหนดใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งมาตรา 43 ระบุถึงสิทธิของประชาชนไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ มาตรา 55 กำหนดว่ารัฐต้องดำเนินการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึง รวมถึงรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster หรือ PCC) เพื่อให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ เรียกว่าทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากงานวิจัยเรื่องทิศทางแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบสุขภาพของประเทศไทย (ภูมิพงศ์ ศรีภา, 2562) พบว่า การบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง แต่พบปัญหาว่า จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพที่มีไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน สปสช. จึงได้จัดตั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนร่วมกันเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร, 2562) โดยใช้ชื่อว่า “เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น” เครือข่ายนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) คลินิกชุมชนอบอุ่น รักษาเต็มเวลา และ 2) คลินิกเฉพาะทางชุมชนอบอุ่น ได้แก่ คลินิกทันตกรรม กายภาพบำบัด ร้านขายยา ซึ่งมีการทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2561) เป็นต้น และในปี พ.ศ. 2561 สปสช. ร่วมกับสภาการพยาบาลกำหนดให้มีคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการในระดับปฐมภูมิในแก่ผู้รับบริการในชุมชนที่มีสิทธิบัตรทอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจผู้รับบริการมากที่สุด (สภาการพยาบาล, 2563ก) ซึ่งถือได้ว่าตอบสนอง

สรุปได้ว่าประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีหน่วยงานหลัก คือ สปสช. มีหน้าที่สร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนจน แต่จากปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น การแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ระบบบริการปฐมภูมิยังแคลนทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ เป็นต้น สปสช. จึงได้จัดตั้งภาคีเครือข่าย “เครือข่ายหน่วยบริการชุมชน

อบอุ่น” และในปีพ.ศ. 2561 สปสช. ร่วมกับสภาการพยาบาลกำหนดให้มีคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการแสดงบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้บริการในระบบสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อนโยบายแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559 – 2579 ที่กำหนดเป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" ดังนั้นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นน่าจะมีส่วนช่วยเติมเต็มการให้บริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

## 1.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559 – 2579

กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อปรับทิศทางการทำงานของระบบสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมี คุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม มีการตั้งเป้าหมายให้ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" โดยกำหนด ยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย

### 1.2.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ ตลอดจนมีการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีเป้าหมายการพัฒนา คือ 1) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี 2) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที 3) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ 4) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน และ 5) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยแบ่งเป็นกลุ่มต่างตามวัย มีดังนี้

**1) กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)** ซึ่งกลุ่มนี้พบปัญหา อัตราตายมารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี สูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ 5 (MDGs) โดยสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่ เกิดจากการแท้งและการคลอด สำหรับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยได้รับการเตรียมความ

พร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ตลอดจนถึงได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตร เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กที่เกิดมาทุกคนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสมวัย

**2) กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)** พบปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน การเกิดอุบัติเหตุจากจรรยาจร ทางบกและการจมน้ำ สำหรับคะแนนระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มวัยเรียน พบว่า เด็กกลุ่มวัยเรียน ร้อยละ 39.3 มีคะแนนสติปัญญาและความถนัด (IQ) อยู่ในระดับปกติ (ค่าเฉลี่ย 90-109) ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนสติปัญญาและความถนัดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 90) มีจำนวนมากถึงร้อยละ 49.9 ซึ่งเกณฑ์ไม่ควรเกิน ร้อยละ 25 เท่านั้น

**3) กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)** ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขและรายงานของ UN ระบุว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10

**4) กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)** ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า 60 ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ การตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า 60 ปี ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

**5) กลุ่มผู้สูงอายุ** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ความสูญเสียปีสุข ภาวะของประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อมนอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศ ชาย ประมาณ 1 เท่า



### 1.2.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับการ บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบการส่งต่อ ที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน เนื่องจาก ปัญหาด้านการส่งต่อซึ่งมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าจะมีการ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย ภายในเขต ชำมเขตและ ส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลาการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ กลับ ทำได้น้อยลง ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) กล่าวถึง การให้บริการในระดับปฐมภูมิ ต้องมี ระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เมื่อหน่วยบริการไม่สามารถดูแลได้ เอง รวมถึงมีการจัดการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ หรือส่งต่อผู้รับบริการไปยังทีมสหวิชาชีพภายใน เครือข่าย หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หรือบริการเฉพาะที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลเองไม่ได้ อันจะส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของ ผู้รับบริการ ซึ่งเป้าหมายการพัฒนา คือ 1) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน 2) มีระบบ บริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน 3) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 4) มีเครื่องมือและ เทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล 5) มีความร่วมมือทั้งระหว่าง หน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการ ป้องกันและรักษาโรคที่มีความ สำคัญ

### 1.2.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นการเน้นถึงการพัฒนาบุคลากร โดยเริ่มตั้งแต่ การวางแผน อัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบค่าตอบแทน บุคลากรสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการ กระจายที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน อย่างแท้จริง เป้าหมายการพัฒนา คือ 1) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการ อัตรากำลังคนของประเทศ 2) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความ สมดุลกัน 3) ดำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

#### 1.2.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ด้วยการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริหาร จัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้ เป้าหมายการพัฒนา คือ 1) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ 2) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ 3) สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพ 4) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ และ 5) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

สรุปได้ว่า แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2559 - 2579 มีเป้าหมายเพื่อให้ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" โดยเน้นการให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยตามสอดคล้องสภาพปัญหาในวัยนั้นๆ การให้บริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ การมีบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงและยั่งยืน ซึ่งการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการตามขอบเขตวิชาชีพ และเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

#### 1.3 มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ

สภาการพยาบาล (2560ก) ได้กำหนด มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สถานพยาบาลและผดุงครรภ์ที่เปิดให้บริการนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อเป็นเกณฑ์ในการพัฒนาการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

##### มาตรฐานที่ 1 การจัดการองค์กรและบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.1 กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อเป็นทิศทางการปฏิบัติงานบริการพยาบาลที่ทันสมัย สอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.2 จัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติที่เอาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน เป็นตัวตั้งและตอบสนองแผนพัฒนาสาธารณสุข และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติโดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

1.3 การบริหารจัดการด้านการพยาบาล ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

1.4 มีระบบกลไกการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคลากร โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาและหน่วยงาน

1.5 มีแบบพรรณนางานที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและคุณสมบัติของบุคลากร ทุกระดับ

## มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย

2.1 ด้านบุคลากรพยาบาลผู้ให้บริการเต็มเวลา โดย

2.1.1 พยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน ให้การดูแลประชากร ไม่เกิน 2,500 คน

2.1.2 พยาบาลวิชาชีพคนหนึ่ง รับผิดชอบครอบครัว ไม่เกิน 250 ครอบครัว

2.1.3 มีพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด หรือ ผู้มีวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลชุมชน หรือผู้มีวุฒิปริญญาตรีพยาบาลผู้ปฏิบัติชั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน อย่างน้อย 1 คน ในทุกหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

2.2 มีระบบ ติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน ครอบครัว และบุคคลว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

2.3 มีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตการปฏิบัติ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือน้อยกว่า 10 หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

## มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงานและกระบวนการให้บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3.1 จัดระบบการให้บริการสุขภาพตามขอบเขตการปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอื่นในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไว้ อย่างชัดเจน

3.2 จัดระบบการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดย

3.2.1 มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นไปตามขอบเขตการบริการอย่างถูกต้องตาม หลักวิชาการ

3.2.2 มีการวางแผน หรือออกแบบระบบและกระบวนการในการป้องกันความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน และมีการติดตามเฝ้าระวังคุณภาพ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.3 ใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชนในชุมชน องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสหวิชาชีพในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาข้อมูลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และศักยภาพของชุมชน การออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพและการบริการสุขภาพที่เอาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชนเป็นตัวตั้ง การดำเนินการตามแผนปฏิบัติ และการประเมินผล

3.4 มีระบบมอบหมายงาน/จัดระบบการบริการที่ยืดหยุ่น คล่องตัว สอดคล้องกับสภาพปัญหาชุมชน

3.5 กำหนดนโยบายและสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ทุกขั้นตอน

3.6 มีระบบกำกับติดตามและสนับสนุน ให้พยาบาลและผดุงครรภ์ประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน และดำรงไว้ซึ่งจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

3.7 มีสารสนเทศและใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ในการจัดการบริการสุขภาพชุมชน ตามแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติที่จัดทำร่วมกับชุมชน

3.8 ร่วมกำหนดระบบและดำเนินการกับเครือข่าย ทีมงาน เพื่อเกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันและกันในระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ให้มีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบ

มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1 มีระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1.1 มีนโยบายและแผนงานการจัดการคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1.2 มีระบบการบริหารความเสี่ยง

4.1.3 มีระบบประกันคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1.4 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4.2 มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.2.1 มีการพัฒนาคุณภาพการบริการตามขอบเขตการบริการ

4.2.2 มีกลไกการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

4.2.3 มีกิจกรรมการทบทวนการปฏิบัติงาน โดยนำผลการวิเคราะห์ ผลการประเมินการดำเนินงาน การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น และการพยาบาล ดูแลต่อเนื่องไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อค้นหาปัญหาและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ

4.2.4 มีการปรับเปลี่ยนกลวิธีการปฏิบัติงานตามการวิเคราะห์การปฏิบัติงาน  
มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์

5.1 มีการประเมินและวินิจฉัยภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อนำมาวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล การปฏิบัติการตามขอบเขตการบริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในชุมชน

5.2 การติดตามผู้ป่วยและประชากรที่ต้องการการดูแลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาและทารก การดูแลประคับประคอง การดูแลครอบครัวในภาวะวิกฤต เป็นต้น

5.3 การรักษาโรคเบื้องต้น

5.4 การบรรเทาอาการ การลุกลามของโรค และการปฐมพยาบาล

5.5 การรับและส่งต่อ และการเยี่ยมบ้าน

5.6 การตรวจและรับฝากครรภ์ การทำคลอด การให้บริการสุขภาพเด็กดี การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว การให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดและครอบครัว

5.7 การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแล สุขภาพตนเองและผู้ป่วยในบ้าน

5.8 การเชื่อมประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ ให้เกิดการจัดการเรื่องสุขภาพของชุมชนได้

5.9 การคัดกรองสุขภาพ ตามกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพและภาวะคุกคามในท้องถิ่น และ ตามนโยบายของประเทศ

5.10 การเฝ้าระวังการเกิดโรคและความเจ็บป่วยและภาวะคุกคามต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่

5.11 การเสริมพลังกลุ่มเสี่ยง การสร้างกลุ่มสุขภาพในพื้นที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยการจัดกระบวนการให้ เกิดกลุ่มช่วยเหลือกัน ได้แก่ กลุ่มผู้พิการ

ผู้ป่วยเรื้อรัง วัยรุ่น สตรี ผู้สูงอายุ เด็ก ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

5.12 งานอื่น ๆ ตามความจำเป็นของชุมชน

มาตรฐานที่ 6 การรักษาสิทธิของผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

6.1 ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการปฏิบัติการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

6.2 จัดบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

6.3 เปิดโอกาสและจัดให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่รับผิดชอบมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพ

6.4 ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ชัดเจน และเพียงพอต่อการตัดสินใจในการวางแผน และการดูแล สุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

6.5 ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานการปฏิบัติของหน่วยงาน ภายใต้ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการ ด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

มาตรฐานที่ 7 การให้บริการพยาบาลที่บ้าน

7.1 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและวินิจฉัยสภาพ ศักยภาพของครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

7.2 วางแผนและให้การพยาบาลที่บ้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและศักยภาพของ ครอบครัวที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การบรรเทาอาการ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

7.3 ประเมินผลและปรับแผนเพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการครอบครัวอย่างทันท่วงทีและต่อเนื่อง

7.4 จัดการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม

7.5 ประสานงานการดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ครอบคลุมทุกด้าน

7.6 สร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพและช่วยเหลือกันเองได้

มาตรฐานที่ 8 การบันทึกและการรายงาน จัดระบบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริการพยาบาล โดย

8.1 มีระบบและฐานข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น โดยกำหนดองค์ประกอบของฐานข้อมูล กระบวนการบันทึกและกระบวนการใช้ข้อมูลในการออกแบบและพัฒนาคุณภาพกิจกรรมการดูแลสุขภาพและบริการสุขภาพ

8.2 มีฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนที่จำเป็นตามมาตรฐานที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพ 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคลที่แสดงให้เห็น

8.2.1 องค์ประกอบทางประชากรของชุมชน อัตราเกิด อัตราตาย กลุ่มคนสำคัญ กลุ่มคนที่มีความต้องการด้านสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น เด็กหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

8.2.2 ภาวะสุขภาพของคนกลุ่มต่างๆ ความต้องการด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ แบบแผนการเจ็บป่วยและโรค อัตราป่วย อัตราตาย และวิธีการรักษาดูแลสุขภาพ

8.2.3 ศักยภาพของชุมชน ครอบครัว และบุคคล ระบบการจัดการปัญหาของชุมชน และแหล่งประโยชน์ ภาวะแวดล้อมที่เป็นเหตุปัจจัยของปัญหาสุขภาพ หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพ คน ในชุมชน หรือข้อจำกัดต่างๆ ของชุมชน

8.2.4 พฤติกรรมจากวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง การเจ็บป่วยของบุคคล ในครอบครัวและชุมชน

8.2.5 สุขภาพครอบครัว เช่น ประวัติครอบครัว ภาวะพึ่งพิง ภาวะเครียดและวิกฤติ เป็นต้น

8.2.6 ฐานข้อมูลจากการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

8.2.7 และอื่นๆที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่

8.3 มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาวางแผนหรือออกแบบและการปฏิบัติ บริการพยาบาล หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพคนในชุมชน กิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามในพื้นที่ พร้อมผลลัพธ์จากการปฏิบัติและการประเมินผล

8.4 มีการปรับปรุงฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนให้เป็นปัจจุบันในทุก 12 เดือน

8.5 มีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพชุมชนกับระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 9 ด้านผลลัพธ์

9.1 ด้านผลลัพธ์การบริการพยาบาล

9.1.1 ความครอบคลุมของการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์

- 9.1.2 ผู้ป่วยที่ส่งต่อและกลับมาชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมทุกราย
- 9.1.3 ผู้ป่วยที่ต้องการหัตถการที่บ้าน เช่น ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง ทำแผลหรือได้รับการล้างไต เป็นต้น
- 9.1.4 มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ครอบครัวในความรับผิดชอบทุกครอบครัว
- 9.1.5 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการหรือปัญหาที่ป้องกันได้หรือลดการกลับเป็นซ้ำหรือการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันนัด
- 9.2 ด้านผลลัพธ์การให้บริการร่วมกับทีมสุขภาพอื่น โดย
- 9.2.1 การคัดกรองสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยง
- 9.2.2 ประชากรป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีอัตราการลดลง
- 9.2.3 ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง
- 9.2.4 จำนวนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือกันที่เกิดขึ้น
- 9.2.5 กระบวนการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- 9.2.6 สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดอย่างรุนแรงในชุมชน เมื่อเกิดโรคระบาด ภายในชุมชนมีการค้นหา รายงานโรคได้อย่างรวดเร็วและแก้ไขได้ทันที่
- 9.3 ด้านการประเมินผลการบริการสุขภาพในชุมชน
- 9.3.1 ความพึงพอใจของบุคคล ครอบครัว และองค์กรชุมชน
- 9.3.2 ความร่วมมือของชุมชน ครอบครัวและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- 9.3.3 เกิดผลลัพธ์ในการให้บริการตามมาตรฐานด้านผลลัพธ์การให้บริการ
- 9.3.4 ประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน ครอบครัว กลุ่มคน และบุคคล
- 9.3.5 การทบทวนระบบข้อมูล ครอบครัว กลุ่มเสี่ยง และชุมชนเพื่อการพัฒนางานและความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล
- 9.3.6 ข้อร้องเรียนและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนอื่น ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านต่างๆ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- จากที่กล่าวทั้งหมดสรุปได้ว่า มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การจัดการองค์กรและบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ , การ



บริหารจัดการทรัพยากรบุคคล , การจัดระบบงานและกระบวนการให้บริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ , การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ , การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ , การรักษาสีติของผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ , การให้บริการพยาบาลที่บ้าน , บ้านพักและการรายงาน จัดระบบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการบริการพยาบาล และ ด้านผลลัพธ์ โดยมาตรฐานดังกล่าว นำไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาลให้เกิดคุณภาพ ซึ่งการศึกษาการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีการจัดบริการที่มีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองนโยบายการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของ สปสช. และเติมเต็มระบบบริการสุขภาพให้สมบูรณ์ได้อย่างแท้จริง

#### 1.4 การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการให้บริการด้านแรกที่ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนและหมู่บ้าน จนสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงหลังจากเจ็บป่วย ให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมผู้รับบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม (กองการพยาบาล, 2562; สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545; Starfield, 1992) หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU (Primary Care Unit) คือ หน่วยบริการด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนมาใช้บริการเข้าถึงได้ง่าย เป็นสถานพยาบาลประจำตัวและครอบครัว ที่ให้บริการสุขภาพในขั้นปฐมภูมิแก่ประชาชนโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545 ; สำเร็จ แหียงกระโทก, 2545, กองการพยาบาล, 2545)

##### 1.4.1 ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (กฤตติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ, 2553) มีรายละเอียด ดังนี้

1) การให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (health service) โดยประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เผื่อระวัง ติดตามสถานการณ์ และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล

ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพสามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ สามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ให้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรัง ได้อย่างปลอดภัย สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นต่างๆตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพ สามารถให้บริการแบบองค์รวม ติดตามให้ผู้ให้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของบุคคลให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว รวมทั้งปัญหาด้านสังคม สามารถทำกิจกรรม สนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบครัวทั้งทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่กำหนด

2) การจัดการบริการสุขภาพ (service management) โดยเน้นการบริหารจัดการหน่วยบริการทางสุขภาพ การบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงินและงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูลทางสุขภาพ เป็นต้น

3) การเสริมสร้างศักยภาพ (empowerment) บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชน รวมทั้งส่งเสริม และกระตุ้นให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมชุมชน สร้างเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพสัมพันธภาพ

4) กิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดย กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ (2553) ได้กล่าวถึงกิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไว้ดังนี้

(1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย เช่น บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริมคุ้มกันโรค , บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และการทำคลอด , บริการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน และในโรงเรียน, บริการส่งเสริมสุขภาพ , การดูแลตนเองและลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งในสถานประกอบการ , บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

(2) การเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย ความรุนแรง และสารพิษ เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ , การค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการคัดกรอง เป็นต้น

(3) การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุ อุกฉุฉนและการส่งต่อ เมื่อเกินความสามารถ โดยจัดให้มีบริการครอบคลุม เช่น บริการรักษาโรค , ปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยเบื้องต้น , บริการรักษาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเกินขีดความสามารถในการรักษาเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อรักษาที่เหมาะสมต่อไป , การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

(4) การฟื้นฟูสภาพ ในประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการ หรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันและลดความพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดจำนวนผู้ป่วยในสภาพติดเตียงมีภาวะพึ่งพิง ลดภาระในการดูแลปัญหาสุขภาพของครอบครัว และสังคมได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2559)

(5) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ เช่น กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มของคนกลุ่มต่างๆเพื่อทำกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ , สื่อสาร กระจายความรู้ที่รับมาสู่ประชาชน , ให้คำแนะนำปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน และ ประเมินสภาวะสุขภาพและค้นหาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่นพร้อมปัจจัยสาเหตุ เพื่อการจัดทำโครงสุขภาพท้องถิ่น , การให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เช่น การผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้รถ ใช้นอน การทำงานที่ต้องใช้สารเคมี หรือเครื่องจักรที่อันตราย เป็นต้น , ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

#### 1.4.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่เพียงแต่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องให้บริการแก่สุขภาพดีด้วย โดยมีลักษณะเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน และ

ต่อเนื่องด้านสุขภาพแก่ผู้มีสุขภาพดี เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และ พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2559)

### 1) หลักเกณฑ์ในการแบ่งประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็นระดับต่างๆ

ผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยในการวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายกิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อ ให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 ระดับ (กองการพยาบาล, 2555; วรณัน ประสารอธิคม, 2557) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉียบพลัน มีความเจ็บป่วยหรือพิการเพียงชั่วคราว สามารถหายเป็นปกติได้ (curable/recover) เช่น ปอดบวม ภาวะโภชนาการบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติและมีบาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับต้น (long-term chronic) มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันคงอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงแล้วไม่สามารถหายเป็นปกติได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น โรคหัวใจโรคเบาหวาน อัมพฤกษ์ที่ยังสามารถช่วยตนเองได้ โรคความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาหาร รับประทานยาและการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบของการเยี่ยมบ้านเชิงรุก โดยมีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ให้ข้อมูล คอยกระตุ้น จูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองและผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม (ปริยณูช ชัยกองเกียรติ , มาริสสา หะสาเมาะ , ชนิ กานต์ สมจारी , พวงผกา ดำรงเสรี , วรัญญา รัชกุล และ กันต์สิรินทร์ หมื่นรักษ์, 2559) เนื่องจากประเทศไทยยังพบแนวโน้มปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้นทุกปี ซึ่งประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการในการควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (WHO) (ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และ นพวรรณ เปี้ยชื่อ, 2560) ประกอบกับ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ฐิตารัตน์สารทองแดง และ กลีบแก้ว จันทร์หงษ์, 2563) ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมส่วนบุคคล หากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยลดเกิดโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, 2561)

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับกลาง (long-term with mild disability) และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในระยะเฉียบพลัน เมื่อได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแล้วสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้บางส่วน เช่น อัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจและหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยถูกตัดขาและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (long-term with extreme disability) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เช่น โรคหัวใจที่รุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรุนแรงและโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่ในภาวะนอนติดเตียง (bed ridden) ผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่าง ๆ เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การเคาะปอดและการดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน เข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (สุนทร มาลาศร, 2560) หากผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นตัว และหายเร็วขึ้น การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ราตรี อร่ามศิลป์, วรณศิริ ประจันโน และสายใจ จารุจิตร, 2562) โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การพยาบาลบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหาร การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกาย การทำแผลกดทับ ส่วนผู้ดูแลบางคนที่ทำแผลกดทับได้เองก็ต้องการวัสดุ เช่น น้ำยาต่างๆ ครีมทาแผลกดทับ เป็นต้น (ขวัญตา บุญวาศ, อดิธาณ์ สุภานันท์,อรุณี ชุนหบดี และ นิมาศ ตูรา แว, 2560)

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill patients) เช่น ผู้ป่วยอัมพาตไปงพองในระยะสุดท้าย โรคมะเร็ง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคตับวาย โรคเอดส์ ผู้ป่วยในระยะนี้แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ในทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องเพื่อลด/บรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และสามารถมีความพร้อมเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี เป็นต้น

## 2) การเยี่ยมบ้านยุคไทยแลนด์ 4.0

การให้บริการสุขภาพยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นการบูรณาการเทคโนโลยีที่ทันสมัย และเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระดับ ซึ่งบริการเยี่ยมบ้านจะให้การดูแลสุขภาพบุคคลที่บ้าน ตั้งแต่ มีสุขภาพดี มีความเสี่ยง มีความเจ็บป่วย ไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลชุมชนต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่อยู่ตลอดเวลาการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลควรประยุกต์และเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการบริการ ด้านสุขภาพแก่บุคคล ทั้ง 3 ระยะของการเยี่ยมบ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน (initiation phase)

ระยะนี้พยาบาลควรเน้นการประสานงานเข้าเยี่ยมกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายของการเข้าเยี่ยมบ้าน โดย

1) การนัดหมายวันและเวลาในการเข้าเยี่ยมบ้านสามารถนัดหมายผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือ สื่อ social media ต่างๆ เช่น line, facebook messenger, Instagram ทั้งนี้ ควรเป็นการติดต่อรายบุคคล ไม่ควรติดต่อผ่านสื่อแบบรายกลุ่ม

2) การศึกษาข้อมูลครอบครัว ผ่านระบบสารสนเทศทางการแพทย์ เช่น โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัวแบบพกพา (family folder collector ; FFC) พัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ(NECTEC) เป็นโปรแกรมที่สามารถทำงานบน smartphone ระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (android) เชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันระหว่างฐานข้อมูลระบบงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน (โปรแกรม JHCIS) โปรแกรมมีคุณสมบัติในการระบุตำแหน่งพิกัดหลังคาเรือน จากระบบ GPS หรือ AGPS ระบุข้อมูลผังเครือญาติ 4 generation ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพบุคคลบนผังเครือญาติบันทึกภาพถ่ายข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ผ่านมา และ โปรแกรมส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (smart continuum of care; smart COC) ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยจะมีข้อมูลประวัติผู้ป่วยก่อน การจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งไปยังทีมสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการเยี่ยมบ้านและวางแผนการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นโปรแกรมที่สามารถทำงานบน smartphone ทุกชนิด

## ระยะที่ 2 ระยะเยี่ยมบ้าน (implementation phase)

ระยะนี้พยาบาลควรเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้ดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัว ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว แม้พยาบาลได้นัดหมายสมาชิกครอบครัวในการเข้าเยี่ยมบ้านแล้วในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งพยาบาลควร ขออนุญาตเข้าไปภายในบ้าน กล่าวสวัสดิทักทาย แจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าเยี่ยมบ้าน ซักถามข้อมูลทั่วไป ควบคู่ศึกษาและปฏิบัติตามและรักษาธรรมเนียมประเพณี ของชุมชนที่เข้าเยี่ยมอย่างเคร่งครัด

2) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมต่างๆ ในแต่ละกระบวนการพยาบาลเยี่ยมครอบครัว ได้แก่

(1) การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ แบบประเมินต่างผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชันที่สามารถประเมินผลได้ทันที เช่น การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น application ดัชนี Barthel ADL ใช้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ (Barthel activities of daily living : ADL) , application smile hub ประเมินสุขภาพจิตของกลุ่มวัยต่างๆ ประกอบด้วยการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในเด็ก ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ การประเมินการทำงานของร่างกาย เช่น application BMI calculator คำนวณดัชนีมวลกาย, application eGFR calculators คำนวณอัตราการทำงานของไต และ การประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น application deep eye ตรวจโรคเบาหวานขึ้นตาผ่าน smartphone, application Thai CV risk calculator ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

(2) การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล การทราบข้อมูลภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวจากโปรแกรมสุขภาพ ช่วยให้พยาบาลสามารถ วางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมตามปัญหาภาวะ สุขภาพโดยกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้ เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว รวมถึงวิธีและ เครื่องมือที่จะใช้การประเมินผลได้สอดคล้องกับปัญหา และวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้

(3) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆในกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยการใช้ clip video เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดการเจ็บป่วย รวมถึงภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ หากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เห็นภาพตัวอย่าง การแนะนำการใช้ application ด้านสุขภาพ เช่น application ความรู้

ด้าน สุขภาพต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับประชาชนทั่วไป เช่น การแนะนำการใช้ QR code ศึกษาข้อมูลสุขภาพ เช่น การใช้ QR code หน้า ชงยา ศึกษาข้อมูลยา การใช้จ่ายที่ถูกต้อง อาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น และ การแนะนำการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การแนะนำ website ด้านสุขภาพ ที่น่าเชื่อถือโดยเฉพาะ website ของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข การแนะนำรายการเสียงบันทึกการบรรยาย สัมภาษณ์(podcasts) ด้านสุขภาพซึ่งปัจจุบันกำลังเป็นที่นิยมของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดย การประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพเช่น การใช้ smart watch ขณะออกกำลังกาย และวัดจำนวนก้าว รวมทั้งวัดการเผาผลาญช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นชัดเจนขณะทำกิจกรรมการใช้หุ่นจำลอง เช่น การใช้application ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การใช้ application scannerd plus บนระบบปฏิบัติการ iOS สแกนบาร์โค้ดของสินค้า อาหารหรือเครื่องดื่มในบ้าน จะทราบว่าสินค้านั้นมีน้ำตาล โซเดียม ไขมันในปริมาณเท่าไรพร้อมเปรียบเทียบเป็นจำนวนซองขาให้เห็น ให้พลังงานกี่แคลอรี ถ้ารับ ประทานแล้วต้องใช้เวลาในการเผาผลาญพลังงานโดย การออกกำลังกายที่เมาะสำหรับสมาชิกครอบครัว ที่ต้องจำกัดอาหารรสหวาน มัน เค็ม application water reminder บนระบบปฏิบัติการ iOS และ water drink reminder บนระบบปฏิบัติการandroidเตือนการดื่มน้ำ และคำนวณได้ว่าร่างกายควรได้รับน้ำในปริมาณเท่าใด application sleep cycle ที่คำนวณและประเมินการนอนหลับ และ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และ นวัตกรรมเหล่านี้มีส่วนช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้และ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ด้วยตนเอง

(4) การประเมินการให้การพยาบาล สามารถใช้การบันทึกภาพการสาธิตย้อนกลับบันทึกเสียง เพื่อนำมาเปิดซ้ำ ช่วยให้พยาบาลและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันสะท้อนกลับข้อมูลได้

### ระยะที่ 3 ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน (termination phase)

ระยะนี้เน้นการสรุปข้อมูลการพยาบาล การนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป และการบันทึกกิจกรรม การเยี่ยมและอาการของผู้ป่วย โดย



1) การวางแผนนัดเยี่ยมในครั้งต่อไปร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสามารถทำผ่าน application หรือ ใช้ google calendar ในการนัดหมาย สามารถตั้งค่าโปรแกรมให้ช่วยเตือนวันและเวลาเป็นระยะๆ ได้

2) การบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สามารถบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่านโทรศัพท์มือถือ ได้ทันทีหลังการเข้าเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ผ่านโปรแกรม คอมพิวเตอร์ หรือ application เช่น โปรแกรม FFC เมื่อบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบันทึกเสร็จจะถูกซิงค์ขึ้นระบบ คลาวด์ และส่งข้อมูลกลับไปยังฐานข้อมูลระบบงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล JHCIS ในระยะหลังเยี่ยมบ้านพยาบาลควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้ง ก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรม เนื่องจากแป้นพิมพ์บนโทรศัพท์มือถือมีขนาดเล็กอาจเกิดข้อผิดพลาดจากการพิมพ์ตัวอักษรได้

ทั้งนี้การนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการดูแลปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดจน และความรู้เกี่ยวกับการแพทย์มีเป็นจำนวนมากเกินกว่าที่สมองของมนุษย์จะจัดการได้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเข้ามาใช้จะช่วยให้อุบัติการณ์ทางการแพทย์สามารถจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังสามารถดึงข้อมูลต่างๆ มาใช้เมื่อจำเป็นและยังช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย รวมถึงช่วยบุคลากรทางการแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้ และสามารถลดการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ ช่วยป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ทางการแพทย์ ถูกฟ้องร้องได้อีกด้วย บุชยารัตน์ ศิลปวิทยาทร และบุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2563)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพ และจัดกิจกรรมการให้บริการให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชน กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนมากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้มีความชัดเจน จะช่วยให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาล

วิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และการให้บริการตามความต้องการของประชาชน เพื่อให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาล

## 2. บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อกับบทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า สำนักงานพยาบาล (2559) ได้มีการกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพไว้ ดังนี้

### 2.1 บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ที่ร่วมขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย สำนักงานพยาบาล (2559) ได้แบ่งบทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไว้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะทีมระดับอำเภอ บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะ Case manager ระดับตำบล และบทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะทีมระดับอำเภอ โดย 1) มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2) ประสานงานช่วยเหลือ สนับสนุนกับทีมระดับตำบล 3) บริหารจัดการธนาคารอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ และ 4) เป็นผู้จัดทำแบบการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Discharge plan)

2) บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะ Case manager ระดับตำบล มีดังนี้ 1) จัดการข้อมูลสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องทุกครอบครัวในตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบ 2) ช่วยเหลือสนับสนุนหมอครอบครัวในความรับผิดชอบและติดตามประเมินผลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) ประสานทีมสนับสนุนระดับตำบล เพื่อสนับสนุนหมอครอบครัวในเขตรับผิดชอบ และ 4) ประสานทีมสหวิชาชีพจากทีมระดับอำเภอเข้าดูแลร่วมกับทีมระดับตำบล ในกรณีที่ ทีมดูแลในระดับตำบลต้องการการสนับสนุนให้ร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ประสานการให้คำปรึกษาส่งต่อกับทีมระดับอำเภอ

3) บทบาท/หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในฐานะหมอครอบครัว เนื่องจากการดำเนินงานในคลินิกหมอครอบครัวเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขา ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมหมอครอบครัว ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานของคลินิกหมอครอบครัวพยาบาลต้องพัฒนา

ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และเจตคติให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้การกำหนดบทบาทหน้าที่จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้ถูกต้อง เหมาะสม พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะที่ดีเหมาะสม เพื่อการบริการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ โดย สภาการพยาบาล (2560) ได้กำหนดบทบาท/หน้าที่ของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว ไว้ทั้งหมด 7 ด้าน ดังนี้

(1) เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case management) ประกอบด้วยงานประเมินชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแล งานคัดกรอง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องดูแล งานประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดทำแผนการดูแล และกำกับติดตาม ประเมินผล งานประสานการดูแลกับทีมสนับสนุนทั้งภายในและภายนอก เช่น ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล (Care giver), อสม. อสค. เพื่อการดูแล การบันทึกและติดตามประเมินผลการดูแล การวิเคราะห์ผลการดูแล เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และศึกษา ค้นคว้าวิชาการและแนวทางใหม่ๆ เพื่อนำมาพัฒนางานดูแลสุขภาพในชุมชน

(2) ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาโรคและให้ยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรค และการปฐมพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และ บันทึกรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และผลการดูแลรักษา โรคเบื้องต้น เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(3) ดูแลครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ได้แก่ ประเมินครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จำแนกครอบครัวตามระดับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยว่าเป็นครอบครัวสุขภาพดี ครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวที่มีความเจ็บป่วย วางแผนการดูแลโดยการจัดทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ไปดูแลครอบครัวตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ ประเมินผลการดูแลและนำผลการประเมินมาวางแผนในการดูแลครอบครัวต่อไป ประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวในด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ประเมินผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวในด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Palliative care) ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย ให้ครอบครัวทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณตามความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมประเพณี ให้ก้าวไปสู่ความตายอย่างสมศักดิ์ศรี ตลอดจนการดูแล

ครอบครัวภายหลังการสูญเสีย สร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกันเองได้ สอน แนะนำ และให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ป่วยที่บ้าน ให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งติดตามประเมินผลการรักษา และ ประเมินผลการดูแลครอบครัว ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(4) สร้างเสริม/ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ คัดกรองประชาชนตามกลุ่มอายุ เพศ ปัญหาสุขภาพและภาวะคุกคามสุขภาพ ตามนโยบายสุขภาพของท้องถิ่นและประเทศ ให้บริการตรวจและรับฝากครรภ์ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว ให้การดูแลมารดาและทารกแรกเกิด ให้บริการสุขภาพเด็กดี โดยการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ และภาวะโภชนาการ ป้องกันแพร่กระจายของเชื้อ (Infectious control) ในสถานบริการและชุมชน จัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่เหมาะสมตาม กลุ่มวัย ครอบครัว สร้างและสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual help group) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็กทุกวัย ให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

(5) เป็นที่ปรึกษา/ประสานงานท้องถิ่น ได้แก่ ให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ประสานการดูแลกับทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และชุมชน ดำเนินการประสานงานกลุ่มแกนนำในชุมชน ภาควิชาที่เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน

(6) จัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ติดตาม ดูแลส่งต่อและรับกลับในผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จัดระบบการส่งต่อมารดาและทารก รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ติดตาม ดูแล ส่งต่อและรับกลับในผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในภาวะวิกฤต ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home nursing care) เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ จัดอุปกรณ์ เครื่องมือให้บริการตามมาตรฐาน ปลอดภัย และพร้อมใช้ และมีบันทึกข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของครอบครัว และชุมชน

(7) เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) เช่น ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจแก่ทีมสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล (Care giver) อสม. และอสค. เป็นต้น สอน แนะนำให้คำปรึกษา ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติการ แก่ทีมสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล อสม. และอสค. พัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล อสม. และ อสค. เพื่อช่วยให้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล อสม. อสค. และพัฒนาเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้

## 2.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชน

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2563) ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อยกระดับในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควบคุมโรค และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (ฉัตรสมุน พฤติภิญโญ, 2563) ซึ่งพยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มตามความต้องการเฉพาะ โดยเน้นบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เน้นการให้บริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บทบาทของพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (พัทสิมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร และ รุ่งทิวา เสาวนีย์, 2564) มีดังนี้

### 1) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ (Health educator)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น โรคอุบัติใหม่ พยาบาลจึงมีความต้องการให้ความรู้ และฝึกทักษะการป้องกันตัวเองและการดูแลสุขภาพที่ ถูกต้องให้แก่ประชาชน เช่น (1) การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เช่น หากสงสัยว่ามีอาการ ติดเชื้อ , ข้อควรปฏิบัติในกรณีมีคนในบ้านป่วยหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของโรค เป็นต้น (2) การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ เช่น เอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางไลน์ และ

เฟซบุ๊ก เป็นต้น (3) เปิดกว้างและพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ ที่จำเป็น และเหมาะสมกับผู้ป่วย และไม่ขัดกับแนวทางการรักษาพยาบาล และ (4) การใช้เทคนิคการตั้งคำถาม หรือเชื่อมโยงกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่ จำเป็นเร่งด่วนในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง

## 2) บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider)

พยาบาลมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพทั้งผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มคน และ ชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขอบเขตความรับผิดชอบ ผสมผสานและต่อเนื่อง ซึ่ง บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ จะต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การ เก็บรวบรวมข้อมูล 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การ ปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล และการใช้การบันทึกแบบ SOAPIE note มาเป็นพื้นฐานในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและ ตอบสนองได้ถูกต้อง เช่น ในการให้บริการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การให้ความรู้โดย การแจกเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

## 3) บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ถือได้ว่าเป็นบทบาท อิสระของพยาบาลที่จะช่วยคุ้มครองประชาชนทุกคนให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน และ เป็นการรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงควมมี คุณค่าแห่งตนได้ เป็นจริยธรรมของพยาบาลที่ควรปฏิบัติแก่ประชาชนอย่างเสมอภาค เช่น เมื่อได้รับ การวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายและให้ข้อมูลในการรักษาต่อในโรงพยาบาลตามสิทธิ การรักษาและการสมัครใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เป็นต้น

## 4) บทบาทการเป็นผู้บริหารจัดการ (Manager)

การบริหารจัดการที่ดีต้องมีการวางแผนงาน จัดระบบงาน จัดงบประมาณ หาแหล่ง ประโยชน์ จัดวางกำลังคน จัดทรัพยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ การประสานงานกับทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องรวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการมีการ ประเมินผลงาน แก้ไขข้อบกพร่อง ปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับการดำเนินงานขั้นต่อไป เพื่อให้การ ดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ได้ อย่างราบรื่น ประหยัดกำลังคน เวลา และ งบประมาณ

### 5) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator)

การประสานงานถือได้ว่าบทบาทที่มีความสำคัญอย่างมาก เพื่อการส่งต่อแผนการรักษาพยาบาลไปยังบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลที่จะต้องกลับไปรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคม เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลชุมชนจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการต่อรอง รวมไปถึงการร้องขอความช่วยเหลือ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานผลประโยชน์ให้เกิดกับผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความสะดวก นอกจากนี้การประสานงานอาจหมายรวมถึง การประสานงานกับบุคคลหรือองค์กรภายนอกที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาลโดยตรง แต่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เจ้าหน้าที่จำหน่ายอุปกรณ์การแพทย์ หรือมูลนิธิต่าง ๆ เป็นต้น โดยเป้าหมายของการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และได้รับการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

### 6) บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health promotor for empowerment)

ในบทบาทนี้ พยาบาลควรมีการประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลครอบครัวชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เพื่อให้ตระหนักรู้ความอันตรายของโรค และเห็นความสำคัญของสุขภาพ โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น ดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย จึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจ ให้กับผู้รับบริการเรียนรู้มองเห็นคุณค่าของตนเอง ด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยมีหลักการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพให้แก่

บุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งทำงานในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆไม่ว่าจะเป็นรพสต. หรือคลินิก หมอครอบครัว แต่ก็ยังพบปัญหาในด้านต่างๆ เช่น 1) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะแพทย์ เวชปฏิบัติหรือจำนวนของพยาบาลในหน่วยบริการไม่เพียงกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้ไม่สามารถดูแลให้การพยาบาลตามบทบาทและหน้าที่ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ได้ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่ ทำให้ประชาชนบางกลุ่ม ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ ดังนั้น ทางออกของปัญหาที่กล่าวมา คือ เพิ่มจำนวนของบุคลากรและหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่ง สปสช. ดำเนินการจัดตั้งภาคีเครือข่ายร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน ที่เรียกว่า “เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น” และวิชาชีพพยาบาล ร่วมเป็นหนึ่งในภาคีเครือข่ายดังกล่าว และใช้ชื่อว่า “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” เป็นหน่วยบริการร่วมของสปสช. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ลดการเดินทางของประชาชน และลดความแออัดในโรงพยาบาล ดังกล่าวมานี้ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จึงเป็นการเติมเต็มช่องว่างในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

### 3. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยร่วมบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้บริการในระดับปฐมภูมิ แก่ผู้รับบริการที่มีสิทธิบัตรทองทุกกลุ่มวัย จึงถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดการเดินทางและความแออัดในโรงพยาบาล ตอบสนองนโยบายการเข้าถึงบริการสุขภาพของสปสช. อย่างแท้จริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้วิจัยขอ นำเสนอความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น , ความเป็นมาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น หน้าที่ของคณะทำงานสภาการพยาบาล และสปสช. ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น , คุณสมบัติและการเตรียมตัวเข้าร่วมเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และขอบเขตและกิจกรรมการ ให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 ความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สภาการพยาบาล (2563ก) ได้ให้ความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ไว้ว่า หมายถึง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ผ่านการรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เป็นสถานพยาบาลรูปแบบคลินิกแบบไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)



ให้บริการชาวไทยทุกคนที่มีสิทธิบัตรทอง ทุกกลุ่มวัย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ สามารถเรียกเบิกค่าบริการจากโปรแกรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามอัตราที่สปสช. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น พื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ

### 3.2 ความเป็นมาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เริ่มต้นจากการที่สภาการพยาบาล โดยมี รศ. ดร. ทศนา บุญทอง นายกสภาการพยาบาล และดำรงตำแหน่งคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และกระจายตัวในชุมชนอยู่ทั่วภูมิภาคของประเทศ ในรูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนกว่า 5,000 แห่ง น่าจะมีส่วนช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิในชุมชนได้มากขึ้น (สภาการพยาบาล, 2562) จึงได้เสนอโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แก่ที่ประชุมสปสช. ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 เมื่อผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้คลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมของสปสช. และได้เริ่มดำเนินการนำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง พ.ศ. 2561 – 2570 และได้จัดตั้งคณะทำงานของสปสช. ร่วมกับสภาการพยาบาล เริ่มดำเนินการในวันที่ 1 เมษายน 2562 เป็นต้นมา ซึ่งในระยะแรกเป็นโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คลินิก ได้แก่ ปารีชาตคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พลอยคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์พรรณเวช ศิราณีคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ พระปิ่น 2 คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และในปัจจุบันได้มีการขยายเครือข่ายคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปยังเขตจังหวัดใหญ่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัด สุราษฎร์ธานี ภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ปทุมธานี และอยุธยา ภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด และภาคอีสาน ได้แก่ บุรีรัมย์ และ นครราชสีมา (สภาการพยาบาล, 2563ข) และมีผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 35 คลินิก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

### 3.3 หน้าที่ของคณะกรรมการพยาบาล และสปสช. ที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น

โครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์เป็นหน่วยร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สภาการพยาบาล (2562ข) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งเพื่อทำงานร่วมกับผู้แทนจากสปสช. ซึ่งจากคำสั่งสภาการพยาบาล เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ครม. เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดหน้าที่คณะกรรมการฯ (สภาการพยาบาล, 2562ข) ไว้ดังนี้

- 1) กำหนดการบริการต่างๆ ของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามกรอบแนวทางการชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) กำหนดแนวทางการดำเนินการร่วมกันระหว่างคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) พัฒนามาตรฐานการบริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 4) สนับสนุนให้มีเครือข่ายคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อเป็นศูนย์กลางในการร่วมมือ ประสาน และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ
- 5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่สภาการพยาบาลมอบหมาย

ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขให้แก่ บุคคลที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากกฎหมายประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า "สิทธิหลักประกันสุขภาพ" หรือที่คนรู้จักกันในนาม "สิทธิ 30 บาท หรือ สิทธิบัตรทอง" เพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตโดย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 กำหนดให้ สำนักงานฯ มีอำนาจหน้าที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ดังต่อไปนี้

- 1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานคณะกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

- 2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
  - 3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
  - 4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
  - 5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 46
  - 6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
  - 7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
  - 8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
  - 9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่างๆ
  - 10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใดๆเกี่ยวกับทรัพย์สิน
  - 11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
  - 12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
  - 13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
  - 14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย
- สรุปได้ว่า บทบาทหน้าที่ของสภาการพยาบาลมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนสิทธิบัตรทองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสปสข. มีหน้าที่ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน และกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งทั้งสภาการพยาบาลและสปสข. ร่วมกันดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดขอบเขตการให้บริการ และการกำหนดอัตราค่าบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รวมถึงการประเมินโครงการฯในระยะแรกตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 ซึ่งปัจจุบันการดำเนินโครงการดังกล่าวได้

เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ในปัจจุบันได้มีการขยายเครือข่ายคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปยังเขตจังหวัดใหญ่ในภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัด สุราษฎร์ธานี ภาคกลาง ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ปทุมธานี และอยุธยา ภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด และภาคอีสาน ได้แก่ บุรีรัมย์ และ นครราชสีมา (สภาการพยาบาล, 2563ข) และมีผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จำนวน 35 คลินิก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

### 3.4 คุณสมบัติและการเตรียมตัวเข้าร่วมเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สภาการพยาบาล (2562) ได้กำหนดให้ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เปิดดำเนินการถูกต้องตามกฎหมาย ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมกับสปสช. แต่มีข้อแตกต่างกับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คือ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้องมีชั่วโมงการเปิดให้บริการมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่ในส่วนการดำเนินการเปิดคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ยังมีความเหมือนเดิม คือต้องดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะสามารถยื่นเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้ ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอ การเตรียมตัวเพื่อเป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการเตรียมตัวและคุณสมบัติการเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.4.1 การเตรียมตัวเข้าเป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น สภาการพยาบาล (2562) กำหนดให้เริ่มต้นด้วยการดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการตามเดิม คือ จะต้องขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขก่อน โดยการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพต้องใช้เอกสารประกอบ ได้แก่ แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพที่กรอกรายละเอียดแล้ว สำเนาใบประกอบกิจการ (สปพ.7) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สปพ.19) และ ดำเนินการแชร์พิกัดของคลินิก เมื่อดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เรียบร้อยแล้ว จึงจะสามารถยื่นใบสมัครเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อสปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยคณะทำงานของสปสช. จะพิจารณาและประกาศรายชื่อคลินิกที่เข้าร่วมเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ทุก 3 เดือน พร้อมทั้งมีการปฐมนิเทศเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การใช้โปรแกรมและระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลขอเบิกจ่ายชดเชย

บริการ แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพ การให้บริการ การบริหารกองทุนการเบิกจ่ายชดเชยบริการ สิทธิประโยชน์/การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

### 3.4.2 การดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พยาบาลวิชาชีพ ต้องเตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบ และยื่นความจำนงในการเปิดสถานพยาบาล หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ที่จะเป็นผู้ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องเอกสารหลักฐาน และนัดหมายเพื่อเข้าตรวจสอบสถานพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลจะต้องมีลักษณะเป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของ สถานพยาบาล พ.ศ. 2558 ทั้งนี้พยาบาลผู้ประกอบการจะสามารถเปิดดำเนินการได้ต่อเมื่อได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการและใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการสถานพยาบาลแล้วเท่านั้น ซึ่งลักษณะทั่วไปและลักษณะการให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีรายละเอียดดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (2559) ได้กำหนดลักษณะทั่วไปของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ไว้ดังนี้ (1) ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวกปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (2) อาคารต้องมั่นคงแข็งแรงไม่อยู่ในสภาพชำรุดและเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สอย (3) บริเวณทั้งภายนอกและภายในต้องสะอาดเนรระเบียบเรียบร้อยจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสมและมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย (4) การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก (5) มีห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาเป็นสัดส่วนและมิดชิด (6) มีห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างน้อยหนึ่งห้อง (7) มีแสงสว่างและการระบายอากาศเพียงพอ ไม่มีกลิ่นอับ (8) มีระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม (9) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม

2) ลักษณะการให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (2559) ได้กำหนดลักษณะการให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ไว้ดังนี้

(1) มีความปลอดภัย มีความสะดวกและเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพตามประเภทและสาขานั้น

(2) ได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมาการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี

(3) พื้นที่ให้บริการจะต้องมีพื้นที่เชื่อมต่อและเปิดติดต่อกันได้ และไม่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือพื้นที่เดียวกับการประกอบอาชีพอื่น

(4) พื้นที่ให้บริการจะต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานที่เดียวกับสถานพยาบาลของกระทรวงทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสภากาชาดไทย ซึ่งให้บริการในลักษณะเดียวกัน

(5) กรณีที่มีการให้บริการในอาคารเดียวกันกับการประกอบกิจการอื่น จะต้องมีการแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน และกิจการอื่นต้องไม่กระทบกระเทือนต่อการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินได้สะดวก

(6) กรณีที่มีการให้บริการของลักษณะสหคลินิกหรือมีคลินิกหลายลักษณะ อยู่ในอาคารเดียวกันจะต้องมีการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนต้องมีพื้นที่และลักษณะ ตามมาตรฐานของการให้บริการนั้น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ต้องการเข้าร่วมเป็นคลินิกพยาบาล ชุมชนอบอุ่น จำเป็นต้องดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ถูกต้องตามกฎหมาย ก่อน ซึ่งสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (2559) ได้กำหนดลักษณะทั่วไปและลักษณะ การให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ เมื่อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจึงจะได้รับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการสถานพยาบาล และสามารถเปิดให้บริการได้

### 3.4.3 การดำเนินการเปิดคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

หลังจากที่พยาบาลวิชาชีพดำเนินการเปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผ่านตามเกณฑ์และได้ใบอนุญาตสถานบริการเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นจึงจะสามารถยื่นใบสมัครเป็น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อสปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานครได้ตลอดเวลา โดยคณะทำงานพัฒนา ระบบปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจะพิจารณาและประกาศรายชื่อคลินิกที่เข้าร่วมเป็นคลินิก พยาบาลชุมชนอบอุ่น ทุก 3 เดือน พร้อมทั้งจะมีการปฐมนิเทศเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค การใช้โปรแกรมและระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลขอเบิกจ่ายชดเชย บริการ แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการ การบริหารกองทุนการ เบิกจ่ายชดเชยบริการสิทธิประโยชน์/การคุ้มครองสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสิ่งสำคัญใน การเตรียมตัว คือ หลักฐานที่ใช้ยื่นสมัครเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และ คุณสมบัติทั่วไปของ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีรายละเอียด ดังนี้

1) หลักฐานที่ใช้ยื่นสมัครเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สภาการพยาบาล (2562) ได้กำหนดเอกสารหลักฐาน ซึ่งประกอบด้วย สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) จำนวน 1 ชุด สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) จำนวน 1 ชุด และ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ชุด

2) คุณสมบัติทั่วไปของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สภาการพยาบาล (2563) ได้กำหนดคุณสมบัติทั่วไปของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ไว้ดังนี้

(1) เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

(3) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน

(4) มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

(5) ให้บริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ รวมทั้ง กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมบริการตามที่ สปสช. กำหนด

(6) กำหนดเวลาในการให้บริการเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยมีเวลาในการเปิดให้บริการไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การเตรียมตัวในการเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำเป็นต้องยื่นเปิดเป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ก็จะต้องขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เรียบร้อยก่อน จากนั้นจึงจะสามารถยื่นเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานครได้ และต้องผ่านเกณฑ์คุณสมบัติและการประเมินตามที่สปสช. กำหนด จึงจะถือได้ว่าเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เป็นหน่วยบริการร่วมของสปสช.

### 3.5 ขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ถือได้ว่าเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่ให้บริการในชุมชน ซึ่งปัจจุบันสภาการพยาบาล (2563ข) ได้กำหนดขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการผู้ป่วยนอก และการบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.5.1 การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ซึ่งเป็นการให้บริการภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เช่น การฝากครรภ์ การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน การวางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น

3.5.2 การบริการผู้ป่วยนอก (Out patient) ซึ่งเป็นการให้บริการพยาบาลพื้นฐาน โดยมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เช่น การดูแลแผลจากท่อหลอดลม การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การสวนปัสสาวะทิ้ง การทำความสะอาดแผล การตัดไหม การถอดสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

3.5.3 การบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพ เป็นต้น โดยมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลนอกคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เช่น การดูแลแผล การใส่สายยางให้อาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ทั้งนี้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่เพียงแต่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ เท่านั้น แต่ยังต้องให้บริการแก่สุขภาพดีด้วย โดยมีลักษณะเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน และต่อเนื่องด้านสุขภาพแก่ผู้มีสุขภาพดี เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และ พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2559)

### 3.6 แนวทางการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565

สปสช. (2565) ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 วัตถุประสงค์และเป้าหมายการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 3.6.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

จากผลการดำเนินงานบริการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2564 พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

- (1) การสื่อสารทำความเข้าใจหน่วยบริการไม่ครอบคลุม



- (2) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการล่าช้า เนื่องจาก หน่วยบริการประจำไม่รับคลินิกเป็นเครือข่าย และคลินิกใบอนุญาตหมดอายุ รวมถึงไม่มีรหัสสถานพยาบาล 5 หลัก
- (3) ขอบเขตบริการที่ให้คลินิกพยาบาลดำเนินการมีจำกัด
- (4) หน่วยบริการประจำไม่ส่งผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก
- (5) คลินิกขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบ e-claim
- (6) สถานการณ์การระบาดของโควิด-19

3.6.2 วัตถุประสงค์การดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 มีดังนี้

- (1) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานให้แก่ประชาชน
- (2) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุข โดยการปรับปรุงแบบบริการลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนแปลงสู่สถานะ New normal และสนับสนุนนโยบาย Social distancing

3.6.3 เป้าหมายการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 มีดังนี้

- (1) ขยายคลินิกเข้าร่วมให้บริการให้ครบทุกเขต จำนวน 100 แห่ง (อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)
- (2) ขยายขอบเขตบริการที่คลินิกให้บริการได้ ตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่ร่วมขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและมีบทบาทสำคัญในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งหน่วยบริการภาครัฐ เช่น รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น และหน่วยบริการภาคเอกชน เช่น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น แต่พบที่มีความแตกต่างกัน 4 ด้าน ดังนี้ 1) ขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการ โดยหน่วยบริการภาครัฐ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น มีการกำหนดขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาล 4 มิติ คือ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟู ส่วนคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ถูกกำหนดขอบเขตและกิจกรรมการพยาบาล

โดยสภาการพยาบาล (2563) มีเพียงการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น 2) ลักษณะการทำงาน โดยหน่วยบริการภาครัฐ พยาบาลจะทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ แต่พยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ดำเนินงานในคลินิกทั้งหมดเพียงคนเดียว ตั้งแต่การเริ่มเปิดคลินิก จนกระทั่งให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และ 3) วันและเวลาการเปิดให้บริการ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาทำการ ให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และหยุดวันเสาร์และ/หรือวันอาทิตย์ ส่วนคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สามารถเปิดวันและเวลาใดก็ได้ โดยกำหนดเวลาเปิด 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ดังนั้น คลินิกพยาบาลชุมชน จึงเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ที่ต้องการรับบริการในวันและเวลาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนปิดบริการได้ 4)ระบบส่งต่อ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนมีเครือข่ายสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยชัดเจน แต่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ยังไม่มีการกำหนดเครือข่ายและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

จากการกำหนดขอบเขตของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งประกอบด้วย 1) การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามขอบเขตวิชาชีพ 2) การบริการผู้ป่วยนอก และ 3) การบริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แต่จากการประเมินโครงการที่ผ่านมา (สภาการพยาบาล, 2563ข) พบปัญหาว่า การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับ ลักษณะการทำงาน การให้บริการ และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการเชิงรับในคลินิก แต่ยังไม่มีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้รับบริการในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตามที่คณะทำงานสปสช. และสภาการพยาบาลกำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเป็นกรรณาร่องโครงการฯ ประกอบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2565) ซึ่งแจ้งแนวทางการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2565 ได้รายงานผลการดำเนินงานบริการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 2564 พบปัญหา ดังนี้ 1) ขอบเขตบริการที่ให้บริการของคลินิกพยาบาลมีข้อจำกัด 2) หน่วยบริการประจำไม่ส่งต่อผู้รับบริการมารับบริการที่คลินิก ซึ่ง สปสช. ได้กำหนดเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2565 คือ ให้มีการขยายขอบเขตบริการที่คลินิกได้ตามกฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่สอดคล้องกับนโยบายของสปสช. และความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพบริการพยาบาล และเตรียมพร้อมรองรับการขยายตัวของโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปทั่วภูมิภาคของประเทศ ให้มีการจัดบริการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

#### 4. การจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

การให้บริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นรูปแบบหนึ่งในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งสภาการพยาบาลร่วมกับ สปสช. ได้พัฒนาคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเพื่อเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนนี้ ผู้วิจัยขอเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 ความหมายของการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น พบว่ายังไม่มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความหมายของ “การจัดการพยาบาล” และ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” เพื่อสรุปเป็นความหมายของการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สำหรับการจัดการพยาบาล มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Mariner (1992) ได้ให้ความหมายของ การจัดการพยาบาล หมายถึง การกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ที่สามารถบอกถึงทิศทางการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

Swansberg (1993) กล่าวว่า การจัดการบริการพยาบาล นั้นเป็นนโยบายฝ่ายบริการพยาบาลได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล โดยผู้จัดการพยาบาล (Nurse Manage) นำเอาไปจัดกิจกรรมในระดับหอผู้ป่วย การจัดการบริการพยาบาลนั้นจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ความคาดหวัง และความต้องการของผู้ป่วยด้วย

พาริดา อิบราฮิม (2537) ได้ให้ความหมายของ การจัดการพยาบาล หมายถึง การวางรูปแบบและความสัมพันธ์ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายของแผนงาน มีการมอบหมายบทบาทกำหนดอำนาจ ความรับผิดชอบ การจัดให้มีการประสานงาน กำหนดขอบเขตงาน

กองการพยาบาล (2562) ได้ให้ความหมายของ การจัดการพยาบาล หมายถึง การจัดให้มีบริการพยาบาล แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกันของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลเดียวกัน ได้แก่ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการ พยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน และเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน โดย

คำนึงถึงมาตรฐานหลักการทางการแพทย์ และหลักการที่เกี่ยวข้องมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากการเจ็บป่วยสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้

ส่วนความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอ่อน สภากาพยาบาล (2563ก) ได้ให้ความหมายของคลินิกพยาบาลชุมชนอ่อน ไว้ว่า หมายถึง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ผ่านการรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เป็นสถานพยาบาลรูปแบบคลินิกแบบไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ให้บริการไทยทุกคนที่มีสิทธิบัตรทอง ทุกกลุ่มวัย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพ สามารถเรียกเบิกค่าบริการจากโปรแกรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ตามอัตราที่สปสข. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค เบื้องต้น พึ่งพู่สุขภาพ รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จึงสรุปได้ว่า จัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอ่อน หมายถึง ขอบเขตและกิจกรรมการจัดบริการพยาบาลที่ให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้รับบริการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

#### 4.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอ่อน

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพของคลินิกพยาบาลชุมชนอ่อนในปัจจุบันยังไม่มี การจัดบริการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม และไม่มีเอกสาร/ตำราใดระบุรูปแบบดังกล่าวไว้ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดังกล่าว โดยผู้วิจัยมีการศึกษาแนวคิดเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

##### 4.2.1 กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2546) เสนอกิจกรรมของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1) การให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (Health service) โดยประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพ ให้ภูมิคุ้มกันโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ ให้การรักษาเบื้องต้น ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการวางแผนครอบครัว เป็นหุ้นส่วนการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลาย ความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบครัวทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่กำหนด

2) การจัดการบริการสุขภาพ (Service management) โดยเน้นการบริหารจัดการหน่วยบริการทางสุขภาพ การบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงินและงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆและการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

3) การเสริมสร้างศักยภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (Empowerment) โดยเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและกระตุ้นให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

#### 4.2.2 การจัดการบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่

การจัดการบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่ (Population, problem and area based health system) เป็นแนวความคิดการจัดการบริการสุขภาพที่สำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ไพจิตร วราชาติและคณะ, 2555) เสนอแนะให้ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การจัดการบริการ 4 ด้าน คือ

1) การพัฒนาฐานข้อมูลบริการ (Database) เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงถึงกันและกันได้ระหว่างเครือข่ายบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถรวบรวมประมวล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพชุมชนได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์

2) การพัฒนาการจัดการบริการในสถานพยาบาล (Hospital base) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยการประสานความร่วมมือขอรับการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย ยานพาหนะส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการรักษาผู้ป่วย การให้บริการภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการปัญหาโรคของพื้นที่

3) การพัฒนาการจัดการบริการในชุมชน (Community base) เพื่อให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมและสามารถให้การสนับสนุนใน

การวางแผน ดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคของพื้นที่ รวมถึงมีมาตรการและระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

4) การพัฒนาการจัดบริการในบ้าน (Home base, Home health care, Home ward) ให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประสานการดำเนินการจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยตามโรงพยาบาลแม่ข่าย ทีมดูแลสุขภาพ จาก รพ.สต. และแกนนำผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวหรือจิตอาสาดูแลสุขภาพในครอบครัวจากชุมชน ตามแผนการดูแลตามความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน

#### 4.2.3 การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) ในมาตรา 20 กำหนดหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ไว้ดังนี้

1) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา สำหรับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

2) ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

3) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมที่จะรับดูแลผู้รับบริการก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

4) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตามข้อ 1) และ 2)

5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบ คุณภาพ มาตรฐานและบริการ รวมทั้งการขอรับค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

6) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิกำหนด

#### 4.2.4 การจัดการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมของหมอครอบครัว ซึ่งกองการพยาบาล (2561) ได้กำหนดแนวคิดการจัดการจัดการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว 5 ด้าน ดังนี้

1) การบริการพยาบาลในสถานพยาบาล คือ การให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการภายในสถานพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ (1) การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น โดยตรวจรักษา วินิจฉัย บำบัด รักษาโรค และให้ยาโดยปฏิบัติตามมาตรฐานประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค (2) การคัดกรองและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและภาวะฉุกเฉิน เช่น คัดกรองและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการป้องกันการลุกลามของโรค การให้การช่วยเหลือกรณีภาวะฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ความรุนแรงของโรค (3) การจัดการพยาบาลครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น การจัดการพยาบาลกลุ่มเด็กปฐมวัย และสตรี ได้แก่ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกพัฒนาการเด็ก คลินิกฝากครรภ์ คลินิกวางแผนครอบครัว เป็นต้น จัดบริการพยาบาลกลุ่มเด็กวัยเรียน ได้แก่ คลินิกโรคอ้วน คลินิกพัฒนาการเด็ก เป็นต้น (4) จัดระบบ/แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการ (5) จัดระบบ/แนวทางการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม และ (6) วางระบบ/แนวทางการนัดหมายติดตามการมาตรวจตามนัดและส่งต่อเพื่อการรักษา

2) การบริการพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ การติดตามผู้รับบริการต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน โดยมีกิจกรรมการพยาบาล เช่น การจัดระบบเยี่ยมบ้านครอบครัวและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นต้น

3) การบริการเชิงรุกในชุมชน คือ การที่พยาบาลเข้าไปให้บริการแก่ผู้รับบริการในชุมชนทั้งที่มีภาวะดี ภาวะเสี่ยงและภาวะป่วย โดยมีกิจกรรมการพยาบาล เช่น การสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประชาชน การให้ภูมิคุ้มกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และประเมินผลลัพธ์ การบริการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

4) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การให้บริการในชุมชนจำเป็นต้องมีการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยบริการอื่นๆเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย

ในชุมชน โดยมีกิจกรรมการพยาบาล เช่น การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการจัดทำแผนสุขภาพของพื้นที่ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นต้น

5) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาสุขภาพ คือ การให้สอน ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการตามขอบเขตวิชาชีพ โดยมีกิจกรรมการพยาบาล เช่น (1) การสอน แนะนำ และให้คำปรึกษา ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลดูแลสุขภาพตนเอง (2) การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม เช่น Line group , Line เดี่ยว โทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้แก่ ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2546) การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) และ การจัดบริการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (กองการพยาบาล, 2561) โดยนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาบูรณาการเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการบริการพยาบาลในคลินิก 2) ด้านการบริการพยาบาลนอกคลินิก 3) ด้านการบริหารจัดการ 4) ด้านระบบสารสนเทศ 5) ด้านการประสานงานและการส่งต่อ นำเสนอในตารางสังเคราะห์ตารางที่1 ดังต่อไปนี้





**ตารางที่ 1** แสดงการสรุปแนวคิดเบื้องต้นของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ชื่อ	แนวคิด	วิจิตร ศรีสอ้านและคณะ (2546)	ไพจิตร วราชิต และคณะ (2555)	ราชกิจจานุเบกษา (2562)	กองการพยาบาล (2561)	ความถี่สะสม
<b>1.</b>	<b>ด้านบริการพยาบาลในคลินิก</b>					
	1.1 การให้บริการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ	√	√	√	√	4
	1.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบส่งต่อ			√		1
	1.3 การรักษาความลับของผู้รับบริการ			√		1
	1.4 การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการหรือญาติ ก่อนจำหน่ายหรือออกจากคลินิก	√		√	√	3
	1.5 การส่งต่อผู้ป่วย		√		√	2
	1.6 การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ	√		√		2
<b>2.</b>	<b>ด้านการบริการพยาบาลนอกคลินิก</b>					
	2.1 การบริการเชิงรุกในชุมชน	√	√	√	√	4
	2.2 การเสริมสร้างศักยภาพในชุมชน โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน	√				1
<b>3.</b>	<b>ด้านการบริหารจัดการ</b>					
	3.1 การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้แก่ การเงินและงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูล	√				1
	3.2 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ	√	√	√		3

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	แนวคิด	วิจิตร ศรีสอ้านและคณะ (2546)	ไพจิตร วราชาติ และคณะ (2555)	ราชกิจจานุเบกษา (2562)	กองการพยาบาล (2561)	ความถี่สะสม
	การจัดบริการพยาบาล คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น					
	3.3 การตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	√				1
<b>4.</b>	<b>ด้านระบบสารสนเทศ</b>					
	4.1 การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และส่งต่อผู้ป่วย กับหน่วยงานอื่นๆ		√	√	√	3
	4.2 การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้ง			√		1
<b>5.</b>	<b>ด้านการประสานงานเครือข่าย</b>					
	5.1 การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในชุมชน	√	√		√	3
	5.2 การจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ		√		√	2
	5.3 การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานการอื่นๆ เพื่อขอการสนับสนุนด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ		√			1

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปแนวคิดการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. ด้านบริการพยาบาลในคลินิก** หมายถึง การให้บริการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบส่งต่อ การรักษาความลับของ

ผู้รับบริการและ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการหรือญาติ ก่อนจำหน่ายหรือออกจากคลินิก รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ

**2. ด้านการบริการพยาบาลนอกคลินิก** หมายถึง การบริการเชิงรุกในชุมชน และการเสริมสร้างศักยภาพในชุมชน โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน

**3. ด้านการบริหารจัดการ** หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้แก่ การเงิน และงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ และการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

**4. ด้านระบบสารสนเทศ** หมายถึง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และส่งต่อผู้ป่วย กับหน่วยงานอื่นๆ และการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งคำปรึกษาพยาบาล

**5. ด้านการประสานงานเครือข่าย** หมายถึง การสร้างเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และการจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานการอื่นๆ เพื่อขอการสนับสนุนด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสาร ยานพาหนะ และรถยนต์ส่งต่อ

## 5. การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR

การวิจัยเชิงอนาคต (Futures Research) เป็นการศึกษาอนาคตจากการคาดการณ์ โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นของเรื่อง que ศึกษาให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ในอนาคตในช่วงเวลา 5-20 ปี ซึ่งระยะเวลาในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาภาพเหตุการณ์ปัจจุบันที่ยังไม่ชัดเจนได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2559) ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคต (Future Research Methodology) แบ่งออกเป็น 30 เทคนิค ตัวอย่างเช่น การตรวจพิจารณาสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก (Environment Scanning) , เทคนิควงล้ออนาคต (The Futures Wheel Technic) , เทคนิคการวิเคราะห์ผลกระทบแนวโน้ม (Trend Impact Analysis Technic) , เทคนิค Delphi , EFR , EGFR และ EDFR เป็นต้น (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2559) ซึ่งใน

เนื้อหานี้จะกล่าวถึง การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 5.1 ความเป็นมาของการวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research)

เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เป็นเทคนิคการวิจัยอนาคตที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2522 โดย จุมพล พูลภัทรชีวิน ในขณะที่กำลังศึกษาระดับปริญญาเอกที่มหาวิทยาลัยมินนิโซต้า (University of Minnesota) ซึ่งเป็นการรวมเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EFR (Ethnographic Delphi Futures Research) และเทคนิค Delphi เข้าด้วยกัน ซึ่งได้ให้เหตุผลของการเกิดเทคนิค EDFR ไว้ 2 ประการ คือ ประการแรก เนื่องจากพบว่าเทคนิคการวิจัยรูปแบบเดิมของ EFR และ Delphi ยังไม่ตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายและความเชื่อเบื้องต้นบางประการของการวิจัยอนาคต และคิดว่าน่าจะคิดหาวิธีปรับปรุงหรือแก้ไข ประการที่สอง คือ คิดว่าหากมีการผสมผสานระหว่างระเบียบวิธี EFR และ Delphi เข้าด้วยกัน โดยปรับให้มีความเหมาะสมแล้ว น่าจะได้เทคนิคการวิจัยอนาคตใหม่อีกเทคนิคหนึ่ง ที่นอกจากจะตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายและความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยอนาคตแล้ว ยังเป็นวิธีวิทยาที่ช่วยให้นักวิจัยได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือมากขึ้น เมื่อได้มีโอกาสได้พบและรู้จักกับศาสตราจารย์ ดร. โรเบิร์ต บี เท็กซ์เตอร์ (Robert B. Texor) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EFR และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิจัยอนาคตแบบต่างๆ และได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาเทคนิคขึ้นใหม่ (EDFR) ซึ่งเป็นนำจุดเด่นของ EFR มารวมกับ Delphi จนเกิดเป็นการวิจัยแบบ EDFR เป็นต้นมา

### 5.2 คุณลักษณะของเทคนิค EDFR

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) ได้อธิบายเทคนิค EDFR ว่าเป็นการผสมผสานระหว่างเทคนิค EFR และ Delphi เข้าด้วยกัน โดยรอบแรกของการวิจัยจะใช้การสัมภาษณ์แบบ EFR หลังจากการสัมภาษณ์จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์แล้วสร้างเป็นเครื่องมือ ซึ่งมักจะมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แล้วส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบตามรูปแบบของเดลฟาย เพื่อที่จะทำการกรองความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาฉันทามติ ซึ่งมักจะทำประมาณ 2-3 รอบ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวโน้มที่มีความเป็นไปได้มากและมีความสอดคล้องทางความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อสรุปเขียนเป็นอนาคตภาพ

### 5.3 ขั้นตอนการทำวิจัยแบบ EDFR

การวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR ของ ผศ.ดร.จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) เป็นเทคนิคการวิจัยอนาคต ที่ช่วยคาดการณ์อนาคตได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากมีระบบที่ชัดเจน โดยการนำจุดเด่นของ Delphi และ EFR มารวมกัน เกิดเทคนิคใหม่ ที่ชื่อว่า EDFR ส่งผลให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งขั้นตอนคล้าย Delphi และ EFR แต่มีความยืดหยุ่นกว่า ซึ่งอาจสรุปขั้นตอนของการวิจัยแบบ EDFR ได้ดังนี้

**5.3.1 กำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ** ซึ่งการกำหนดและเตรียมตัวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบส่วนตัว และอธิบายจุดมุ่งหมายขั้นตอนต่างๆของการวิจัย เวลาที่ใช้ประโยชน์ ความจำเป็นและความสำคัญของการใช้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ และจำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1) การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุดเรื่องหนึ่งในการวิจัยอนาคต เหตุผลที่เลือกผู้เชี่ยวชาญ เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยอนาคต เพราะมีความน่าเชื่อถือ ผู้เชี่ยวชาญ น่าจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มองหรือคาดการณ์อนาคตได้ชัดเจน ถูกต้องมากกว่าคนธรรมดา และอีกเหตุผลหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงที่เราปฏิเสธไม่ได้ คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจหมายถึงถึงกลุ่มของผู้บริหาร กลุ่มผู้มีอำนาจ ผู้ที่รู้เรื่องดี ผู้ที่เป็นผู้นำ เป็นต้น

#### 2) เกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะมีลักษณะแบบเจาะจง (Purposive sampling) มากกว่าการสุ่ม (Random sampling) โดยหากผู้วิจัยรู้ว่าใครเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา หรือผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งลงไปก็สามารถเจาะจงเลือกผู้เชี่ยวชาญได้ทันที แต่ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่รู้เลยว่าใครเป็นผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานนั้นบ้าง ก็สามารถกระทำได้ คือ ใช้วิธีบอกต่อ (snowball) ซึ่งเป็นการลดปัญหาความลำเอียงในการเลือกผู้เชี่ยวชาญอีกด้วย เนื่องจากเป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกันเอง

#### 3) จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยนั้น ขึ้นอยู่กับ จุดมุ่งหมายการวิจัย งบประมาณ เวลา และความซับซ้อนของเรื่องที่ศึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 17 คนขึ้นไปทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนลดลง (Macmillan, 1971) และในกรณีที่เราศึกษาที่มีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญน้อยมาก เช่น

ศึกษาอนาคตหรือแนวโน้มของนิวเคลียร์ฟิสิกส์ในประเทศไทย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญอาจมีเพียง 5 คน ในประเทศไทยเท่านั้น เราก็จำเป็นต้องศึกษาทั้งประชากรซึ่งก็ได้ไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว ฉะนั้นในทางสถิติจึงควรหาขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญให้มากเพียงพอไว้ก่อน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรอบนั้น ตามความเป็นจริงควรให้คงที่ แต่เทคนิค EDFR มีความยืดหยุ่นได้ โดยยอมรับสภาพความเป็นจริงที่ว่า ผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างให้เราได้เสมอ ฉะนั้นจึงไม่จำเป็นที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบจะต้องเท่ากัน แต่รอบแรกนั้นควรให้มากเข้าไว้ รอบที่สองอาจลดลงได้บ้างเพียงเล็กน้อยและในรอบที่ 3 เป็นรอบที่ช่วยในการยืนยันผลการวิจัย ถ้าได้ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นในรอบนี้จะเป็นการดี ซึ่งอาจจะมากกว่ารอบแรกหรือรอบที่สองก็ได้แต่สำคัญที่ว่าผู้เชี่ยวชาญที่เพิ่มมานั้น ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เราศึกษาอย่างแท้จริง ส่วนเรื่องของอัตราส่วนหรือสัดส่วนระหว่างผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ นั้น ผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดเอง ซึ่งการวิจัยเน้นที่จุดใดก็เลือกผู้เชี่ยวชาญในส่วนนั้นให้มากที่สุด

**5.3.2 การสัมภาษณ์** จะมีลักษณะคล้ายกับ EFR แต่ยืดหยุ่นกว่าในด้านการเลือกรูปแบบการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์แบบ EDFR อาจประยุกต์การสัมภาษณ์แบบ EFR มาใช้ได้ การสัมภาษณ์ที่เป็นลักษณะเฉพาะของ EFR (จุมพล พุลาภทธรชีวิน, 2529) มีดังนี้

- 1) ลักษณะเฉพาะ คือ มีการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ (Non-directive pen ended) จึงทำให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ
- 2) เป็นแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi – Structured Interview) คือ มีการเตรียมหัวข้อหรือประเด็นสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า
- 3) ใช้เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative Summarization Technique) คือ การสรุปสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญพูด เป็นช่วงๆ (อาจจะทุก 10 นาที) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ตรงกัน หากข้อมูลผิดพลาด ผู้เชี่ยวชาญสามารถแก้ไขสัมภาษณ์ได้ ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) เพิ่มขึ้น ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
- 4) สัมภาษณ์แบบอนาคตเรียงตามลำดับ 3 แบบ คือ จะประกอบไปด้วย อนาคตภาพที่เป็นทางเลือก (Alternative) 3 ภาพ อนาคตภาพทางดี (Optimistic – Realistic Scenario) อนาคตภาพทางร้าย (Pessimistic– Realistic Scenario) และ อนาคตภาพที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด (Most – Probable Scenario) นอกจากการใช้เทคนิคการสรุปสะสมแล้ว ผู้สัมภาษณ์อาจนำผลการสัมภาษณ์ไปเรียบเรียงใหม่ แล้วส่งผลการสัมภาษณ์ที่เรียบเรียงแล้ว (Protocol) ไปให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อ่านและแก้ไขได้อีกครั้ง ซึ่งจะเห็นว่าการสัมภาษณ์แบบ EFR มีข้อดี คือ ทำให้ผู้เชี่ยวชาญคิดในหลาย

แง่มุม มองอย่างเป็นระเบียบและไม่ติดอยู่กับภาพหนึ่งในภาพใด แต่มีข้อเสีย คือ การเลือกที่จะพูด ภาพหนึ่งภาพใดก่อน เช่น พูดในภาพดีก่อน ผลที่ตามมา คือ ภาพอื่นๆ อีกสองภาพก็จะถูกลดความสำคัญไป นักวิจัยจึงต้องมีเทคนิควิธีในการสัมภาษณ์ที่จะดึงเอาแนวโน้มที่เป็นภาพลบ และภาพที่เป็นไปได้มากที่สุดออกมาให้ได้ การให้ผู้เชี่ยวชาญพูดถึงแนวโน้มที่น่าจะเป็น โดยไม่คำนึงถึงว่าแนวโน้มเหล่านั้นจะเป็นไปในทางดีหรือร้าย เพราะเทคนิค EDFR สามารถแยกศึกษาอนาคตภาพทั้ง 3 ภาพ ได้อย่างเป็นระบบ

**5.3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล** เพื่อสร้างแบบสอบถาม (Delphi) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำเสนอข้อมูลทุกแนวโน้มที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดเป็นหมวดหมู่และเป็นระบบ แม้ว่าแนวโน้มบางข้อจะได้รับการเสนอจากผู้เชี่ยวชาญน้อยเนื่องจากผู้วิจัยต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหากความคิดเห็นเรื่องนั้นผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นเห็นพ้องด้วยในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ก็สามารถสรุปเป็นอนาคตภาพได้จากการศึกษา

#### 5.3.4 การสร้างแบบสอบถาม

การสร้างเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 เป็นการสร้างเครื่องมือในรูปแบบแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) หรือแบบเติมค่าเปอร์เซ็นต์ความเป็นไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยว่าต้องการอะไร และมีช่องว่างให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในแบบสอบถาม

**5.3.5 ทำ Delphi** ซึ่งจะใช้ในการทำวิจัยแบบ EDFR ในรอบที่ 2,3,... ซึ่งการทำเดลฟาย คือ การส่งแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบโดยปกติประโยคและข้อความคำถามจะเหมือนเดิม แต่เพิ่มเติมการรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยการแสดงตำแหน่งฐานนิยมหรือค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของข้อคิดเห็นตนเปรียบเทียบกับกลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญอาจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ และยังสามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่น่าสนใจได้ด้วย ถ้าเรื่องที่ศึกษาไม่ซับซ้อนและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นเอกฉันท์ตั้งแต่รอบแรก ก็อาจทำเป็นรอบเดียวได้ จึงไม่สามารถกำหนดจำนวนครั้งที่แน่นอนของกระบวนการนี้ได้ (ชนิตา รัชพลเมือง, 2553)

**5.3.6 เขียนอนาคตภาพ (Scenario Write-up)** ซึ่งการเขียนอนาคตภาพจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยการพิจารณาจากผลการตอบแบบสอบถามรอบสุดท้ายด้วยสถิติ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ หากค่ามัธยฐาน  $> 3.51$  และ ค่าพิสัยควอไทล์  $< 1.5$  ถือได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ โดยผู้วิจัย

ต้องคัดเลือกข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันจากค่าพิสัยควอไทล์ที่แคบ และนำมาสรุปผลการวิจัยที่เป็นไปได้มากที่สุด ผู้วิจัยอาจบรรยายได้ 3 ภาพ คือ ภาพทางบวก ภาพทางลบ และภาพที่เป็นไปได้มากที่สุด การเขียนอาจใช้ภาษาเขียนธรรมดาและเชื่อมโยงให้ข้อมูลสัมพันธ์กันหรืออาจเขียนแยกเป็นข้อๆ เพื่อให้เห็นผลวิจัยโดยสรุปอย่างชัดเจน

#### 5.4 ความตรงและความเที่ยงของเทคนิค EDFR

ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย และเทคนิค EDFR จะแฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ โดยตรง ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามโดยทั่วไปแล้วผู้เชี่ยวชาญจะปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถามควบคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงอนาคต (Futures Research) เทคนิค EDFR ของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) เป็นวิธีในการศึกษา เนื่องจากประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งยังมีความไม่ชัดเจนในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแนวทางกำหนดขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รองรับการขยายตัวของโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปทั่วภูมิภาค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR สามารถรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งจะทำให้ได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าระเบียบวิธีวิจัยแบบอื่น

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งพบว่ายังไม่มีหลักฐานการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 1 งาน ซึ่งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการทุกอย่างในคลินิกเพียงคนเดียว แตกต่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆที่พยาบาลทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัย



ที่เกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลของคลินิกนำโดยพยาบาลในระดับปฐมภูมิ และการดูแลในระดับปฐมภูมิ จึงขอนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Scuffham (2005) ศึกษาคลินิกบริการปฐมภูมิที่นำโดยพยาบาล ในการป้องกันโรคหัวใจ ด้านความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ในประเทศสกอตแลนด์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มราคาในคลินิกบริการปฐมภูมิที่นำโดยพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหัวใจต่อผลลัพธ์ ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายต่อปีชีวิตและต่อปีสุขภาพ(QALY) การวิจัยเชิงทดลองนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1343 คน อายุน้อยกว่า 80 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ (housebound) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลทางคลินิกและยาที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ช่วยลดการไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตได้ จึงสรุปได้ว่าคลินิกที่นำโดยพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลในระดับปฐมภูมิในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่หากเทียบกับการต้องเข้าไปรับการรักษาในระดับทุติยภูมิ (secondary care) จึงถือได้ว่าเป็นความคุ้มค่าสูง

Efrainsson et al. (2008) ศึกษาการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกสุขภาพระดับปฐมภูมิที่นำโดยพยาบาล ประเทศสวีเดน การวิจัยเชิงทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ในคลินิกระดับปฐมภูมิที่นำโดยพยาบาล ต่อคุณภาพชีวิต , การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 52 ราย ถูกคัดเลือกโดยการสุ่ม และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แต่ในกลุ่มทดลองจะเพิ่มการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ และ 2) St. George's Respiratory Questionnaire ซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยทั้งสองกลุ่มต้องตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดในครั้งแรกและการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น และจำนวนของผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่สูงขึ้น และมี

ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามหลังได้รับโปรแกรม เป็นระยะเวลา 3-5 เดือน ซึ่งผลการวิจัยของแสดงให้เห็นว่าการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิมอย่างเดียว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย แต่โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้

Banks et al. (2012) ศึกษาการประเมินความสามารถในการถ่ายโอนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค อ้วนในโรงพยาบาลสู่การดูแลในระดับปฐมภูมิ (primary care) ในประเทศอังกฤษ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอ้วน COCO model (The Care Of Childhood Obesity) จากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้นำใน คลินิก การวิจัยเชิงทดลอง(RCT)นี้ ใช้วิธีการสุ่มจากผู้ป่วยเด็ก อายุระหว่าง 5-16 ปี ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI)  $\geq 98$  เพอร์เซนไทล์ ที่ถูกประเมินโดยแพทย์ทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 ราย ได้เข้าไปรับ การดูแลในคลินิกที่มีพยาบาลเป็นผู้นำในคลินิกระดับปฐมภูมิ ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำและ การคัดกรองสุขภาพ และมีการนัดหมาย จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน สำหรับการวัดผล คือ 1) วัดการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย ซึ่งดูจากคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SDS) ในช่วงระยะ เวลา 12 เดือน รวมทั้ง 2) การยึดมั่นต่อการรักษา (adherence) , 3) คุณภาพชีวิต (QOL) และ4) ความพึงพอใจ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า คลินิกระดับปฐมภูมิที่นำโดยพยาบาลเป็นที่ยอมรับของครอบครัว และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

Marshall et al. (2011) ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับคลินิก สุขภาพที่นำโดยพยาบาล เนื่องจาก การวิจัยนี้เป็นการประเมินประสบการณ์และความคิดเห็นของ ผู้ป่วยตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อมูลได้จากผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย 2850 คน และแบบ สำนวความถึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 424 ราย ผลการวิจัยพบว่า มีประชากรที่ไม่สามารถเข้า บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยร้อยละ94 มีความเข้าใจในการวินิจฉัยโรค ,การใช้ยา และการวางแผนการรักษา และสามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดการความต้องการด้านสุขภาพด้วย ตนเองมากขึ้น แต่ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก , ความดันโลหิต , การสูบบุหรี่ , ระดับไกล โคไซด์เฮโมโกลบิน , รอบเอวหรือความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งงานวิจัยนี้ได้แสดง ข้อเสนอแนะว่า ควรจะเน้นที่การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดย การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่คลินิก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรรู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการด้านสุขภาพของตนเองต่อไป

Hakanson et al. (2014) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ของคลินิกที่นำโดยพยาบาลในชุมชน ในการดูแลผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางเพศ ในประเทศออสเตรเลีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางเพศของผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจากคลินิกเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหญิงที่นำโดยพยาบาลในชุมชน ซึ่งวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดสอบ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกจากผู้หญิงที่เข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจำนวน เป็นผู้หญิงจำนวน 111 คน อายุระหว่าง 18 – 65 ปี ซึ่งถูกเลือกจากผู้ดูแลในคลินิก เครื่องมือ แบบสอบถาม The Australian version of the validated McCoy Female Sexuality Questionnaire ซึ่งวัดก่อนจะนัดหมายครั้งแรก และช่วง 1 เดือน และ 6 เดือน หลังการนัดหมายครั้งสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่เข้ารับการรักษารายงานว่ามีความต้องการทางเพศ , มีความพึงพอใจ , คุณภาพของจุดสุดยอดของความรู้สึกทางเพศ (orgasm quality) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ามีความพึงพอใจกับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 6 เดือน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าการศึกษานี้ยืนยันว่าแนวทางใหม่นี้สามารถจัดการความผิดปกติทางเพศของผู้หญิงในพื้นที่ชุมชน ที่ขาดแคลนแรงงานและมีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพได้ จึงขอแนะนำการดูแลที่นำโดยพยาบาลในทีมสหวิชาชีพ นำมาใช้ในการจัดการปัญหาความผิดปกติทางเพศ

Nymberg & Drevenhorn (2016) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในคลินิกวิถีชีวิตที่นำโดยพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพประเทศสวีเดน วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อสำรวจประสบการณ์การเยี่ยมบ้านของคลินิกวิถีชีวิตที่นำโดยพยาบาล (a nurse-led lifestyle clinic) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 14 คน ที่เข้ารับการดูแลด้านสุขภาพที่คลินิกวิถีชีวิตที่นำโดยพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group interviews) และนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเยี่ยมบ้านของคลินิกสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพและลดความรู้สึกกลัวการมีสุขภาพไม่ดีได้ สรุปได้ว่า คลินิกวิถีชีวิตที่นำโดยพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและทำให้เกิดนิสัยด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งการติดตามเยี่ยมเป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

Norful et al. (2017) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ จากงานวิจัยจำนวน 18 งาน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา สเปน แคนาดา นิวซีแลนด์ และ แอฟริกาใต้ พบว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรับผิดชอบของพยาบาลในทีมสุขภาพ โดยทำหน้าที่บทบาทเสริมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยใน

ระดับปฐมภูมิ ให้การพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมไปถึงการใช้ประโยชน์จากผู้ให้บริการปฐมภูมิอื่นๆ 2) ด้านการจัดการกับโรคเรื้อรัง ให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทั่วไป และเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน หอบหืด และเบาหวาน โดยทำการประเมินอาการเพื่อตักจับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และทำการนัดหมายติดตามอาการ ให้การพยาบาลการปฏิบัติมาตรฐานตามความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ 3) ด้านการจัดการรายกรณี และการดูแลติดต่อประสานงาน คัดกรองผู้ป่วย ติดต่อประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างชุมชน รับบริการจากหน่วยให้บริการอื่นๆ หรือ ส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นสำหรับการรักษาตัวของผู้ป่วย การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล 4) ด้านการจัดการด้านเภสัชกรรม การบริหารจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ทั้งยารับประทาน ยาฉีดรูปแบบต่างๆ การปรับขนาดยาตามแผนการรักษา การเติมยาให้แก่ผู้ป่วย และ 5) ด้านบทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพเด็ก และสตรี โดยการรับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพของเด็กโดยรวม ตั้งแต่การประเมินพัฒนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สุขภาพสตรีโดยรวม การดูแลก่อน และหลังคลอด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านม และการตรวจการตั้งครรภ์

Randall et al. (2017) ศึกษาผลกระทบของคลินิกที่นำโดยพยาบาลในชุมชนต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย ,ความพึงพอใจของผู้ป่วย, การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและการคุ้มค่าจากราคา จากการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในคลินิกที่นำโดยพยาบาล , ความพึงพอใจของผู้ป่วย , การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและความคุ้มค่าจากราคา ประเมินงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Joanna Briggs โดยศึกษาจาก 15 งานวิจัย มีผู้เข้าร่วม 3965 คน ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าคลินิกที่นำโดยพยาบาล เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่ข้อมูลความคุ้มค่ายังมีข้อมูลน้อย จึงสรุปได้ว่าคลินิกที่นำโดยพยาบาลส่วนใหญ่ เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีความพึงพอใจของผู้ป่วย เพิ่มการเข้าถึงการดูแล และมีความคุ้มค่าจากราคา

Sharma et al. (2020) ศึกษาคลินิกเบาหวานในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้: ด้านขอบเขต ,ความเป็นไปได้,ความท้าทายและผู้อำนวยความสะดวก การศึกษานี้เน้นขอบเขต ความเป็นไปได้ ความท้าทายอุปสรรคและผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินการคลินิกโรคเบาหวานที่นำโดยพยาบาล ซึ่งสรุปได้ว่าคลินิกคลินิกโรคเบาหวานที่นำโดยพยาบาล เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าสามารถตอบสนองดูแลผู้ป่วยเบาหวานในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ราคาไม่แพงและมีคุณภาพได้

ณัฏฐา ปัทมาสรณ์ แส่นประเสริฐ (2564) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิก พยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิค EDFR กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ประกอบการ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 7 คน คณะทำงานโครงการคลินิก พยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน นักวิชาการด้านสุขภาพจำนวน 4 คน และนักกฎหมายวิชาชีพ การพยาบาลและการบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาล ผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบริการพยาบาล ประกอบด้วย การรักษา การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการเข้าถึงชุมชน 2) ด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ประกอบด้วย การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินธุรกิจการตลาดและการเงิน การบัญชี 3) ด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคลินิก ประกอบด้วย ความเสี่ยงในการ ดูแลรักษา สิ่งแวดล้อม การร้องเรียนและสิทธิผู้ป่วย และเทคโนโลยี 4) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วย พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่าง รวดเร็วและ ทันทีและนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาสนับสนุนการให้บริการ 5) ด้านการจัดทำระบบจัดเก็บ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย การจัดทำระบบบัญชียาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่าง เป็นระบบ 6) ด้านกฎหมายและจริยธรรม ประกอบด้วย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการบริหารจัดการ คลินิกและปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และ 7) ด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย การสร้าง สัมพันธภาพ และการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ

สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, สมสมัย รัตนกรिताกุล และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2560) ศึกษา สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในการ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตพื้นที่ตะวันออก โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เขตพื้นที่ภาคตะวันออก 7 จังหวัด จำนวน 360 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่จัดทำ ขึ้นโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูล ส่วนบุคคล ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการสร้างเสริม สุขภาพ และการปฏิบัติบทบาท ของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะการสร้างเสริม สุขภาพของพยาบาลในการบริการระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับพื้นฐาน ถึงระดับชำนาญ โดยมีค่าเฉลี่ยแต่ ละด้านที่ 1.35-1.66 หรือคิดเป็นค่าร้อยละจากค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านได้ 45.0-55.3 ด้านที่มี การรับรู้สมรรถนะมากที่สุด ได้แก่ ด้านปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 55.3) และด้านที่มี การรับรู้สมรรถนะน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ (ร้อยละ 45.0) การปฏิบัติ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยแต่ละด้านเท่ากับ 1.55-3.97 หรือคิดเป็นร้อยละ 49.6-64.0 ด้านที่มีการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ร้อยละ 64.0) และด้านที่มีการปฏิบัติบทบาทน้อยที่สุด ได้แก่ การปรับระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 49.6) ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะกับข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ต่างกัน มีสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ประสบการณ์ปฏิบัติงาน และตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษาบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณพร้อมๆกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 195 แห่ง ซึ่งสุ่มแบบหลายขั้นตอนจาก 13 เขตบริการสุขภาพ จากร้อยละ 50 ของจังหวัดในแต่ละเขต รวม 38 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร เป็นพยาบาล 420 คน บุคลากรสุขภาพ 195 คน และประชาชนผู้ใช้บริการจากพยาบาลในหน่วยบริการที่เป็นตัวอย่างรวม 3008 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์พยาบาลพยาบาล บุคลากร และผู้ใช้บริการ แบบสังเกตการให้บริการพยาบาลของพยาบาล การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยที่สำคัญ พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ใช้บริการที่มาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม การให้บริการพยาบาลที่เป็นการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการโดยตรงตามขอบเขตวิชาชีพ ได้แก่ การรักษาเบื้องต้น การฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การดูแลต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน ตลอดจนการทำหัตถการที่สำคัญแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง บทบาทร่วมให้บริการเป็นทีมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ ปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารของพยาบาล คือ การทำงานเป็นทีมและภาคีเครือข่ายในชุมชน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การทรัพยากรการบริการและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีภาระงานมาก ขาดโอกาสในการพัฒนาและการศึกษาต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า คลินิกที่นำโดยพยาบาลในต่างประเทศ เช่น ในประเทศสวีเดน (Efraimson et al., 2008; Nymberg & Drevenhorn, 2016) ออสเตเรีย (Hakanson et al., 2014) นิวซีแลนด์ (Marshall, et.al, 2011) อังกฤษ (Banks et al., 2012) สกอตแลนด์ (Scuffham, 2005) รวมถึงแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Sharma et al., 2020) พบว่า ได้รับความ

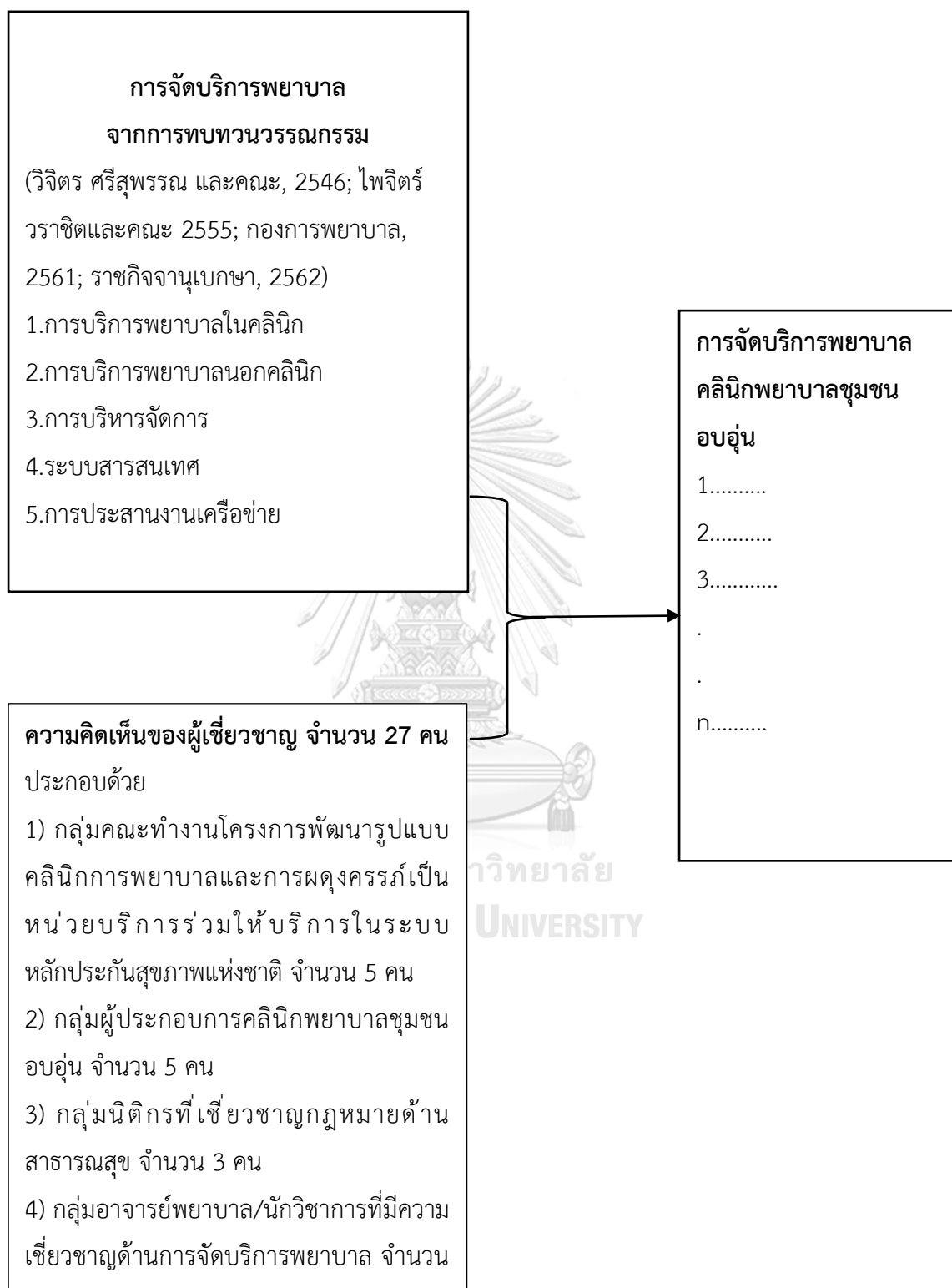
สนใจจากผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก และ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ อีกทั้งยังเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ มีค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผล และมีความคุ้มค่าคุ้มราคาเมื่อเทียบกับการต้องไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจึงสรุปได้ว่า ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปี 2540 และให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 โดยมีนโยบายสำคัญคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดตั้ง สปสช. เพื่อรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (ในขณะนั้น คือ อนามัย) เรื่อยมาจนกระทั่ง ในปี 2555 ได้ยกระดับสถานีอนามัย เป็น รพ.สต. ต่อมา รัฐธรรมนูญ 2560 จึงเกิดคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมหมอครอบครัว แต่ก็พบปัญหาว่าแพทย์เวชปฏิบัติมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงยังมีประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ สปสช. จึงจัดตั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยใช้ชื่อว่า เครือข่ายหน่วยบริการชุมชนอบอุ่น เช่น คลินิกทันตกรรม ร้ายชายยาในชุมชน เป็นต้น และปี 2561 ร่วมกับสภาการพยาบาล เกิดเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นการนำคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมของสปสช. และดำเนินการภายใต้ข้อกำหนดของสปสช. จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคลินิกที่นำโดยพยาบาลในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสวีเดน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สกอตแลนด์ รวมถึงแทบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ได้รับความสนใจจากผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก และ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ อีกทั้งยังเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ มีค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผลและมีความคุ้มค่าคุ้มราคาเมื่อเทียบกับการต้องไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายและโอกาสที่พยาบาลน่าจะมีส่วนช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบความแตกต่างของศูนย์สุขภาพชุมชนและคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น พบว่ามี ดังนี้ 1) ขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการ 2) ลักษณะการทำงาน 3) วันเวลาการเปิดให้บริการ 4) ระบบส่งต่อ จากที่กล่าวถึงความแตกต่างมานี้พบว่า การกำหนดขอบเขตและกิจกรรมของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

มีเพียงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกำหนดขอบเขตบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งประกอบด้วย 1) การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามขอบเขตวิชาชีพ 2) การบริการผู้ป่วยนอก และ 3) การบริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แต่จากการประเมินโครงการฯที่ผ่านมาพบปัญหาว่า การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับ ลักษณะการทำงาน การให้บริการ และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการเชิงรับในคลินิก แต่ยังไม่มีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้รับบริการในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตามที่คณะทำงานสปสข. และสภาการพยาบาลกำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำร่องโครงการฯ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ให้มีการจัดบริการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพทั่วภูมิภาค โดยผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR เป็นวิธีการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้การจัดบริการพยาบาลของคลินิกชุมชนอบอุ่น จึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวอย่างเป็นระบบ โดยแนวคิดเบื้องต้น ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และนำมาบูรณาการเพื่อใช้ในการสร้างคำถามเบื้องต้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ



## 7. กรอบแนวคิดเบื้องต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้วิธีวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร เอกสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 1) ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2546) 2) การจัดบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่ (ไพจิตร วราชิตและคณะ, 2555) 3) การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) และ 4) การจัดบริการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (กองการพยาบาล, 2561) จากนั้นนำมาบูรณาการเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น 5 องค์ประกอบ เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาลในคลินิก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบส่งต่อ การรักษาความลับของผู้รับบริการและ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการหรือญาติ ก่อนจำหน่ายหรือออกจากคลินิก รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ

2. ด้านการบริการพยาบาลนอกคลินิก เป็นการบริการเชิงรุกในชุมชน และการเสริมสร้างศักยภาพในชุมชน โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน

3. ด้านการบริหารจัดการ เป็นการบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้แก่ การเงินและงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านระบบสารสนเทศ เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และส่งต่อผู้ป่วย กับหน่วยงานอื่นๆ และการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งคำรักษาพยาบาล

5. ด้านการประสานงานเครือข่าย เป็นการทำงานร่วมกับเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และการจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ รวมถึงการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานการอื่นๆ เพื่อขอการสนับสนุนด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสาร ยานพาหนะ และรถยนต์ส่งต่อ

## 2. การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นการศึกษาโดยวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคแบบ EDFR ซึ่งการเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาล เจาะจงตามคุณสมบัติ โดยการศึกษาจากประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานการวิจัย ผลงานด้านต่างๆ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงาน จากการซักถามและคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมกับการบอกต่อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Snowball sampling) จากนั้นนำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเพื่อให้ได้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตามวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด โดยผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มคณะกรรมการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (จากสภาการพยาบาลและสปสช) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มนิติกร ซึ่งปฏิบัติงานสปสช. หรือสภาการพยาบาล กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล และ กลุ่มผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ใช้ตามแนวทางของ Thomas

Macmillan (1971) ที่วิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญจำนวนอย่างน้อย 17 คนขึ้นไป ทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนลดลง เท่ากับ 0.02 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน จำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีรายละเอียด ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลศาสตร์/สาธารณสุขศาสตร์/วิทยาศาสตร์สุขภาพ

2) เป็นคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี

3) ยินดีเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย

**กลุ่มที่ 2** กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลขึ้นไป และมีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

2) เป็นผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**กลุ่มที่ 3** กลุ่มนิติกรที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป สาขาพยาบาลศาสตร์และ/หรือสาขานิติศาสตร์/นิติบัณฑิต

2) มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งนิติกร ของสปสช. หรือสภาการพยาบาล อย่างน้อย 3 ปี

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**กลุ่มที่ 4** กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- 1) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทขึ้นไปในสาขาพยาบาลศาสตร์/บริหารการพยาบาล/สาธารณสุขศาสตร์
- 2) เป็นอาจารย์หรือนักวิชาการที่มีประสบการณ์การสอนหรือการจัดบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 3) มีผลงานวิชาการหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการพยาบาลในระดับปริญญานิ
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการบริการพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ในการเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีประสบการณ์รับบริการมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10 คน เนื่องจากต้องการความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับขอบเขตและกิจกรรมพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง

กลุ่มที่มีประสบการณ์รับบริการมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 2) มารับบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สำหรับการศึกษาการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นครั้งนี้ มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือเป็นผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจำนวน 5 คน 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการบริการพยาบาล จำนวน 4 คน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการบริการพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ในการเป็น

ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีประสบการณ์รับบริการมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10 คน เนื่องจากต้องการความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับขอบเขตและกิจกรรมพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง แต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่1 ร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอื่น

### 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เลขที่171.1/64 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อผู้เชี่ยวชาญและขออนุญาตก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายทุกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียด ในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ และผู้เชี่ยวชาญมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อที่ต้องการ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา พร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเทปบันทึกเสียงและแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และหากมีข้อสงสัยที่เกิดขึ้นจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีการขออนุญาตลงนามยินยอมในการเข้าร่วมกรวิจัย โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม

### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการวิจัยของเทคนิค EDRF เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ ประกอบด้วย

**4.1 รอบที่1** แบบสัมภาษณ์การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อกำหนดขอบเขตและข้อคำถามในการสัมภาษณ์ปลายเปิด ประกอบด้วยมีข้อคำถาม 2 ข้อ ดังนี้

(1) จากประสบการณ์การของท่าน ท่านคิดว่าการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับปฐมภูมิ

(2) การจัดการบริการในด้านดังกล่าว ควรมีกิจกรรมบริการย่อย อะไรบ้าง

สำหรับกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 10 คน เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการบริการพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีประสบการณ์รับบริการมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10 คน เนื่องจากต้องการความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับขอบเขตและกิจกรรมพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นควรเปิดให้บริการ ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง โดยมีข้อคำถาม ได้แก่ เมื่อท่านเข้ารับบริการในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นท่านมีความต้องการได้รับการอย่างไรบ้าง

**4.2 รอบที่ 2** แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งในส่วนนี้เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรายบุคคลและนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และกำหนดข้อความเป็นที่เกี่ยวกับการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน สำหรับการสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลรอบแรกด้วยการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามวิธีการของ Burnard (1991) และนำมาจัดกลุ่ม (Category) จากนั้นสรุปเป็นประเด็นสำคัญของการศึกษาการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้การจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีขอบเขตทั้งหมด 5 ด้าน และมีกิจกรรมพยาบาล 69 กิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลที่ได้จากวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ด้านที่	ชื่อรายด้าน	จำนวนกิจกรรมการพยาบาล
1	ด้านการให้บริการในคลินิก	35
2	ด้านการให้บริการในชุมชน	21
3	ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย	4
4	ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ	4
5	ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ	5

4.2.2 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จาก 5-1 ซึ่งเรียงจากสำคัญมากที่สุดไปถึงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและประเมินความสำคัญของแต่ละข้อว่าอยู่ในระดับใด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาระดับความสำคัญเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ดังนี้

- มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวมากที่สุด
- มาก (4) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวมาก
- ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวปานกลาง
- น้อย (2) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวน้อย
- น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด

4.2.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของข้อคำถามการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

4.2.4 ปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ถูกต้องและชัดเจน สำหรับนำไปใช้เก็บข้อมูลรอบที่ 2



4.2.5 นำข้อสรุปที่ได้มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ หากค่ามัธยฐาน  $> 3.51$  และ ค่าพิสัยควอไทล์  $< 1.5$  ถือได้ว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (บุญใจ ศรีสถิตย์ นราภุร, 2553) เพื่อให้ได้ข้อสรุปของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

**4.3 รอบที่ 3** แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีการแสดงค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบซึ่งใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน โดยมีการสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 3 ดังนี้

4.3.1 ผู้วิจัยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 1 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

4.3.2 สร้างแบบสอบถามจากข้อความเดิม โดยมีการปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 2 ในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating scale) 5 ระดับ เหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มเติมการแสดงผลค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ในรอบที่ 3 ซึ่งจากเดิมมีกิจกรรมพยาบาล จำนวน 69 กิจกรรม มีกิจกรรมพยาบาลคงเดิม 48 กิจกรรม ปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 กิจกรรมแต่ไม่มีการเสนอแนะข้อคำถามเพิ่มเติม

4.3.3 นำแบบสอบถามรอบที่ 3 เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ

## 5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สำหรับการวิจัยเชิงอนาคตเทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เรื่องการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ โดยจะแฝงอยู่ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน เนื่องจากจากในระหว่างที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ผู้วิจัยจะมีการใช้การสรุปสะสมข้อมูล (Cumulative summarization technique) ในแต่ละช่วงของการสัมภาษณ์ โดยจะมีการสรุปบทวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเป็นระยะๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลให้ถูกต้องได้ ซึ่งกระบวนการนี้จะกระทำตลอดการสัมภาษณ์ นอกจากนี้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบว่าผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่ หากผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิม

แสดงว่าข้อมูลมีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) ซึ่งการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบ 3 ผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ซึ่งเปลี่ยนแปลงคำตอบน้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่งสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ (Linstone, 1975) ถือได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530) และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา ตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมก่อนที่จะนำไปรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้การเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม และผู้เชี่ยวชาญมีความชำนาญเฉพาะมาให้ข้อมูล ทำให้ความต้องและความทำให้ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มสูงขึ้น (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2559)

## 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่านการพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เลขที่ 171.1/64 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 6.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล รอบที่ 1

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รอบที่ 1 ด้วยเทคนิค EDFR โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการ ดังนี้

6.1.1 ดำเนินการขอหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ถึงผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 17 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน และ 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน เพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดบริการ

พยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ในการเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีประสบการณ์รับบริการมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10 คน เนื่องจากต้องการความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับขอบเขตและกิจกรรมพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ซึ่งผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ระบุผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 2 ราย/คลินิก รวมผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จำนวน 10 คน

6.1.2 การนัดหมายผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในการเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ทั้งสิ้นจำนวน 17 คน โดยนำเอกสารไปให้ด้วยตนเอง และส่งทางอิเล็กทรอนิกส์พร้อมทั้งนัดวัน เวลา และสถานที่ที่จะสัมภาษณ์ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด 1 วัน ส่วนผู้รับบริการ

6.1.3 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง กระดาษสำหรับจดบันทึกย่อ ใบลงนามยินยอมให้ผู้วิจัย (Consent Form) โทรศัพท์สอบถาม เพื่อยืนยันกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

6.1.4 การสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยตนเองแบบเผชิญหน้า โดยในวันนัดเดินทางไปยังสถานที่นัดหมายก่อนเวลา 30 นาที ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียงและเอกสารอีกครั้ง การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกรายละเอียดโครงการวิจัย เหตุผลประโยชน์ของการวิจัย วิธีการวิจัยที่ต้องมีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเต็มใจในการลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และขออนุญาตบันทึกเทปในการสัมภาษณ์

6.1.5 ในการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง แต่เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในขั้นตอนนี้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 2 คน สัมภาษณ์ผ่าน Zoom application จำนวน 8 คน สัมภาษณ์แบบ Face to Face จำนวน 5 คน และตอบแบบสอบถามทางโปรชนีย์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน ส่วนกลุ่มผู้รับบริการสัมภาษณ์หลังจากรับบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 10 คน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นในการจัดบริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริงเท่านั้นไม่ได้นำมารวมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 1

6.1.6 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์รายบุคคลผู้ด้วยตนเอง ตามวัน เวลา และสถานที่ ตามที่ได้นัดหมายไว้กับผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ข้อคำถามที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ร่วมกับการบันทึกเทป และ จดบันทึกการสัมภาษณ์โดยได้รับการ ยินยอมจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการสัมภาษณ์จะไม่มีการใช้คำถามชี้นำคำตอบ และการสัมภาษณ์จะใช้ เทคนิคการสรุปประเด็น โดยผู้วิจัยทำการสรุปการสัมภาษณ์จากบันทึกที่จดให้ผู้เชี่ยวชาญฟังเป็นระยะๆ และขอให้ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง เปลี่ยนแปลงแก้ไข หรือเพิ่มเติมคำสัมภาษณ์อีกครั้ง ในการสัมภาษณ์ ครั้งนี้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เฉลี่ย 30 – 45 นาที หลังจากการสัมภาษณ์ซึ่งแจ้งการเก็บ ข้อมูลครั้งต่อไป ประมาณวัน เวลา ที่จะส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ขออนุญาตติดต่อทาง โทรศัพท์หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมยืนยันว่าจะ ทำลายเทปทิ้งทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณ

6.1.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากนั้นจัดกลุ่ม (Category) ข้อมูล และสรุปเป็นประเด็นสำคัญของการศึกษา การจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้การจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชน อบอุ่น มีขอบเขตทั้งหมด 5 ด้าน และมีกิจกรรมพยาบาล 69 กิจกรรม จากนั้นจึงนำข้อมูลเสนอต่อ อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสม เมื่อเรียบร้อยแล้วจึง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นแบบสอบถาม ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 ซึ่งการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 โดยการสัมภาษณ์นี้ ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 – 22 กุมภาพันธ์ 2565 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 105 วัน

## 6.2 การรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 1 ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1-4 จำนวน 17 คน ผู้วิจัยจึงจัดเตรียมเอกสารส่งทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 17 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้งสิ้น 17 ฉบับ ซึ่งการ รวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 นี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2565 – 16 มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 7 วัน

## 6.3 การรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ จากนั้นจึงนำมาทำเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยในแบบสอบถามจะแสดงค่า

มัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่แล้ว เพื่อส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมเพื่อยืนยันคำตอบ หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกัน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้รับการตอบกลับแบบสอบถาม ทั้งสิ้นจำนวน 17 ฉบับ และมีผู้เชี่ยวชาญที่เปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบนี้ คิดเป็นร้อยละ 5.97 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงคำตอบน้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่ง อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ (Linstone, 1975) ผู้วิจัยจึงสรุปผลการวิจัยเรื่องการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 นี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2565 – 21 มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 วัน

สรุประยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่องการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 117 วัน

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ใช้การวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคแบบ EDFR นี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ ซึ่ง มีรายละเอียดดังนี้ ในรอบที่ 1 ที่เป็นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 นำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range : IR) โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าเท่ากับ 1.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน สูตรการคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ มีดังนี้

### 7.1 ค่ามัธยฐาน

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ (Median/Md) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าคุณภาพดังกล่าว เป็นรูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีความสำคัญในระดับมากน้อย โดยค่ามัธยฐาน คำนวณจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) มีสูตรดังนี้

$$Md = Lo + C \frac{\frac{N}{2} - fb}{fx}$$

Md คือ ค่ามัธยฐาน

Lo คือ คะแนนขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่เป็นมัธยฐาน

C คือ ความกว้างของอันตรภาคชั้น

N คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

$f_b$  คือ ความถี่สะสมของคะแนนก่อนถึงชั้นที่เป็นมัธยฐาน

$f_x$  คือ ความถี่ของคะแนนในชั้นที่เป็นมัธยฐาน

### การแปลความหมายมัธยฐานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Md)

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ (Median/Md) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าคุณค่าดังกล่าว เป็นการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50-5.50	หมายถึง	ระดับความสำคัญมากที่สุด
ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49	หมายถึง	ระดับความสำคัญมาก
ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49	หมายถึง	ระดับความสำคัญปานกลาง
ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49	หมายถึง	ระดับความสำคัญน้อย
ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49	หมายถึง	ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

### 7.2 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) หมายถึง ค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน ที่มาต่อการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ คำนวณจากสูตร (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) ดังนี้

$$IR = Q_3 - Q_1$$

โดยคำนวณหา  $Q_3$  และ  $Q_1$  จากสูตร ดังนี้

$$Q_1 = L_{Q_1} + C \frac{\frac{N}{4} - f_b}{f_{Q_1}}$$

$Q_1$  คือ ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1

$L_{Q_1}$  คือ ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่

$Q_1$  อยู่  $N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

$C$  คือ จำนวนความกว้างของอันตรภาคชั้นของ  $Q_1$

$f_b$  คือ ความถี่สะสมของคะแนนก่อนถึงชั้นก่อน  $Q_1$

$f_{Q_1}$  คือ ความถี่ของชั้นคะแนน  $Q_1$

$$Q3 = L_{Q3} + C \frac{\frac{3N}{4} - fb}{f_{Q3}}$$

Q3 คือ ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3

LQ3 คือ ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ Q3 อยู่

N คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

C คือ จำนวนความกว้างของอันตรภาคชั้นของ Q3 fb คือ ความถี่สะสมของคะแนนก่อน ถึงชั้นก่อน Q3

### การแปลความหมายการแปลความหมายพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)

การแปลความหมายพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้ (ชนิษฐา วิทยาอนุมาศ, 2530)

$IR \leq 1.50$  หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ข้อความดังกล่าว มีความสอดคล้องกัน

$IR > 1.50$  หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ข้อความดังกล่าว ไม่มีความสอดคล้องกัน

### การแปลความหมายของคำตอบที่อยู่ในและนอกเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ในกรณีที่คำตอบของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนั้นสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน

### ตารางที่ 3 ตารางแบ่งช่วงคะแนนของอันตรภาคชั้น

(ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

ระดับคะแนน	ช่วงคะแนน	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริง	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
1	1.00-1.50	1.00	0.5
2	1.51-2.50	1.50	1
3	2.51-3.50	2.50	1
4	3.51-3.50	3.50	1
5	4.51-5.00	4.50	0.5

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ 4 กลุ่ม จำนวน 17 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (จากสภาการพยาบาลและสปสช) 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้บริการในคลินิก 2) ด้านการให้บริการในชุมชน 3) ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย 4) ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 5) ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ มีรายละเอียดดังนี้



## 1. ด้านการให้บริการในคลินิก

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาดูการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านการให้บริการในคลินิก	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. ด้านการให้บริการในคลินิก	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพ	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1.1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก โดย...	4.70	0.30	มากที่สุด
	4.66	0.42	มากที่สุด
1) บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ ละวัย	4.70	0.30	มากที่สุด
	4.66	0.42	มากที่สุด
2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อ ต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่น ๆ ที่จำเป็นแก่วัยรุ่น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1.1.2 ส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ โดย...	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด เสื่อมสมอง และโรคอ้วน	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่ม ภาวะโรคเมแทบอลิก	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด

ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านการให้บริการในคลินิก	Md	IR	ระดับความสำคัญ
3) บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอใบตรวจสุขภาพ เช่น ไข้หวัดใหญ่	4.61	0.66	มากที่สุด
	4.61	0.30	มากที่สุด
4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี รวมถึงสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1.1.3 ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ โดย...	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.70	0.30	มากที่สุด
1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก	4.70	0.28	มากที่สุด
	4.70	0.30	มากที่สุด
2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก	4.68	0.33	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด
3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
4) บริการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือประเมินตามแนวทาง CGA	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5) บริการให้สุศึกษา ความรู้ และคำแนะนำ ด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด

ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านการให้บริการในคลินิก	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.1.4 บริการการผดุงครรภ์	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด
1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร รวมถึง การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบ การตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์ , การฝากครรภ์ครั้งต่อ ๆ ไป (ตั้งครรภ์ปกติ) ถัดจาก ครั้งที่1 ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็น ครรภ์ที่มีความเสี่ยง	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.61	0.89	มากที่สุด
3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.70	0.30	มากที่สุด
1.2 บริการป้องกันโรค	4.73	0.29	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1.2.1 บริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
2) บริการป้องกันสำหรับโรควัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด

ตารางที่ 4 (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านการให้บริการในคลินิก	Md	IR	ระดับความสำคัญ
3) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยรุ่น โดยให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
4) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.61	0.74	มากที่สุด
5) บริการป้องกันโรควัยสูงอายุ โดย การปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.61	0.74	มากที่สุด
1.3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1.3.1 บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ	4.75	0.26	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1.3.2 การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
1.3.3 บริการการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.65	0.70	มากที่สุด
1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ 2564	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด

**ตารางที่ 4 (ต่อ)** ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก

ด้านการให้บริการในคลินิก	Md	IR	ระดับความสำคัญ
<b>1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ</b>	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/การเจ็บป่วย	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
1.4.2 ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด
1.4.3 สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย **1) บริการส่งเสริมสุขภาพ** โดยบริการส่งเสริมสุขภาพตามวัย ได้แก่ วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ รวมถึงบริการการผดุงครรภ์ **2) บริการป้องกันโรค** โดยมีบริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย ได้แก่ วัยทารก วัยหัดเดิน-วัยเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ **3) บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น** ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อประเมิน เบื้องต้น รวมไปถึงบริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ 2564 และ **4) บริการฟื้นฟูสภาพ** ตามความต้องการของผู้ป่วย การสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแล ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน รอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ว่าเป็นความเป็นไปได้มากที่สุดทุกข้อ (MD = 4.66 - 4.75 , IR = 0.25 - 0.89 ) ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

## 2. ด้านการให้บริการในชุมชน

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในชุมชน

ด้านการให้บริการในชุมชน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
2.1 การเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำ กิจกรรมของผู้รับบริการ	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
2.1.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness) เน้นเป็นการส่งเสริม สุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.70	0.30	มากที่สุด
2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริม ให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน รวมถึงให้ความรู้การวางแผนครอบครัว	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ โดย...	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1) การประเมินความรู้ และความสามารถใน การดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพ แวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้ เหมาะสม	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด

**ตารางที่ 5** (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในชุมชน

ด้านการให้บริการในชุมชน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเองตาม การเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วย เบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.74	0.20	มากที่สุด
3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.70	0.30-	มากที่สุด
4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิต การใช้ Walker, การบริหาร ร่างกาย เป็นต้น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.71	0.21	มากที่สุด
<b>2.1.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมี การไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) โดย...</b>	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว ปัญหา ในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยเพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
2) ประเมินความเครียด การปรับตัวและการ เผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ และผู้ดูแล	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในชุมชน

ด้านการให้บริการในชุมชน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอน สาธิตการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ ประเมินได้ รวมทั้งการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลโดยเสริมสร้างพลัง อำนาจแก่ผู้ดูแล	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการ ป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
<b>2.1.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมี ความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities) เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bedridden) เป็นต้น โดย...</b>	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.20	มากที่สุด
1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้รับบริการ และครอบครัว ปัญหาใน การดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและ ที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและ สอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด



**ตารางที่ 5** (ต่อ) ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการในชุมชน

ด้านการให้บริการในชุมชน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และ การ เผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้รับบริการและผู้ดูแล และ ให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ ครอบครัว	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า การศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการ ให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้รับบริการ เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1)กลุ่มสุขภาพดี (Wellness) 2)กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อน 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ 4) กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย และ 5) กลุ่มผู้รับบริการที่ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน รอบที่ 2 และ รอบที่ 3 ว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดทุกข้อ (MD = 4.67 - 4.75 , IR = 0.20 - 0.30 ) ดังนั้นจึงมี ความสำคัญที่จะเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

### 3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย

ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
3.1 ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดขีดความสามารถในการดูแล	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
3.2 ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการบำบัด เมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงหรือการฆ่าตัวตาย	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
3.3 ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหาไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้ อย่างเหมาะสม	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด
3.4 ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง	4.75	0.25	มากที่สุด
	4.75	0.25	มากที่สุด

จากตารางที่5 พบว่า การศึกษากิจการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษา 2) ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการบำบัด เมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงหรือการฆ่าตัวตาย 3) ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และ 4) ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดทุกข้อ (MD = 4.74 , IR = 0.26 – 0.40) ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

#### 4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
4.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่าง ๆ ผ่าน QR code เป็นต้น	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
4.2 ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
4.3 ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
4.4 เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.70	0.30	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการ ให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย 1) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application 2) ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน 3) ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผ่าน application และ QR code และ 4) เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความ คิดเห็นที่สอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดทุกข้อ (MD = 4.70 - 4.73 , IR = 0.27 - 0.30 ) ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

### 5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ตามความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่2 (ค่าใต้เส้นประ) ของการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ

ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
5.1 วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ	4.72	0.28	มากที่สุด
	4.72	0.28	มากที่สุด
5.2 สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5.3 เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.73	0.27	มากที่สุด
5.4 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการเกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน	4.67	0.33	มากที่สุด
	4.65	0.47	มากที่สุด
5.5 รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19, ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.73	0.27	มากที่สุด
	4.67	0.33	มากที่สุด

จากตารางที่8 พบว่า การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1) วางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ 2) สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ 3) เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน 4) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และ 5) รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19 , ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดทุกข้อ (MD = 4.65 - 4.73 , IR = 0.27 - 0.47) ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาจากจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้สรุปให้เห็นเป็นขอบเขตและกิจกรรมพยาบาล ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สรุปการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

ด้านที่ 1 การให้บริการในคลินิก

ด้านที่	ขอบเขต	กิจกรรมพยาบาล
1	1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ	<p><b>1.1.1 ส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก</b> โดย...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EP) แก่เด็กแต่ละวัย</li> <li>2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</li> <li>3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</li> <li>4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่น ๆ ที่จำเป็นแก่วัยรุ่น</li> </ol> <p><b>1.1.2 ส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่</b> โดย...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน</li> <li>2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก</li> <li>3) บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอใบตรวจสุขภาพ เช่น ไข้หวัดใหญ่</li> <li>4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร</li> <li>5) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี รวมถึงสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง</li> </ol> <p><b>1.1.3 ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก</li> <li>2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก</li> <li>3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน</li> </ol>

ด้านที่ 1 การให้บริการในคลินิก (ต่อ)

ด้านที่	ขอบเขต	กิจกรรมพยาบาล
1.1	บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ	<p>4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือประเมินตามแนวทาง CGA</p> <p>5) บริการให้สุศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น</p> <p>6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ</p> <p><b>1.1.4 บริการการผดุงครรภ์</b></p> <p>1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมบุตร รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม</p> <p>2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งต่อ ๆ ไป (ตั้งครรถ์ปกติ) ถัดจากครั้งที่ที่ 1 ที่แพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก และประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด</p>
1.2	บริการป้องกันโรค	<p><b>1.2.1 บริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย</b></p> <p>1) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค ใช้วิธีตีใหญ่ตามฤดูกาลและ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2) บริการป้องกันสำหรับโรควัยเตาะโต-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>3) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยรุ่น โดยให้บริการเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p>

ด้านที่ 1 การให้บริการในคลินิก (ต่อ)

ด้านที่	ขอบเขต	กิจกรรมพยาบาล
1.2	<p>1.2 บริการป้องกันโรค (ต่อ)</p> <p>1.3 บริการรักษาพยาบาล</p> <p>เบื้องต้นตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564</p> <p>1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ</p>	<p>4) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล การให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>5) บริการป้องกันโรควัยสูงอายุ โดยการปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>1.3.1 บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ</p> <p>1.3.2 การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย</p> <p>1.3.3 บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น</p> <p>1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ 2564</p> <p>1.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/การเจ็บป่วย</p> <p>1.4.2 ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล</p> <p>1.4.3 สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง</p>

ด้านที่ 2 การให้บริการในชุมชน

ด้านที่	กิจกรรมพยาบาล
<p>2</p> <p>2.1 การเยี่ยมบ้าน</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <p>ความสามารถในการทำ</p> <p>กิจกรรมของ</p> <p>ผู้รับบริการ</p>	<p><b>กิจกรรมพยาบาล</b></p> <p><b>2.1.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness)</b> เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน</p> <p><b>2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน</b> เช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน รวมถึงให้ความรู้การวางแผนครอบครัว</p> <p><b>2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการ รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่างๆ</li> <li>2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเองตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น</li> <li>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</li> <li>4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสถิติการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น</li> <li>5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</li> </ol> <p><b>2.1.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</li> <li>2) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและผู้ดูแล</li> <li>3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> </ol>



ด้านที่ 2 การให้บริการในชุมชน (ต่อ)

ด้านที่	ขอบเขต	กิจกรรมพยาบาล
2	<p>2.1 การเยี่ยมบ้าน (ต่อ)</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <p>ความสามารถในการทำ</p> <p>กิจกรรมของ</p> <p>ผู้รับบริการ</p>	<p>4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสถิติการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น</p> <p>5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ได้รับวินิจฉัยร่วมกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ</p> <p>6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล</p> <p>7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล</p> <p><b>2.1.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างแรง</b> เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง เป็นต้น</p> <p>1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัวปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยเพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p> <p>2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ</p> <p>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</p> <p>4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้</p> <p>5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว</p>

ด้านที่ 3-5

ด้านที่	ขอบเขต	กิจกรรมพยาบาล
3	ด้านการส่งต่อผู้ป่วย	<p>3.1 ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดความสามารถในการดูแล</p> <p>3.2 ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษา เมื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย</p> <p>3.3 ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3.4 ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงแจ้งให้การดูแลต่อเนื่อง</p>
4	ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ	<p>4.1 ให้ความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น</p> <p>4.2 ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน</p> <p>4.3 ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code</p>
5	ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้าน	<p>5.1 วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>5.2 สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ</p> <p>5.3 เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</p> <p>5.4 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการเกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</p> <p>5.5 รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โคโรนา-19, ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย</p>

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ

**กลุ่มตัวอย่าง**ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 17 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน 3) กลุ่มนิสิตที่เชี่ยวชาญกฎหมายด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน 4) กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ตามระเบียบวิธีการวิจัยแบบ EDFR 3 รอบ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ชุดที่ 1** แบบสัมภาษณ์รูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด สร้างจากกรอบทฤษฎีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อกำหนดขอบเขตและข้อความคำถามในการสัมภาษณ์ปลายเปิด โดยใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามอย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-50 นาที โดยมีข้อความปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย

1) จากประสบการณ์การของท่าน ท่านคิดว่ารูปแบบการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับปฐมภูมิ

2) การจัดการบริการในด้านดังกล่าว ควรมีบริการย่อย ใดๆบ้าง

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งในส่วนนี้เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลและจัดหมวดหมู่ข้อมูล เพื่อกำหนดข้อความเป็นที่เกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาล

ชุมชนอบอุ่น เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณระดับความสำคัญว่าอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ได้รูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีทั้งหมด 5 รายด้าน และมีรายด้านย่อย 69 ข้อ

**ชุดที่ 3** แบบสอบถามรูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการปรับเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแต่ยังคงความหมายเดิม เพื่อให้ข้อความมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยแบบสอบถามนี้มีลักษณะมาตราส่วนประมวลค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับชุดที่ 2 โดยเพิ่มเติม ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range) ของผู้เชี่ยวชาญของคำถามแต่ละข้อ และตำแหน่งของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 ได้นำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range) โดยพิจารณารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน โดยมีค่ามัธยฐานมากกว่า 5.97 แสดงว่ารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นย่อนั้นมีความระดับความสำคัญมาก และ ส่วนค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของทุกข้อความมีค่าน้อยกว่า 1.50 และการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 5.97 ซึ่งคำตอบที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553) ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย และนำมาสรุปเป็นรูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 – 22 กุมภาพันธ์ 2565 ใช้เวลาทั้งสิ้น 105 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2565 – 16 มิถุนายน 2565 ใช้เวลาทั้งสิ้น 7 วัน และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2565 – 21 มิถุนายน 2565 ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 วัน สรุประยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่องการศึกษา รูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 117 วัน

## สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สามารถสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น แบ่งออกเป็น 5 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1. ด้านการให้บริการในคลินิก** ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ซึ่งเป็นรูปแบบบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่มีความน่าจะเป็นมากที่สุดทุกข้อ ได้แก่

**1) บริการส่งเสริมสุขภาพ** โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพวัยต่างๆ ดังนี้

**1.1) ส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ 4 ข้อ ได้แก่ 1.1.1) บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ละวัย 1.1.2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย 1.1.3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย และ 1.1.4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่นๆที่จำเป็นแก่วัยรุ่น

**1.2) ส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ 5 ข้อ ได้แก่ 1.2.1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน 1.2.2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก 1.2.3) บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอบเขตวิชาชีพ เช่น ไข้หวัดใหญ่ 1.2.4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และ 1.2.5) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี รวมถึงให้สอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

**1.3) ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ 6 ข้อ ได้แก่ 1.3.1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก 1.3.2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก 1.3.3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 1.3.4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือประเมินตามแนวทาง CGA 1.3.5) บริการให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคโภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น และ 1.3.6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ

**1.4) บริการการตั้งครรภ์** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ 3 ข้อ ได้แก่ 1.4.1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม 1.4.2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการ

ตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์ , การฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ตั้งครรภ์ปกติ) ถัดจากครั้งที่ 1 ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยง และ 1.4.3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

**2) บริการป้องกันโรค โดยบริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย** ประกอบด้วย การบริการป้องกันโรควัยต่างๆ ดังนี้ ได้แก่ 2.1) วัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2.2) วัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกัน โรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2.3) วัยรุ่น โดยให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 2.4) วัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 2.5) วัยสูงอายุ โดยการปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

**3) บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น** ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบด้วย การให้บริการ ดังนี้ 3.1) บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ 3.2) การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย 3.3) บริการการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น และ 3.4) บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลฯ 2564

**4) บริการฟื้นฟูสุขภาพ** ประกอบด้วย การให้บริการ ดังนี้ 4.1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/การเจ็บป่วย 4.2) ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล และ 4.3) สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

**2. ด้านการให้บริการในชุมชน** โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย กิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มต่างๆ ได้แก่

**2.1) กลุ่มสุขภาพดี (Wellness)** เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน

**2.2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน** เช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว

**2.3) กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้** โดย (1) การประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยา อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น (3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว (4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และ (5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

**2.4) กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)** โดย (1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (2) ประเมินความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและผู้ดูแล (3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น (5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ประเมินได้ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล และ (7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล

**2.5) กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities)** เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) เป็นต้น โดย (1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ (3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว (4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การพยาบาลตามปัญหาที่

ประเมินได้ และ (5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว

**3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ ดังนี้ 3.1) ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกินขีดความสามารถในการดูแล 3.2) ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการบำบัด เมื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย 3.3) ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม และ 3.4) ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง

**4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ ดังนี้ 4.1) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น 4.2) ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน 4.3) ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code และ 4.4) เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

**5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ** ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการ ดังนี้ 5.1) วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ 5.2) สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ 5.3) เผื่อระวังป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน 5.4) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และ 5.5) รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19 , ไข้หวัด ใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย



## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จากความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน เพื่อนำเสนอเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย การให้บริการพยาบาล 5 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลในประเด็นดังต่อไปนี้

### 1. ด้านการให้บริการในคลินิก

จากผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุด 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

**1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพ** โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ การส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก เช่น บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ละวัย ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่ เช่น การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก การให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอขอบเขตวิชาชีพ การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ เช่น การคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน บริการประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น บริการการผดุงครรภ์ ควรมีการดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว และ บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ตั้งครรภ์ปกติ) ถัดจากครั้งที่ 1 ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยง รวมถึงบริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ แก่ผู้รับบริการสิทธิบัตรทองทุกกลุ่มวัย (สภาการพยาบาล, 2563) ซึ่งตามคำประกาศอัลตา ปีค.ศ.1978 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) กล่าวว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และเป็นบริการที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถให้บุคคลดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อให้บรรลุซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์ทุกด้าน (สุรารัตน์ ชำนาญช่าง, สมสมัย รัตนกริธากุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2560) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับที่ สภาการพยาบาล (2563) ที่ได้กำหนดลักษณะการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยมีการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งนี้บริการส่งเสริมสุขภาพต้องกระทำภายใต้ ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่

กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง สามารถกระทำการพยาบาล การกระทำต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล การตรวจประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการ (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

**1.2 บริการป้องกันโรค โดยบริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย** ได้แก่ บริการป้องกันโรคสำหรับวัยทารก เช่น วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด บริการป้องกันสำหรับโรควัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด บริการป้องกันโรคสำหรับวัยรุ่น เน้นการให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการป้องกันโรคสำหรับวัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ บริการป้องกันโรควัยสูงอายุ โดยการปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่าการป้องกันโรค เป็นบริการพื้นฐานของทุกกลุ่มวัย เป็นกิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่ง กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ (2553) กล่าวว่า การป้องกันโรคนี้ ประกอบด้วย บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริมคุ้มกันโรค, บริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น สอดคล้องกับ สภาการพยาบาล (2563) ที่ได้กำหนดลักษณะการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งให้บริการในระดับปฐมภูมิ มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งนี้บริการป้องกันโรคต้องกระทำภายใต้ ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง สามารถกระทำการพยาบาลการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยการป้องกันโรคและการให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

**1.3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น** ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีบริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น และ บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในประเทศไทย พยาบาลจะมีบทบาทรับผิดชอบ

งานการรักษาเบื้องต้นของหน่วยบริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลมีศักยภาพในการให้บริการเพื่อแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการเป็นพื้นฐานได้ (สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2562) ดังนั้น กิจกรรมของการให้บริการสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ จึงต้องครอบคลุมทั้งการให้บริการรักษาโรค , ปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยเบื้องต้น ซึ่ง สภาการพยาบาล (2560) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ว่าสามารถตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาโรคและให้ยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรค และการปฐมพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้บริการสุขภาพพยาบาลเบื้องต้น ต้องกระทำภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ต้องกระทำการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคโดย (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

**1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ** โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/การเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล และ การสอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความพิการหรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการที่ผู้ป่วยได้การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม จะช่วยป้องกันและลดความพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดจำนวนผู้ป่วยในสภาพติดเตียงมีภาวะพึ่งพิง ลดภาระในการดูแลปัญหาสุขภาพของครอบครัว และสังคมได้ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2559) โดยสภาการพยาบาล (2563) ได้กำหนดให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น ฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ทั้งนี้บริการฟื้นฟูสภาพนี้ ต้องกระทำภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

**2. ด้านการให้บริการในชุมชน** โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต. / ศูนย์บริการสาธารณสุขสุข ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ

**2.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness)** เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว อธิบายได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน ไม่เพียงแต่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องให้บริการแก่สุขภาพดีด้วย โดยมีลักษณะเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน และต่อเนื่องด้านสุขภาพแก่ผู้มีสุขภาพดี เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และ พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2559)

**2.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน** โดย ติดตามการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนเช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น ติดตามการเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว อธิบายได้ว่า การให้บริการกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้ระบุว่า ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ตลอดจนถึงได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตร เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กที่เกิดมาทุกคนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสมวัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยต้องเริ่มตั้งแต่การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของแม่ตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ดูแลในระยตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมถึงเมื่อทารกเกิดมาต้องได้รับการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมแต่บ้โตอย่างสมวัย (Office of the National Economics and Social Development Council, 2016) ซึ่งการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและตายของมารดาและทารก ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ในกลุ่มหญิงหลังคลอด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่าย เนื่องจาก ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับตัวกับบทบาทใหม่ โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก และมารดาที่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลตนเองและบุตรได้ (Crum K., 2010) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Norful et al. (2017) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ จากงานวิจัยจำนวน 18 งาน ใน 6 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา สเปน แคนาดา นิวซีแลนด์ และ แอฟริกาใต้ พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพเด็กและสตรี โดยมี

หน้าที่รับผิดชอบให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ดูแลสุขภาพสตรีโดยรวม การดูแลก่อนและหลังคลอด การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านม การตรวจครรภ์ การประเมินพัฒนาการเด็ก และการดูแลสุขภาพโดยรวมของเด็ก

**2.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้** โดยมีการประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม มีการฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น มีการประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และ การส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อธิบายได้ว่า ประเทศไทยยังพบแนวโน้มปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้นทุกปี โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ซึ่งประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการในการควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน(Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (WHO) (ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และ นพวรรณ เปียชื่อ, 2560) ประกอบกับ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ฐิตารัตน์สารทองแดง และ กลีบแก้ว จันทร์หงษ์, 2563) ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมส่วนบุคคล หากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยลดเกิดโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, 2561) ทั้งนี้ สภาการพยาบาล (2563) ได้กำหนดขอบเขตและกิจกรรมการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยมีบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพ เป็นต้น โดยมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลนอกคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

**2.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)** โดยมีประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ประเมินความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของ

ผู้รับบริการและผู้ดูแล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เช่น อัมพาตครึ่งซีก โรคหัวใจและโรคหัดลมเหลว ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็นต้น เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลต้องได้รับการสอนและสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (กองการพยาบาล, 2555 ; วรรณประสารอติคม, 2557) ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญที่คอยช่วยเหลือกิจกรรมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้รูปแบบของการเยี่ยมบ้านเชิงรุก โดยมีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ให้ข้อมูล คอยกระตุ้น จูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับพฤติกรรมดูแลตนเองและผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม (ปริญชัชชกองเกียรติ , มาริสา หะสาเมาะ , ชนิกันต์ สมจारी , พวงพกา ดำรงเสรี , วรรณญา รัชกุล และกันต์สิรินทร์ หมั่นรักษ์,2559) รวมถึงมีการประสานงานวิชาชีพอื่น และชุมชน เพื่อลดสภาพการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

**2.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities)** โดยการประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม การประเมินความรู้และความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ การประเมินความเครียด การปรับตัว และ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว การตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ และ การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะอยู่ในภาวะนอนติดเตียง (bed ridden) ซึ่งผู้ดูแลต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายผ่านทางจมูก การเคาะปอดและการดูดเสมหะ เป็นต้น (กองการพยาบาล, 2555 ; วรรณประสารอติคม, 2557) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสม ในส่วนผู้ดูแลที่ขาดทักษะ มีความรู้ไม่เพียงพอหรืออาจช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีสุขภาพและคุณภาพที่ดี (สุนทร มาลาศร, 2560) ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลไปดูแลที่บ้าน เข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและให้ความ

สนใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น หากผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้นตัว และหายเร็วขึ้น การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และ วรณศิริ ประจันโน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการ ติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือ ให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อยๆ เพื่อให้คำแนะนำให้กำลังใจ และให้การพยาบาลบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหาร การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกาย การทำแผลกดทับ ส่วนผู้ดูแลบางคนที่ทำแผลกดทับได้เองก็ต้องการวัสดุ เช่น น้ำยาต่างๆ ครีมทาแผลกดทับ เป็นต้น (ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์,อรุณี ชุนหบดี และ นิมาศตुरา แว, 2560)

### 3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**3.1 การประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย** เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกินขีดความสามารถในการดูแล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้บริการสุขภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากการรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น , บริการรักษาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเกินขีดความสามารถในการรักษาเบื้องต้นแล้วต้องมีการให้บริการส่งต่อเพื่อรักษาที่เหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับ เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) กำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิ ต้องมีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เมื่อหน่วยบริการไม่สามารถดูแลได้เอง รวมถึงมีการจัดการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ หรือส่งต่อผู้รับบริการไปยังทีมสหวิชาชีพภายในเครือข่าย หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หรือบริการเฉพาะที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลเองไม่ได้ อันจะส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้รับบริการ

**3.2 การประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับบริการบำบัด** เมื่อประเมินผู้ป่วยพบว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจต้องได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น เมื่อพยาบาลชุมชนอบอุ่นพบผู้ป่วยดังกล่าว จึงต้องส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพจิต และจิตเวช เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สามารถดูแลผู้ป่วยทั่วไปได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ หากผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยเฉพาะทาง จึงจำเป็นต้องดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีความเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพตามรอยโรคนั้นๆ (สภาการพยาบาล, 2563)

**3.3 การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา** ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้บริการสุขภาพ การให้บริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิในชุมชนนั้นจะต้องมีการประสานงานร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ เช่น กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มของคนกลุ่มต่างๆเพื่อทำกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ , การให้คำแนะนำปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน เป็นต้น โดยในการบริการแต่ละครั้งควรมีการประเมินสภาวะ ปัญหาปัจจุบัน สภาพทางด้านสังคม จิตใจ เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน แล้วประมวลเป็นแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู ในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และมีบริการต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการให้บริการ (กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ์, 2553)

**3.4 การประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน** รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการให้บริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีการเชื่อมโยงการดูแลและการส่งต่อ ผู้รับบริการกับหน่วยบริการร่วมอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย (ฉันทัญญภัทร์ แสนประเสริฐ, 2564) ดังนั้น การทำงานจึงต้องมีการประสานงานกัน โดยเฉพาะข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ เพื่อเครือข่ายจะได้นำมาจัดทำแผนการดูแล และกำกับติดตามประเมินผล งานประสานการดูแลกับทีมสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ และนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สภากาชาดไทย, 2560)

#### 4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ

สำหรับการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วยกิจกรรม การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาสนับสนุนการให้บริการ มาช่วยในการอำนวยความสะดวกในการบริการ ด้วยการมีช่องทางการติดต่อสื่อสารหลายทางที่สะดวกและรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ เฟสบุ๊ค ไลน์ และ เว็บไซต์ เป็นต้น ซึ่งบริการที่เป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งแรกพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน ส่วนการเยี่ยมครั้งต่อไป สามารถส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code อธิบายได้ว่า พยาบาลยุคไทยแลนด์ 4.0 ต้องสามารถประยุกต์ใช้



เทคโนโลยีนวัตกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่ก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยม อย่างไรก็ตามการใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมสุขภาพนี้ พยาบาลต้องตระหนักถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้นวัตกรรมดังกล่าวด้วย ดังนั้น การเยี่ยมบ้านยุค ไทยแลนด์ 4.0 จึงจำเป็นต้องมีทักษะและเตรียมความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีตั้งแต่ระบบการศึกษาพยาบาล จนถึงพยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การเยี่ยมบ้านเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (โสภาพรณ อินตะเผือก และ วรวรรณ ทิพย์วาริรมย, 2562) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ฌณัญภัทร์ แสนประเสริฐ (2564) ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาสนับสนุนการให้บริการ มาช่วยในการอำนวยความสะดวกในการบริการ ด้วยการมีช่องทางการติดต่อสื่อสารหลายทางที่สะดวกและรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ เฟสบุ๊ก ไลน์ และ เว็บไซต์ เป็นต้น จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการใช้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การเก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นการช่วยให้เกิดความสะดวกต่อการนำข้อมูลมาวิเคราะห์การให้บริการต่างๆได้อย่างรวดเร็ว และมีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยนำมาใช้ในการวางกลยุทธ์ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตลอดจน และความรู้เกี่ยวกับการแพทย์มีเป็นจำนวนมากเกินกว่าที่สมองของมนุษย์จะจัดการได้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเข้ามาใช้จะช่วยให้อุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังสามารถดึงข้อมูลต่างๆ มาใช้เมื่อจำเป็นและยังช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย รวมถึงช่วยบุคลากรทางการแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้ และสามารถลดการเกิดความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ ช่วยป้องกันไม่ให้อุคลากรทางการแพทย์ ถูกฟ้องร้องได้อีกด้วย (บุษยารัตน์ ศิลปวิทยาทร และ บุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2563)

## 5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ

การให้บริการในด้านนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมการวางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ การสอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และ รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19 , ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, 2563) ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อยกระดับในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควบคุมโรค และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (ฉัตรสมน พงติภิญโญ, 2563) ทั้งนี้พยาบาลชุมชนอยู่บนเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการป้องกัน และควบคุมการระบาดของ COVID-19 ในชุมชน เช่น สร้างความตระหนักให้ประชาชนในชุมชนให้เฝ้าระวังการแพร่ระบาด แจ้งเตือนสถานการณ์ โรคติดต่อเชื้อไวรัส COVID-19 เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้พยาบาลสามารถใช้ทักษะการประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานทุกฝ่ายทุกระดับในการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การประสานสถานที่กักกันตัว การส่งต่อผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ที่ขาดแคลนเพื่อแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว (พัทสิมา ภัทรธีรานนท์, นิภาวรรณ ศรีโยหะ, พัชรกรพจน์ ศรีประसार และ รุ่งทิวา เสาวนีย์, 2564)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สปสช. และสภาการพยาบาล นำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการให้บริการชุมชนที่มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเข้าเป็นสมาชิกของเครือข่ายสุขภาพฯ
2. สปสช. และสภาการพยาบาล นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
3. สภาการพยาบาล นำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมพยาบาลที่ให้บริการในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้รับบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น



## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552). *เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กลีบแก้ว จันทร์หงษ์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 36(3), 317-328
- กฤติยา ศศิภูมินทร์ฤทธิ. (2559). *การศึกษาความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการทำงานแบบเครือข่าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/19559>
- กานดา พูลลาภทวี. (2539). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์เซ็นเตอร์.
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. (2561). ร้ายยาคุณภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ. *วารสารสมาคมนักบริหารโรงพยาบาลประเทศไทย*, 1(1), 41-50.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2545). *วิถีชีวิตชุมชน : คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่ายและสนุก*. หน้า1-6. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล. (2544). *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน*. สมุทรสาคร : โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.
- กองการพยาบาล. (2545). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ*. สมุทรสาคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองการพยาบาล. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) สำนักรอเนรมัย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร : กพส.
- กองการพยาบาล. (2561). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)*. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทสำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด.
- กองการพยาบาล. (2562). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง*. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัท สำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด.
- กองแบบแผนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *มาตรฐานและแนวทางสถานบริการสุขภาพ*. [http://hss.moph.go.th/fileupload\\_doc/2015-10-20-15704123.pdf](http://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2015-10-20-15704123.pdf)
- ชนิษฐา วิทยาอนุมาส. (2530). *การวิจัยแบบเดลฟาย : เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองการพิมพ์ กองการศึกษาสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และ นิรมิต ราเว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 4(1), 205-216.
- คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. (2559). *แนวทางดำเนินงาน Primary care cluster*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2529). การวิจัยอนาคต. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*. 1(1), 22-24.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR. *วารสารวิจัยสังคมศาสตร์*. 3(1), 34-57.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). *เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR ใน เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*, หน้า 76-86. ทศพร ศิริสัมพันธ์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 9. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2559). *การวิจัยอนาคต (Future Research)*. <http://rd.hu.ac.th/Download%20File/> . pdf
- ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. (2563). มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(2), 468-469.
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2553). *การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ใน เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย*, หน้า 76-86. ทศพร ศิริสัมพันธ์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 9. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณณัญปภัสร แสนประเสริฐ. (2564). *การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. (2546). *สถานีอนามัยหัวใจระบบบริการสาธารณสุข*. เอ็น. พี. ปรินด์ิ่ง แอนด์ ก๊อปปี้. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และ พัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2559). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 28(2), 92-108.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษยรัตน์ ศิลปวิทยาทร และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 38(2), 6-14.
- บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(2), 2-11.

- ประคิน สุจฉายา, ยุวรงค์ จันทรวิจิตร, วารุณี พองแก้ว, จุฑามาศ โขติบาง, สุกัญญา ปรีสัณณกุล, พูนทรัพย์ โสภารัตน์, ประพิมพ์ พุทธิรักษกุล และวันชัย มั่งค้าย. (2543). *ร่างรายงานการวิจัยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาระบบบริการสุขภาพและวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริญช ชัยกองเกียรติ, มาริส หะสาเมาะ, ชนิกันต์ สมจारी, พวงผกา ดำรงเสรี, วรัญญา รัชกุล และ กันต์สิรินทร์ หมื่นรักษ. (2559). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดยะลา. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 8(3), 27-40.
- ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และ นพวรรณ เปียซื่อ. (2560). บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารบดีพยาบาลสาร*, 23(1), 27-43.
- ภูติท เตชาติวัฒน์, วินัย ลีสมิทธิ, พชรินทร์ สิริสุนทร, ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ, รมย์นลิน ทองหล่อ และ ทวีศักดิ์ นพเกษตร. (2561). การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 556-574.
- ภูมิพงศ์ ศรีภา. (2562). ทิศทางแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(1), 176-184.
- ไพจิตร วราชิต และคณะ. (2555). *คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- พาริดา อิบราฮิม. (2537). *สาระการบริหารการพยาบาล*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยงยุทธ บรรจง. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*. 9(2), 21-32.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2545). *การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวกรณี ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา*. หน้า 1-3 .พิมพ์ครั้งที่ 2 . สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- โยธิน แสงวดี, พิมพ์พรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ. (2543). *ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560*. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). *พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก 30 เมษายน 2562.

- ราตรี อร่ามศิลป์, วรณศิริ ประจันโน และ สายใจ จารุจิตร. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า*. 30(1), 54-68.
- วรรณัน ประสารอติคม. (2557). *Home Health Care Concept*. ในเอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว. ณ ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์, กรุงเทพมหานคร.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ ประคิน สุจฉายา ขนิษฐา นันทบุตร และ อุไร หัตถกิจ. (2546). *พยาบาลและระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. สภาการพยาบาล.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กฤษดา แสงวงดี, เบญจพร รัชตารมย์, กมลนัถ์ มวงยิ้ม, อติญาณ์ ศรเกษตริณ, รุ่งนภา จันทรา, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, ศุทธิณี วัฒนกุล, ดาราวรรณ รองเมือง, ศรีจันทร์ พลับจั่น และสุทธนันท์ กัลลกะ. (2560). *การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (2563). อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(1), 7-9
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). *ทฤษฎีการทดสอบแนวใหม่*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). *การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล. (2557). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 พร้อมด้วยกฎกระทรวง ระเบียบและประกาศกระทรวงสาธารณสุขและข้อบังคับ ระเบียบและประกาศสภาการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2560). *ภารกิจการปฏิบัติงานของพยาบาลใน Primary Care Cluster*. เอกสารอัดสำเนา วันที่ 20 มกราคม 2560.
- สภาการพยาบาล (2560ก). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ*. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 122, ตอนที่ 62 ง (ลงวันที่ 3 มิถุนายน 2548).
- สภาการพยาบาล. (2562ก). *บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. สภาการพยาบาล.

สภาการพยาบาล. (2562ข). คำสั่งสภาการพยาบาล เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบ  
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ. สภาการพยาบาล

สภาการพยาบาล. (2563ก). จดหมายข่าวสภาการพยาบาล. Retrieved from <https://tmnc.or.th>.  
Retrieved มกราคม- กุมภาพันธ์ 2563.

สภาการพยาบาล. (2563ข). รายงานโครงการติดตาม กำกับ และประเมินผลคลินิกการพยาบาลและ  
การผดุงครรภ์ที่เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.  
สภาการพยาบาล.

สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, สมสมัย รัตนกริธากุล และ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2560). สมรรถนะการ  
สร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในการบริการ  
สุขภาพระดับปฐมภูมิเขตพื้นที่ตะวันออก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา  
, 25(2), 19-30.

สุนทร มาลาศรี. (2560). ผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียง  
ประเภทที่ 4 อำเภอเมืองบึงกาฬจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม, 1(1), 91-98.

สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. (2542). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541. โรงพิมพ์องค์การรับส่ง  
สินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษาบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการ  
ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทความรับผิดชอบ  
ของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2549). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหาและ  
ข้อเสนอแนะ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สมหมาย จันทร์เรือง. (2558). รพ.สต. ทางเลือกหรือทางหลักของระบบสุขภาพไทย. มติชน. 7  
กรกฎาคม 2558.

โสภณพรรณ อินตะเฝือก และ วรวรรณ ทิพย์วาริรมย. (2562). การเยี่ยมบ้าน: พยาบาลชุมชนยุคไทย  
แลนด์ 4.0. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 42(4),140-148

สำนักงานพยาบาล. (2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์สี่ตะวัน  
จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.  
2545. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร. (2562). *แนวทางการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563*. สปสช. เขต13 กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ . (2565). *แนวทางการดำเนินงานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปีงบประมาณ 256* . สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. (2545). *แนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิ*. สำนักงาน โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2559). *ตรวจสอบคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน*. <http://www.mrd.go.th/mrd/index.php>.
- สำนักงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. [http://pakphananghealth.com/data2555/1/b1293010020\\_3.pdf](http://pakphananghealth.com/data2555/1/b1293010020_3.pdf)
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. <http://www.kkpho.go.th/i/index.php/component/attachments/download/7172>
- สำเร็จ แหียงกระโทก. (2545). *การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ*. รายงานผลงานสำนักสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน : หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์*. สมบูรณ์การพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

- Banks, J., Sharp, D., Hunt, L., Shield, J. (2012). Evaluating the transferability of a hospital- based childhood obesity clinic in primary care: a randomized controlled trial. *Br. J. Gen. Pract.* <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp12X616319>.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Crum K. Nursing care during the fourth trimester. In: Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal and child nursing care*. 8th ed. Maryland Heighte, M: Mosby Elsever; 2010. p. 392-437

- Efrainsson, E., Hillervik, C., & Ehrenberg, A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scand. J. Caring Sci*, 22, 178–185. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00510.x>.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2016). Situation of the Thai Elderly 2016. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method Techniques and applications*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Macmillan, T. T. (1971). The Delphi Technique.  
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED064302.pdf>
- Mariner, A. (1992). *Guide to Nursing Management*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: The CV Mosby Company.
- Norful, A., Martsolf, G., de Jacq, K., & Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 15-23.
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 73, 24-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>
- Scuffham, P. A. (2005). Nurse-led primary care clinics for the secondary prevention of heart disease appear cost-effective compared to usual care. Commentary. *Evidence-based cardiovascular medicine*, 9(3), 230-233.  
<https://europepmc.org/article/med/16380040>
- Sharma, S. K., Thakur, K., Kant, R., & Kalra, S. (2020). Nurse-Led diabetes clinics in Southeast Asia: scope, feasibility, challenges and facilitators. *J Diabetes Metab Disord Control*, 7(2), 47-51.
- Starfield, B. (1992). *Primary care : concept, evaluation and policy*. New York : Oxford University Inc.

- Swansberg,R.C. (1993). *Management And Leadership for Nurse Manager*. Jone and Bartlett Publishers.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma Ata, international conference on primary health care, Alma Ata, 6-12 September*. World Health Organization.
- Hakanson, C., Douglas, C., Robertson, J., & Lester, L. (2014). Evaluation of a rural nurse-led clinic for female sexual dysfunction. *Aust. J. Rural Health, 22*, 33–39. <https://doi.org/10.1111/ajr.12076>.
- Marshall, B., Floyd, S., & Forrest, R. (2011). Clinical outcomes and patients' perceptions of nurse-led healthy lifestyle clinics. *J. Prim. Health Care, 3*(1), 48–52. <https://doi.org/10.1071/HC11048>.
- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scand. J. Caring Sci, 30*, 349–355. <https://doi.org/10.1111/scs.12254>.
- Office of the National Economics and Social Development Council. (2016). *National Economic and Social Development Plan (12th Ed) 2017 -2021*. Bangkok: Prime Minister's Office (in Thai).



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

**กลุ่มที่1** กลุ่มคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลศาสตร์/สาธารณสุขศาสตร์/วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2) เป็นคณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย ประกอบด้วย

### 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลา ตันตโยทัย

#### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2517 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) เจริญเงิน มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2525 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540 พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน

คณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ สภากาพยาบาล  
ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

1. Tantayotai V, Aekplakorn W, Potisat S, Matte T. A community-based diabetes prevention programme in Thai population. World Guide to BRIDGES 2015. International Diabetes Federation. Brussels, Belgium, 2015. p 25.
2. Tantayotai V, Aekplakorn W, Potisat S, Matte T. A community-based diabetes prevention programme in Thai population. World Guide to BRIDGES 2014. International Diabetes Federation. Brussels, Belgium, 2014. p 22.
3. Tantayotai V, Aekplakorn W, Potisat S, Matte T. A community-based diabetes prevention programme in Thai population. World Guide to BRIDGES 2013. International Diabetes Federation. Brussels, Belgium, 2013. p 29.
4. Tantayotai V, Aekplakorn W, Potisat S, Matte T. A community-based diabetes prevention programme in Thai population. World Guide to BRIDGES 2012. International Diabetes Federation. Brussels, Belgium, 2012. p 63.
5. สมนึก กุลสถิตพร, ดารวัลย์ ศรีธัญรัตน์, วัลลา ตันตโยทัย, สิริเนตร กฤตยาวงศ์, สุนทรี นาคะเสถียร, วินัย ตะห์ลัน, เทพ หิมะทองคำ. พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาชุมชนเมืองบางคอแหลม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551,2(3):409-418.

## 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวหา เกษมสุข

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2548 ปริญญาตรี: พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553 ปริญญาโท: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2562 ปริญญาเอก: ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ศษ.ด) การศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนา มนุษย์

### ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน

คณะกรรมการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ

### ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

1. เวหา เกษมสุข, เสาวรส มีกุล, สุรัสวดี ไหวว่อง, นงนุช เพ็ชรรวง. (2564).แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมผ่านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพผสานการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย: กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 13-23.
2. เสาวรส มีกุล, เวหา เกษมสุข, อธิพัฒน์ ตันติวงศ์คุณากร , ชญาลักษณ์ ลีรักดิ์กาญจน์. (2563). สภาพและความต้องการรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพผสานการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา: มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(3), 453-462.

## 3) รองศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2546 ดุษฎีบัณฑิต Ph.D. Gerontological Nursing University of Iowa, USA

พ.ศ. 2549 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การร้กษาโรคเบื้องต้น) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553 ประกาศนียบัตรการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553 Certificate Risk Management & Patient Safety Workshop National Healthcare Group, Singapore

### ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน

คณะกรรมการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ สภาการพยาบาล

คณะกรรมการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ สภาการพยาบาล

### ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

1. นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2558). ประชากรผู้สูงอายุ: แนวโน้ม และประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)* (หน้า 1-18). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
2. Oral presentation: “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร” ในการประชุมวิชาการประจำปี 2552 วันที่ 20-22 มกราคม

2553 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ จัดโดยสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

3. นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (กองบรรณาธิการ). (2562). พยาบาลผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
4. Jitramontree, N. (2007). Exercise promotion: Walking in elders evidence-based protocol. In M.G. Titler (Series Ed.) (1st Revision), *Series on Evidence-Based Practice for Older Adults*. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.

#### 4) นายพูนชัย ไตรภูธร

##### ประวัติการศึกษา

1. พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา รุ่น 28
2. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) รุ่น 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ประกาศนียบัตรวิทยาการระบาดชุมชน รุ่น 4 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น

##### ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน

คณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ สภาการพยาบาล

#### 5) นางปิยพร ปิยจันทร์

##### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2529 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

พ.ศ. 2551 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา

##### ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน

พ.ศ. 2558 ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สปสช.

พ.ศ. 2560 - ปัจจุบัน ผู้อำนวยการ สำนักบริหารทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร สปสช.

คณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ สภาการพยาบาล



**กลุ่มที่ 2** กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลขึ้นไป และมีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง 2) เป็นผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**1) พ.จ.อ.หญิงปาริชาติ ชาญศรี**

**ตำแหน่ง**

ผู้ประกอบการปาริชาติคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์

**วุฒิการศึกษา**

พ.ศ. 2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต

**ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน**

พ.ศ. 2540 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

พ.ศ. 2558 ถึงปัจจุบัน พยาบาลเจ้าของคลินิกปาริชาติคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2561 เข้าร่วมโครงการคลินิกพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

**2) นางศิริภาณี ชาญวิทย์เจียมสกุล**

**ตำแหน่ง**

ผู้ประกอบการศิริภาณีคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

**วุฒิการศึกษา**

พ.ศ. 2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ. 2554 หลักสูตรอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน**

พ.ศ. 2563 - ถึงปัจจุบัน พยาบาลเจ้าของศิริภาณีคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2561 เข้าร่วมโครงการคลินิกพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

**3) นางนันทนา วรรณศิริ**

**ตำแหน่ง**

ผู้ประกอบการพรรณเวชคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

**วุฒิการศึกษา**

พ.ศ. 2511 ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์และอนามัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว

**ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน**

พ.ศ. 2554 พยาบาลเกษียณอายุราชการ

พ.ศ. 2554 - ถึงปัจจุบัน พยาบาลเจ้าของพรรณเวชคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2561 เข้าร่วมโครงการคลินิกพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

## 4) นายอาณัติ วรรณณา

## วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

พ.ศ. 2562 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยรังสิต  
**ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทำงานในปัจจุบัน**

พ.ศ. 2551 Para-Medic คลินิกนอกชายฝั่ง บริษัท อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เอสโอเอส เซอร์วิส  
 เซส (ประเทศไทย) จำกัด

พ.ศ. 2564 Co-founder H W Tech Company limited

พ.ศ. 2563 - ถึงปัจจุบัน พยาบาลเจ้าของฟัดชาคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2561 เข้าร่วมโครงการคลินิกพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

## 5) นางสาวจรงจิต พิทักษ์จิตต์อรุณ

## วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2534 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

พ.ศ. 2542 วิทยาลัยพยาบาล

## ตำแหน่ง

ผู้ประกอบการคลินิกจรงจิตการพยาบาลและการผดุงครรภ์

**กลุ่มที่ 3** กลุ่มนิตกร ซึ่งปฏิบัติงานสปสข. หรือสภากาการพยาบาล จำนวน 3 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ  
 ดังนี้ 1) มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป สาขาพยาบาลศาสตร์และ/หรือ สาขานิติศาสตร์/  
 เเนติบัณฑิต 2) มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งนิตกร ของสปสข. หรือสภากาการพยาบาล อย่างน้อย  
 3 ปี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

## 1) นายสิริคุณ เพ็ญศรี

## วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี นิติศาสตร์บัณฑิต และรัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

## ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้อำนวยการกอง ฝ่ายกฎหมายและคดี อยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
 ระยะเวลาการทำงาน 19 ปี

## 2) นางจรรยา ปานแก้ว

## วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ปริญญาโท นิติศาสตร์มหาบัณฑิต เอกกฎหมายมหาชน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

## ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้อำนวยการกอง ฝ่ายกฎหมายและคดี อายุงานใน สปสข. 15 ปี อายุงานในตำแหน่ง 2 ปี

### 3) นายพรหมมินทร์ หอมหวาน

#### ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (พยาบาลวิชาชีพ)

นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์ สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

ประกาศนียบัตรวิชาชีพนายความ

ประกาศนียบัตรชั้นสูงการบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชน (สถาบันพระปกเกล้า)

ประกาศนียบัตรชั้นสูงกฎหมายปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครองที่ ก.ศป. รับรอง (ศาลปกครอง)

#### ตำแหน่งปัจจุบัน

พ.ศ. 2546 นิติกร สำนักกฎหมาย สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2555 รองผู้อำนวยการ/ผู้อำนวยการสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2557 ผู้อำนวยการสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2562 ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมายการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

พ.ศ. 2563 – 1 ต.ค. 2564 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (ด้านกฎหมาย) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### วิจัย/งานวิชาการ

(1) การร้องเรียนแพทย์กรณีทุเรศปฏิบัติ : ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์ (พ.ศ. 2533-2540)

(2) ความสมดุลของประโยชน์สาธารณะกับสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

(3) ประสิทธิภาพการดำเนินงานตามกลไกการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น : กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**กลุ่มที่ 4** กลุ่มอาจารย์พยาบาล/นักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดบริการพยาบาล จำนวน 4 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทขึ้นไปในสาขาพยาบาลศาสตร์/บริหารการพยาบาล/สาธารณสุขศาสตร์ 2) เป็นอาจารย์หรือนักวิชาการที่มีประสบการณ์การสอนหรือการจัดบริการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3) มีผลงานวิชาการหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 1) รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

##### ตำแหน่ง

รองคณบดีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

##### การศึกษา

ปริญญาตรี(พยาบาลและผดุงครรภ์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาโท/เทียบเท่า(Nursing Administration) The University Of Washington

ปริญญาโท/เทียบเท่า(โภชนศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก/เทียบเท่า (Nursing) The University Of Washington

### ความเชี่ยวชาญ

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

1. Boonyaratkalin P.,Partiprajak S.,Piaseu N..(2020).Flood Preparedness Literacy and Behaviors in Community Dwelling Older Adults. Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2020.
2. ณัฐธยาน์ ปิ่นเมือง, สุทธิพร มุลศาสตร์,นพวรรณ เปี้ยชื่อ.(2563).การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงเชื้อชาติมอญในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 36,(2),108-121.
3. วรัญญา กมลคร, สุทธิพร มุลศาสตร์,นพวรรณ เปี้ยชื่อ.(2563).การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 36,(2),149-163.
4. ปวีณา นราศรี,สุกัญญา ตันติประสพลาภ,สิริรัตน์ สีลาจรัส,นพวรรณ เปี้ยชื่อ.(2563).Needs of Nursing for Prevention and Management of Non-Communicable Diseases in Primary Care Settings. The Bangkok Medical Journal 16,(2).

## 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราลีณา ทองศรี

ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมือง คณะ  
พยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

### การศึกษา

พ.ศ. 2547 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) การพยาบาล

พ.ศ. 2554 ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) สาธารณสุขศาสตร์

### ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ

1. กัญชรีย์ พัฒนา และ ปราลีณา ทองศรี. (2562). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนและบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน, (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. 133-140.
2. ปราลีณา ทองศรี และ อารยา เชียงของ. (2561). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน (บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด). 203-222.

### ความเชี่ยวชาญ

การวิจัยชุมชน การพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ประสบการณ์การทำงาน

พ.ศ. 255e;3 – ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์อำนวยการภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ และเวชศาสตร์เขตเมือง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

### 3) นางภัทริยา ใจผ่อง

#### ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

#### ประสบการณ์การทำงาน

ปัจจุบันปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลอนามัยโรงเรียน ศูนย์สาธารณสุข 46

#### การศึกษา

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ผลงานวิจัย

ภัทริยา ใจผ่อง, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุนีย์ ละกะปิ่น และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.33,(1),121-137.

### 4) นางสาวฤทัยรัตน์ หมูหนอง

#### ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ประสบการณ์การทำงาน ทำงานด้านอนามัยชุมชน 10ปี ศูนย์บริการสาธารณสุข4 ดินแดง

#### การศึกษา

ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ความเชี่ยวชาญ

- ประสบการณ์ด้านคลินิกยาเสพติด บำบัด Matrix programและ Methadone 1ปี
- ความเชี่ยวชาญ นำร่องโครงการ Long term care Project ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ร่วมกับ JICA Japan ระยะเวลา 5ปี
- อบรม train care manager ณ ประเทศญี่ปุ่น ระยะเวลา 1เดือน
- อบรมหลักสูตรMatrix program รุ่นที่ 1 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

#### ผลงานวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันการทกล้มด้วยการออกกำลังกายไทยสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอาคารสูง (ตีพิมพ์บทความวิจัย วารสารทหารบก ฉบับเดือนมกราคม 2565)

กลุ่มผู้รับบริการในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ 1) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) มารับบริการที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1. นายธีรศักดิ์ คำแก้ว	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
2. นางสาวพร สิมพลี	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
3. นายสมพร โหระกุล	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
4. นางพรรณนิภา กุทานี	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
5. นายภูธราศักดิ์ โสเรรัมย์	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
6. นางนิตยา เจริญผล	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
7. นายวรวรรณ พัฒนาจิราธนนท์	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
8. นางอัจฉรา อินทร์แก้ว	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
9. นายสมเกียรติ งานล้วน	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น
10. นางตะวัน ดำไธสง	ผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น



ที่ อว ๖๔.๑๓/ ๐๐๒๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายอาณัติ วรรณณา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับด้านการพยาบาลชุมชนและการประกอบการคลินิก เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูล จำนวน ๓ รอบ คือ รอบที่ ๑ การสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการฯ และ รอบที่ ๒ และ ๓ การตอบแบบสอบถามเพื่อหาความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดบริการฯ ที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดให้ความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๓๖๓  
ชื่อนิสิต นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ โทร. ๐๘-๙๔๓๙-๒๒๙๙







### Certificate of Completion

National Research Council of Thailand (NRCT) and Forum for Ethical Review Committee in Thailand (FERCIT)

Certify that

## Vanlapa Arannapoom

Has completed the ON-LINE RESEARCH ETHICS TRAINING

Course หลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย

Date approved  
(07/01/2564)

Date expired  
(07/01/2567)

(Dr. Wiparat De-ong)  
Deputy Executive Director  
Acting Executive Director  
National Research Council of Thailand



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

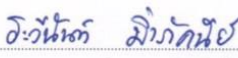
COA No. 223/2564

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 171.1/64 : การศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for  
International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในคน (มคจค.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย  
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม   
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัดคนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม   
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีพันธ์ มิ่งภักดิ์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 พฤศจิกายน 2564

วันหมดอายุ : 8 พฤศจิกายน 2565

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- เลขที่โครงการวิจัย 171.1/64
- 1) โครงการวิจัย - 9 พ.ย. 2564
- 2) ผู้วิจัย - 8 พ.ย. 2565
- 3) เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 4) แนวคำถาม

## เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
- โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระดัต่อไป
- คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
- สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับการดำเนินการวิจัย

AF 03-06

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนาม  
เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววัลภา อธิษณะภูมิ)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....



ลงชื่อโครงการวิจัย 171-1/64

- 9 พ.ย. 2564

วันที่รับรอง - 8 พ.ย. 2565

วันที่มอบให้.....

V4.02563

AF 03-06

## เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษารูปแบบการจัดการบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

ชื่อผู้วิจัย นางสาววัลภา อริญนะภูมิ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ 131/5 ถนนขาว เขตดุสิต แขวงจวฬวชิรพยาบาล กรุงเทพฯ 10300

(ที่บ้าน) 1/4 ม.6 ต.วัดโทร อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2416500

โทรศัพท์มือถือ 089-4392299 E-mail : Ulzzang\_hub@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เนื่องจากท่านเป็นผู้รับบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ ทำขึ้นเพื่อศึกษารูปแบบการจัดการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น กรุณาใช้เวลาอ่านอย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน

## 1. เหตุที่ต้องทำการวิจัยและเหตุผลที่ต้องการศึกษา

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นชื่อเรียก คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ เริ่มดำเนินการในวันที่ 1 เมษายน 2562 เป็นต้นมา ในระยะแรกเป็นโครงการพัฒนารูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นำร่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และในปัจจุบันได้มีการขยายเครือข่ายคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปยังเขตจังหวัดใหญ่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียง และภาคอีสาน จากผลการประเมินโครงการฯ การให้บริการในระยะแรกของทั้ง 5 คลินิกนำร่องโดยสภาการพยาบาล พบว่าปัญหาว่าการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน การให้บริการ และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการเชิงรับในคลินิก แต่ยังไม่มีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้รับบริการในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตามที่คณะทำงานสปสช. และสภาการพยาบาลกำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษารูปแบบการจัดการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดการบริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่สอดคล้องกับนโยบายของสปสช. และความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้วิจัยเชิงอนาคต เทคนิค EDRF ของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2559) เพื่อรวบรวมความคิดที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ ใช้กรอบแนวคิดเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1) ขอบเขตและกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2) การจัดการบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขพื้นที่ 3) การให้บริการในหน่วยบริการ



วันที่โครงการวิจัย 171.1/64  
วันที่รับรอง - 9 พ.ย. 2564  
วันที่รับรอง - 8 พ.ย. 2565  
นายแพทย์

AF 03-06

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายในปี 2564 โดยการลบไฟล์ข้อมูลการบันทึกเสียงอย่างถาวร และทำลายเอกสารการบันทึกภาคสนามทั้งหมด

7. ประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะสามารถนำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการกำหนดรูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อแนวทางกำหนดขอบเขตและกิจกรรมพยาบาลในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นตามขอบเขตวิชาชีพและข้อกำหนดของสภาการพยาบาลร่วมกับสปสช. และเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น รองรับการขยายตัวของโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไปทั่วภูมิภาค และผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

8. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจอึดอัดหรือรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

9. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ และคณะกรรมการการวิจัยในคนเท่านั้น

10. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น แต่จะมีของที่ระลึกเป็นกระเป๋าผ้า ซึ่งจะได้รับของที่ระลึกในการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียวเท่านั้น และหากกรณีที่มีการสัมภาษณ์แบบพบหน้า ผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึก (กระเป๋าผ้า) ให้กับท่านโดยส่งไปรษณีย์ไปพร้อมกับแบบสอบถามรอบ 2

11. หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านว่ายังสมัครใจจะเป็นงานวิจัยต่อไปหรือไม่

12. หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th



171 1/64  
 ในที่รับรอง..... - 9 พ.ย. 2564  
 - 8 พ.ย. 2565  
 วันหมดอายุ.....

AF 03-06

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนาม  
เข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววิไลลา อธิษณะภูมิ)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....



เลขที่โครงการวิจัย

171-1/64

- 9 พ.ย. 2564

วันที่รับรอง

- 8 พ.ย. 2565

ในนามของ

V4.0/2563

รหัสผู้เชี่ยวชาญ.....

ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่1  
เรื่อง การศึกษารูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สัมภาษณ์เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....  
สถานที่.....

แบบสัมภาษณ์ รอบที่1

สภาการพยาบาลร่วมกับ สปสช. ได้จัดตั้งโครงการพัฒนาคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วย  
บริการร่วมในการให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพใน  
ระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึงและเข้าถึงได้ง่าย โดยแบบสอบถามนี้ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของ  
ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเกี่ยวกับรูปแบบบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยวิธีการสัมภาษณ์  
ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามมีทั้งหมด 2 ข้อ ดังนี้

1. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่ารูปแบบการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชน  
อบอุ่น ประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ใช้  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับปฐมภูมิ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. การจัดการบริการในด้านดังกล่าว ควรมีการย่อย ละเอียดอะไรบ้าง

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

เลขที่โครงการวิจัย 171.1/64  
วันที่รับรอง - 9 พ.ย. 2564  
วันหมดอายุ - 8 พ.ย. 2565









รหัสผู้เชี่ยวชาญ.....

## แบบสอบถาม รอบที่ 1

## เรื่อง การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

สัมภาษณ์เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

สถานที่.....

## แบบสัมภาษณ์ รอบที่ 1

สภาการพยาบาลร่วมกับ สปสช. ได้จัดตั้งโครงการพัฒนาคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นหน่วยบริการร่วมในการให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึงและเข้าถึงได้ง่าย โดยแบบสอบถามนี้ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามมีทั้งหมด 2 ข้อ ดังนี้

1. จากประสบการณ์การของท่าน ท่านคิดว่าการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับปฐมภูมิ

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

2. การจัดบริการในด้านดังกล่าว ควรมีกิจกรรมบริการย่อย อะไรบ้าง

.....  
 .....  
 .....  
 .....

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....  
 .....  
 .....

## แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่2

### เรื่อง การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ข้อมูลในรอบที่1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถามในแต่ละด้าน เพื่อประกอบการศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยมีขอบเขตทั้งหมด 5 ด้าน และมีกิจกรรมพยาบาล 69 กิจกรรม ดังนี้

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| (1) ด้านการให้บริการในคลินิก   | กิจกรรมพยาบาล 35 กิจกรรม |
| (2) ด้านการให้บริการในชุมชน  | กิจกรรมพยาบาล 21 กิจกรรม |
| (3) ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย  | กิจกรรมพยาบาล 4 กิจกรรม  |
| (4) ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ  | กิจกรรมพยาบาล 4 กิจกรรม  |
| (5) ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ<br>ที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ | กิจกรรมพยาบาล 5 กิจกรรม  |

เมื่อท่านได้พิจารณาแล้วกรุณาให้ท่านโปรดทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านต่อการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมาย ดังนี้

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| มากที่สุด (5) หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวมากที่สุด |
| มาก (4) หมายถึง       | ท่านมีความคิดเห็นว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวมาก       |
| ปานกลาง (3) หมายถึง   | ท่านมีความคิดเห็นว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวปานกลาง   |
| น้อย (2) หมายถึง      | ท่านมีความคิดเห็นว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวน้อย      |

น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่า การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาล  
ชุมชนรอบอุ่มนั้นมีความสำคัญตามข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด

หากท่านคิดเห็นว่าแต่ละข้อความ ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียด  
ในช่องข้อเสนอแนะ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้จะทำการวิเคราะห์และรายงานผลเป็น  
ภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างชื่อบุคคลในครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ใน  
การตอบแบบสอบถามและเพื่อความเที่ยงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรอบที่2  
และรอบที่3 ควรเป็นระยะเวลาที่ไม่ห่างกันมากนัก จึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามรอบที่2  
ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์



ขอแสดงความนับถือ

วัลภา อรัญนะภูมิ

ผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่2

**เรียน** ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย

ดิฉัน นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคต เทคนิคแบบ EDFR ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่1 และในครั้งนี้เป็นารตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่2 ซึ่งเป็นการให้น้ำหนักคะแนนความสำคัญของการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ในแต่ละด้าน โดยนำเนื้อหาจากแบบสอบถามรอบที่1 มาสร้างเป็นข้อคำถาม

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ และขออน้อมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความกรุณาส่งแบบสอบถามคืนเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของงานวิจัย และขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ

131/5 ถนนขาว เขตดุสิต แขวงวชิรพยาบาล กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์มือถือ 089-439-2299 E-mail : Ulzzang\_hub@hotmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทรศัพท์ 092-516-965

## แบบสอบถามรอบที่ 2

ข้อ	การให้บริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1	<p>ด้านการให้บริการในคลินิก</p> <p>1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ</p> <p>1.1.1 ส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก โดย...</p> <p>1) บริการให้วัคซีนแก่เด็กแต่ละวัย</p> <p>2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</p> <p>3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</p> <p>4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่นๆ ที่เป็นภัยร้าย</p> <p>1.1.2 ส่งเสริมสุขภาพผู้ใหญ่ โดย...</p> <p>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน</p> <p>2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก</p> <p>3) บริการให้วัคซีนผู้ใหญ่ เช่น ไข้หวัดใหญ่</p> <p>4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำ</p>						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความถี่เห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร						
	5) ตรวจสอบการมองเห็นด้านสตรี รวมถึงการตรวจตาตามด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง						
	<b>1.1.3 ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ โดย...</b>						
	1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก						
	2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคแม่แทบอลิก						
	3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
	4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ						
	5) บริการให้สูขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น						
	<b>1.1.4 บริการการคัดกรอง</b>						
	1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร และให้ความรู้ในการวางแผนครอบครัว รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม						
	2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งแรก, การฝากครรภ์ครั้งต่อไป, การตรวจ Glucose challenge test (GCT) และการตรวจ Oral glucose tolerance test						



ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด						
	<b>1.2 บริการป้องกันโรค</b>						
	<b>1.2.1 บริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย</b>						
	1) บริการป้องกันโรคภัยทากรก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล						
	2) บริการป้องกันโรคภัยที่ติดเชื้อ-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล						
	3) บริการป้องกันโรคภัยรุ่น โดยให้คำแนะนำเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์						
	4) บริการป้องกันโรคภัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล						
	5) บริการป้องกันโรคภัยสูงอายุ โดย การปรับพฤติกรรมใน กลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรค เบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล						
	<b>1.3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น</b> โดยเน้นการบรรเทาอาการ การดูแลของโรค และการปฐมพยาบาล						
	1.3.1 บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ						
	1.3.2 การตรวจร่างกายตามอาการและสภาพเหตุการณ์เจ็บป่วย						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	<p>1.3.3 บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บออกจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น</p> <p>1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p><b>1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ</b></p> <p>1.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อความพิการ/ การเจ็บป่วย</p> <p>1.4.2 ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล</p> <p>1.4.3 สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง</p>						
2	<p><b>ด้านการให้บริการในชุมชน</b> โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุขในสุข</p> <p><b>2.1 การเยี่ยมบ้าน</b> โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ</p> <p><b>2.1.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness)</b> เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน</p> <p><b>2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน</b> เช่น ครรภ์เป็นพิษ, ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว</p>						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความถี่เห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	<p><b>2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดย...</b></p> <p>1) การประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p> <p>2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยา อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น</p> <p>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</p> <p>4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ใ้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย</p> <p>5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p>						
	<p><b>2.1.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) โดย...</b></p> <p>1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p> <p>2) ประเมินความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและผู้ดูแล</p>						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
	4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอดสาคิธการใส่ NG tube feedings, การใช้ Walker, การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น						
	5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ประเมินได้ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ						
	6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล โดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล						
	7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล						
	<b>2.1.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities)</b> เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) เป็นต้น โดย... 1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม 2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้ปรกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ 3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว 4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การ						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	<p>พยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้</p> <p>5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว</p>						
3	<p><b>ด้านบริการส่งผู้ป่วย</b></p> <p>3.1 ประสิทธิภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดความสามารถในการดูแล</p> <p>3.2 ประสิทธิภาพการส่งต่อไปรับการรักษา เมื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือการฆ่าตัวตาย</p> <p>3.3 ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3.4 ประสิทธิภาพการประสานงานกับศูนย์สาธารณสุขเพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง</p>						
4	<p><b>ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ</b></p> <p>4.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น</p>						

ชื่อ	การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
	<p>4.2 ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน</p> <p>4.3 ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code</p> <p>4.4 เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p>						
5	<p><b>ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ</b></p> <p>5.1 วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ</p> <p>5.2 สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ</p> <p>5.3 ฝึกระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</p> <p>5.4 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในชุมชน</p> <p>5.5 รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โคโรนา-19 , ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย</p>						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

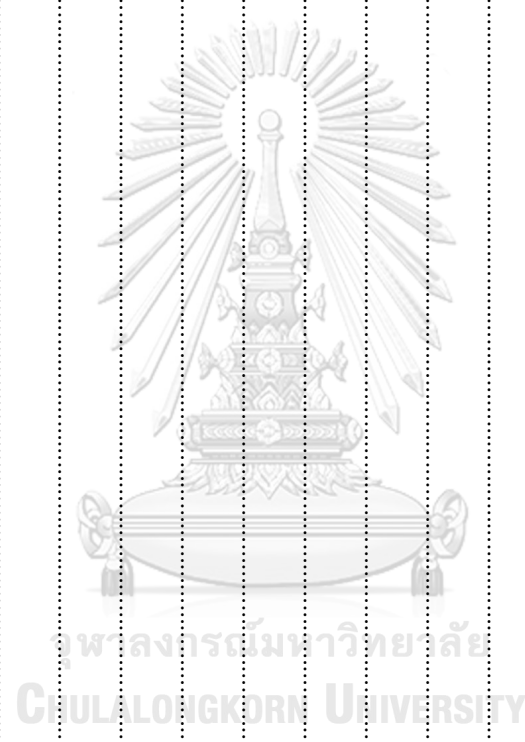
.....

.....

.....

.....

.....



ตารางข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 ที่ต้องปรับปรุงข้อกำหนดรายด้านแสดงในตาราง

ด้านการให้บริการในคลินิก

ข้อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
1.1	<p>บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ</p> <p>1.1.1 ส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก โดย...</p> <p>1) บริการให้วัคซีนแก่เด็กแต่ละวัย</p> <p>2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</p> <p>3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย</p> <p>4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่นๆที่จำเป็นแก่วัยรุ่น</p> <p>1.1.2 ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นใหญ่ โดย...</p> <p>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน</p>	<p>ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)</p> <p>1) บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EP) แก่เด็กแต่ละวัย</p> <p>ข้อคำถามคงเดิม</p> <p>ข้อคำถามคงเดิม</p> <p>ข้อคำถามคงเดิม</p> <p>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน</p>	<p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็นบริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ละวัย ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็น คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรค</p>



ชื่อ	รอบที่2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	<p>2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก</p>	<p>2) ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก</p>	<p>เมตาบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอื่น ในรอบที่ 3</p>
	<p>3) บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ เช่น ไข้หวัดใหญ่</p>	<p>3) บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอใบแพทย์วิชาชีพ เช่น ไข้หวัดใหญ่</p>	<p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกในรอบที่ 3</p>
	<p>4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น บริการให้วัคซีนในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขอใบแพทย์วิชาชีพ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ในรอบที่ 3</p>
	<p>5) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี รวมถึงให้สอนตรวจเต้านม เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>
<p><b>1.1.3 ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ โดย...</b></p>	<p>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก</p>	<p>1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิก</p>	<p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2</p>

ชื่อ	รอบที่2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
			ปรับข้อความเป็น คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรค แม่ทบอติก ในรอบที่ 3
ตาบอดติก	2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรค ตาบอดติก	2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรค ตาบอดติก	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม ภาวะโรคแม่ทบอติก ในรอบที่ 3
ประจำวัน	3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ	4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ	4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือ ประเมินตามแนวทาง CGA	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น บริการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือประเมินตามแนวทาง CGA ในรอบที่ 3
5) บริการให้สุขภาพศึกษา ความรู้ และ คำแนะนำด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น	5) บริการให้สุขภาพศึกษา ความรู้ และ คำแนะนำด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิต

ชื่อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
			ผู้สูงอายุตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิต แนะนำ ในรอบที่ 3
	<p><b>1.1.4 บริการการผดุงครรภ์</b></p> <p>1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา การวางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร และให้ความรู้ในการวางแผนครอบครัว รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม</p> <p>2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งแรก, การฝากครรภ์ครั้งต่อไป, การตรวจ Glucose challenge test (GCT) และการตรวจ Oral glucose tolerance test</p> <p>3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซีมีเศร้าหลังคลอด</p>	<p>ชื่อคำถามเดิม</p> <p>1) ดูแลระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา การเตรียมพร้อมมีบุตร รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม</p> <p>2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ตั้งครรถ์ปกติ) ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อคำถาม ในรอบที่ 3</p> <p>ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็น คู่มือระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ในรอบที่ 3</p>
		ชื่อคำถามเดิม	<p>ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ตั้งครรถ์ปกติ) ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็นครรถ์ที่มีความเสี่ยง ในรอบที่ 3</p>
		ชื่อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อคำถาม ในรอบที่ 3

ชื่อ	รอบที่2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
1.2	<p><b>บริการป้องกันโรค</b></p> <p><b>1.2.1 บริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย</b></p> <p>1) บริการป้องกันโรควัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล</p> <p>2) บริการป้องกันโรควัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล</p> <p>3) บริการป้องกันโรควัยรุ่น โดยให้คำแนะนำเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>4) บริการป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล</p>	<p>ข้อความเดิม</p> <p>ข้อความเดิม</p> <p>1) บริการป้องกันโรควัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2) บริการป้องกันโรควัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>3) บริการป้องกันโรควัยรุ่น โดยให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>4) บริการป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีน</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรควัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรควัยหัดเดิน-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรควัยรุ่น โดยให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรควัยรุ่น โดยให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบที่ 3</p> <p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ เป็น บริการป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรควัยผู้ใหญ่ตาม</p>

ชื่อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	<p>5) บริการป้องกันโรคร้ายสูงอายุ โดย การ ปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล</p>	<p>ป้องกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึง การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>5) บริการป้องกันโรคร้ายสูงอายุ โดย การปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ การให้วัคซีนป้องกันโรคร้ายสูงอายุตามแนวทางที่กำหนด</p>	<p>ฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางที่ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึง การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรอบที่ 3</p> <p>ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการป้องกันโรคร้ายสูงอายุ โดยการปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคร้ายสูงอายุตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในรอบที่ 3</p>
1.3	<p><b>บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น</b> โดยเน้นการบรรเทาอาการ การดูแลของโรค และการปฐมพยาบาล</p>	<p><b>1.3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นฉบับ</b> <b>ของสภากาชาด</b>ว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ หมวด ๑ บททั่วไป</p>	<p>ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2</p> <p>ปรับข้อความเป็น บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามข้อบังคับของสภากาชาดว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ หมวด ๑ บททั่วไป ในรอบที่ 3</p>
	1.3.1 บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

ชื่อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	1.3.2 การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	1.3.3 บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น	1.3.3 บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ปรับข้อความเป็น บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น ในรอบที่ 3
	1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ	1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล 2564	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ปรับข้อความเป็น 1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล 2564 ในรอบที่ 3
	<b>1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ</b>	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	1.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	1.4.2 ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่หลังจากกลับจากโรงพยาบาล	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	1.4.3 สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง	ข้อคำถามเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข

ชื่อ	รอบที่2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
2.1	<p>การเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ</p> <p>2.1.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness) เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน</p> <p>2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ, ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมให้เลี้ยงดูด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว</p> <p>2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดย...</p> <p>1) การประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p>	<p>ข้อคำถามเพิ่มเติม</p> <p>ข้อคำถามเพิ่มเติม</p> <p>ข้อคำถามเพิ่มเติม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p> <p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>
		<p>ข้อคำถามเพิ่มเติม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>

ชื่อ	รอบที่2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	<p>2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตาม การเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น</p>	<p>2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตามการ เจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การ บริหารร่างกาย เป็นต้น</p>	<p>ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแล ตนเอง ตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินใน ผู้ป่วยเบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น ในรอบ ที่ 3</p>
	<p>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</p>	<p>ข้อความคงเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p>
	<p>4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการ เจ็บป่วย</p>	<p>ข้อความคงเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p>
	<p>5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p>	<p>ข้อความคงเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p>
	<p><b>2.1.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะไร้ ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) โดย...</b> 1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแล ตนเองของ</p>	<p>ข้อความคงเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ในรอบที่ 3</p>



ชื่อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	ผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม		
	2) ประเมินความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและผู้ดูแล	ข้อคำถามคงเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ข้อคำถามคงเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใส่ NG tube feeding, การใช้ Walker, การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น	4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ปรับข้อความเป็น ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใช้ Walker, การบริหารร่างกาย เป็นต้น ในรอบที่ 3
	5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ประเมินได้ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	ข้อคำถามคงเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล	ข้อคำถามคงเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
	7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล	ข้อคำถามคงเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

ชื่อ	รอบที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญปรับปรุง (รอบที่ 3)	หมายเหตุ
	<p><b>2.1.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities)</b> เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) เป็นต้น โดย...</p> <p>1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>
	<p>2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>
	<p>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>
	<p>4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้</p> <p>5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างอำนาจแก่ครอบครัว</p>	<p>ข้อคำถามเดิม</p>	<p>ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3</p>

## 3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย

ข้อ	รอบที่2	หมายเหตุ
3.1	ประสานงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดความสับสนในการดูแล	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
3.2	ประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษา เมื่อประเมินผู้พบว่ามีความเสี่ยงสูง หรือการขาดความ	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
3.3	ประสานงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหาไปยังหน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับแหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
3.4	ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุขเพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง	ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่2 ปรับข้อความเป็น ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุขและ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง ในรอบที่ 3

## 4. ด้านการใช้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ข้อ	รอบที่2	หมายเหตุ
4.1	ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, เอกสารให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

ข้อ	รอบที่2	หมายเหตุ
4.2	ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็นการเยี่ยมปกติที่บ้าน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
4.3	ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
4.4	เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

#### 5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านบริการและชุมชนของผู้รับบริการ

ข้อ	รอบที่2	หมายเหตุ
5.1	วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
5.2	สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
5.3	เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
5.4	ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3
5.5	รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19 , ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถาม ในรอบที่ 3

### แบบสอบถาม รอบที่3

#### เรื่อง การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

##### คำชี้แจง

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่3 นี้มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ดังนี้

ประการที่1 เพื่อให้ท่านผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นถึงการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ได้เพิ่มเติมจากแบบสอบถามรอบที่2 ซึ่งได้รวบรวมจากข้อเสนอแนะของท่านผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยนี้

ประการที่2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำคำตอบที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่2 มาพิจารณาอีกครั้งว่าท่านยังมีความคิดเห็นเช่นเดิมหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

3. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดตอบให้ครบทุกข้อในกรณีที่มีความคิดเห็นของท่านรอบนี้อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 24 คน ผู้วิจัยใคร่ขอรับความกรุณาให้ท่านเขียนลงในช่องเหตุผล เพื่อผู้วิจัยจะได้รวบรวมนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยต่อไป

##### คำชี้แจงค่าที่เสนอในแบบสอบถาม

1. ค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ ได้จากการนำข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่2 มาวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่2 ใช้สัญลักษณ์กากบาท (X)

- 1.2 ค่ามัธยฐาน (Median) ซึ่งเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน ใช้สัญลักษณ์

จุดกลม ( ● )

### การแปลค่ามัธยฐานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Md)

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ (Median/Md) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความดังกล่าวเป็นการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่มีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน	4.50-5.00	=	ระดับมากที่สุด
ค่ามัธยฐาน	3.50-4.49	=	ระดับมาก
ค่ามัธยฐาน	2.50-3.49	=	ระดับปานกลาง
ค่ามัธยฐาน	1.50-2.49	=	ระดับน้อย
ค่ามัธยฐาน	1.00-1.49	=	ระดับน้อยที่สุด

1.3 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range : IR) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมแต่ละข้อเป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คนที่มีต่อการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ใช้สัญลักษณ์ ( $\longleftrightarrow$ )

### การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Q3 – Q1 / IR)

ค่า  $IR \leq 1.5$  หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

ค่า  $IR > 1.5$  หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน มีความคิดไม่เห็นสอดคล้องกัน

2. การนำค่าที่เป็นคำตอบของท่าน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่วิเคราะห์จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาเสนอในแบบสอบถามรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ เพื่อให้ท่านได้ทราบว่าความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน โดยนำค่าที่เป็นคำตอบของท่านมาพิจารณาว่าอยู่ในขอบเขตหรือนอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งใช้สัญลักษณ์  $\longleftrightarrow$

2.1 ในกรณีค่าที่เป็นคำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน

2.2 ในกรณีค่าที่เป็นคำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 คน

ตัวอย่างที่1 ความคิดเห็นที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความสำคัญ					คำตอบของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ	
	5	4	3	2	1	MD	IR
<b>ด้านบริการพยาบาลในคลินิก</b> 1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ ข้อเสนอแนะ..... ..... ..... .....		●	X			4.75	0.25
		↔					
			✓				

### การแปลความหมาย

ในข้อ 1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ ค่ามัธยฐาน (MD) เท่ากับ 4.35 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.65 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการให้บริการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นรูปแบบการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และคำตอบของท่านในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ท่านได้ให้ความคิดเห็น เท่ากับ 3 (X) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขต ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนการตอบแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงไว้ซึ่งความคิดเห็นในระดับที่ 3 ท่านจึงได้ใส่เครื่องหมาย ( ✓ ) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขต ท่านไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลประกอบ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ความคิดเห็นที่**ไม่สอดคล้อง**กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

รูปแบบการจัดบริการพยาบาล คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความสำคัญ					คำตอบของ กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ	
	5	4	3	2	1	MD	IR
<b>ด้านการบริการพยาบาลในคลินิก</b>  <b>2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับ</b> <b>โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ ศูนย์บริการ</b> <b>สาธารณสุข</b> ข้อเสนอแนะ..... ..... .....			●	←→	X   ✓	4.74	0.26

#### การแปลความหมาย

ในข้อ 2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข มีค่ามัธยฐาน (MD) เท่ากับ 4.74 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เท่ากับ 0.26 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่**ไม่สอดคล้อง**กันว่า "ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข" มีระดับความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น**สอดคล้อง**กัน การบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นการ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และคำตอบในรอบที่ 2 ของท่านได้ให้ความคิดเห็น เท่ากับ 1 (X) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขต ←→ ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนการตอบ แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงไว้ซึ่งความคิดเห็นใน ระดับที่ 1 ท่านจึงได้ใส่เครื่องหมาย ( ✓ ) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขต **ในกรณีนี้โปรดให้เหตุผล ประกอบด้วยว่าเพราะเหตุใดท่านจึงให้ความคิดเห็นในระดับ 1 ค่ะแน**



### ชี้แจงเหตุผลประกอบ

หมายเหตุ :

1. กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย X ข้อความของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ตอบคำถามข้อนั้น
2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยข้อความ "คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิมกรุณาให้เหตุผลด้วยสีแดง เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น"



**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

**เรียน**

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR ซึ่งประกอบด้วยการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านแล้วในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ซึ่งเป็นรอบสุดท้าย สำหรับจุดมุ่งหมายของการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ซึ่งเป็นรอบสุดท้ายของการวิจัยนี้ เพื่อให้ท่านได้ทราบภาพรวมของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา และพิจารณาทบทวนคำตอบของท่านเอง ในรอบนี้ท่านอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมได้ โดยผู้วิจัยได้แสดงความสอดคล้องของแต่ละรายการจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ของผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านด้วยการระบุค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ที่คำนวณได้และแสดงคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา เพื่อประกอบการพิจารณาดังกล่าว

ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ และขออน้อมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความกรุณาส่งแบบสอบถามนี้คืนภายใน 2 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถามเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบของพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว หรือสามารถนำส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 รอบ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ

131/5 ถนนขาว เขตดุสิต แขวงวชิรพยาบาล กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์มือถือ 089-439-2299 E-mail : Ulzzang\_hub@hotmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร 092-516-965

**แบบสอบถามรอบที่ 3**  
**เรื่อง การจัดการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น**

การจัดการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	Md	IR	
<b>ด้านที่ 1 ด้านการให้บริการในคลินิก</b> <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	● ↔					4.75	0.25	
<b>1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ</b> <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	● ↔					4.75	0.25	
<b>1.1.1 ส่งเสริมสุขภาพวัยเด็ก</b> 1) บริการให้วัคซีนพื้นฐานตาม (EPI) แก่เด็กแต่ละวัย <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	● ↔ X					4.75	0.15	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
2) ประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละวัย <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	● ↔ X					4.71	0.29	
3) ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแต่ละวัย	● ↔					4.71	0.27	

การจัจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	Md	IR	
ข้อเสนอแนะ..... .....	X							
4) ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (NCD) หรืออื่นๆ จำเป็นแก่วัยรุ่น ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↕ X					4.71	0.29	
<b>1.1.2 ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นใหญ่ โดย...</b> 1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↕ X					4.70	0.3	
2) ให้ความสำคัญการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↕ X					4.71	0.29	ปรับค่า/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
3) บริการให้คำปรึกษาในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและ ขอพบผู้เชี่ยวชาญ เช่น ใช้เวทีใหญ่ ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↕ X					4.63	1.43	ปรับค่า/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ

การจั้บริการพยาบาลคลินิภพยาบาลชุมชนอบอุ้น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ	
	5	4	3	2	1			
<p>4) ประเมินภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้คำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ข้อเสนอแนะ..... .....</p> <p>5) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี รวมถึงให้สอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	● ↕ X					Md 4.71	0.29	
<p>1.1.3 ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ โดย... 1) คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมแทบอลิก ข้อเสนอแนะ..... .....</p> <p>2) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมแทบอลิก ข้อเสนอแนะ..... .....</p> <p>3) คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	● ↕ X					Md 4.70	0.3	
	● ↕ X					Md 4.70	0.3	ปรับค่า/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
	● ↕ X					Md 4.68	0.31	ปรับค่า/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
	● ↕ X					Md 4.74	0.26	

การ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
<p>4) บริการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องมือประเมินตามแนวทาง CGA</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p>	●					4.73	<p>ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ</p>
	X	↔					
<p>5) บริการให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ ในผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โภชนาการ และการรับประทานยา เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p>	●					4.71	
	X	↔					
<p>6) บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามเครื่องมือประเมินที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p>	●					4.68	<p>ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ</p>
	X	↔					
<p>1.1.4 บริการการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>1) ดูแลระยะก่อนการตั้งครรภ์ โดยบริการให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัว การเตรียมพร้อมมีบุตร รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p>	●					4.68	<p>ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ</p>
	X	↔					

การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
2) บริการฝากครรภ์ (ANC) ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งต่อไป (ตั้งครรภ์ปกติ) ถัดจากครั้งที่1 ที่ไปพบแพทย์แล้ว เฉพาะในรายที่ไม่เป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยง ข้อเสนอแนะ.....	●	↔				Md	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
	X					IR	
3) บริการดูแลระยะหลังคลอด-ติดตามสุขภาพแม่และเด็ก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ข้อเสนอแนะ.....	●	↔				4.65	0.86
	X					0.86	
1.2 บริการป้องกันโรค ข้อเสนอแนะ.....	●	↔				4.71	0.29
	X					0.29	
1.2.1 บริการป้องกันความเสี่ยงตามกลุ่มวัย ข้อเสนอแนะ.....	●	↔				4.71	0.29
	X					0.29	
1) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยทารก เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค ใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคมะเร็งที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด	●	↔				4.65	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
	X					0.65	

การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
<p>ข้อเสนอนี้.....</p> <p>.....</p> <p>2) บริการป้องกันสำหรับโรคภัยที่ติดเชื้อ-วัยเรียน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และ วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>กำหนด</p> <p>ข้อเสนอนี้.....</p>	<p>●</p> <p>X</p> <p>↔</p>					<p>ปรับค่า/ข้อความ</p> <p>จากข้อเสนอแนะ</p> <p>ของผู้เชี่ยวชาญ</p>	
<p>3) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยรุ่น โดยให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>ข้อเสนอนี้.....</p>	<p>●</p> <p>X</p> <p>↔</p>					<p>ปรับค่า/ข้อความ</p> <p>จากข้อเสนอแนะ</p> <p>ของผู้เชี่ยวชาญ</p>	
<p>4) บริการป้องกันโรคสำหรับวัยผู้ใหญ่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางการกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>ข้อเสนอนี้.....</p> <p>.....</p>	<p>●</p> <p>X</p> <p>↔</p>					<p>ปรับค่า/ข้อความ</p> <p>จากข้อเสนอแนะ</p> <p>ของผู้เชี่ยวชาญ</p>	



การ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
5) บริการป้องกันโรคภัยสู่สุขภาพ โดย การปรับพฤติกรรมในกลุ่มภาวะ โรคเมแทบอลิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในโรคเบาหวาน เป็นต้น และ บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการให้วัคซีนป้องกันโรคตาม แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ข้อเสนอแนะ..... .....	● X↔					4.67	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
1.3 บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลด้วยข้อจำกัด และเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ หมวด ๑ บททั่วไป ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↕					4.74	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
1.3.1 บริการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ ข้อเสนอแนะ..... .....	● X↔					4.74	
1.3.2 การตรวจร่างกายตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย ข้อเสนอแนะ..... .....	● X↔					4.73	

การจั้บริการพยาบาลคลินิภพยาบาลชุมชนบอดูน	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
<p>1.3.3 บริการการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งการรักษ ของแพทย์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น ข้อเสนอแนะ.....</p>	● ↔ X					Md 4.67	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
<p>1.3.4 บริการวินิจฉัยแยกโรคหรือปัญหาของผู้รับบริการ ตามข้อบังคับสภาการ พยาบาลฯ 2564 ข้อเสนอแนะ.....</p>	● ↔ X					4.68	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ
<p>1.4 บริการฟื้นฟูสุขภาพ ข้อเสนอแนะ.....</p>	● ↔ X					4.71	
<p>1.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค โรคประจำตัวที่มีผลต่อ คุณภาพการเจ็บป่วย ข้อเสนอแนะ.....</p>	● ↔ X					4.71	
<p>1.4.2 ฟื้นฟูสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่ หลังจากกลับจากโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะ.....</p>	● ↔ X					4.68	0.31

การจั้บริการพยาบาลคลินิภพยาบาลชุมชนอบน	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
..... 1.4.3 สอนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และสอนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↔ X					Md 4.71 IR 0.29	
2. ด้านการให้บริการในชุมชน โดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↔ X					4.74 0.26	
2.1 การเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↔ X					4.74 0.26	
2.1.1 กลุ่มสุขภาพดี (Wellness) เน้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จัดทำโครงการร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน ข้อเสนอแนะ..... .....	● ↔ X					4.70 0.33	ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ

การให้บริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
.....							
<p><b>2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Postpartum blue เป็นต้น โดยติดตามการเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และให้ความรู้การวางแผนครอบครัว</b></p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b>.....</p>	●	↔				4.73	0.27
<p><b>2.1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดย...</b></p> <p>1) การประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b>.....</p>	●	↔				4.74	0.26
<p>2) ฝึกทักษะผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ตามการเจ็บป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน, การบริหารร่างกาย เป็นต้น</p>	●	↔				4.74	0.26
	X						ปรับคำ/ข้อความ จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	Md	IR	
ข้อเสนอแนะ ..... .....								
3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.70	0.3	
4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.71	0.29	
5) ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.71	0.29	
2.1.4 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) โดย...	●							

การจั้บริการพยาบาลคลินิภยบาลชุมชนอบน	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
<p>1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้รับบริการครอบครัว ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	↔ X					4.74	0.26
<p>2) ประเมินความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยของ ผู้รับบริการและผู้ดูแล ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	● ↔ X					4.73	0.27
<p>3) ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ใ้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	● ↔ X					4.74	0.26
<p>4) ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใช้ Walker, การบริหาร ร่างกาย เป็นต้น ข้อเสนอแนะ..... .....</p>	● ↔ X					4.73	0.27

ปรับค่า/ข้อความ  
จากข้อเสนอแนะ  
ของผู้เชี่ยวชาญ

การ จัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	Md	IR	
5) ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆตามปัญหาที่ประเมินได้ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ข้อเสนอแนะ..... ..... .....	●	↔				4.73	0.27	
6) ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้รับบริการและผู้ดูแล เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลโดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล ข้อเสนอแนะ..... ..... .....	●	↔				4.74	0.26	
7) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Burden) ของผู้ดูแล ข้อเสนอแนะ..... ..... .....	●	↔				4.73	0.27	
<b>2.1.5 กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการรุนแรง (Long term extreme disabilities)</b> เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) เป็นต้น โดย... 1) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ครอบคลุม ปัญหาในการดูแล รวมถึงประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม	●	↔				4.73	0.27	

การจิตบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น		ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
<p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>2) ประเมินความรู้และความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสอนทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>3) ประเมินความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ผู้ดูแล และครอบครัว</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้รับบริการและผู้ดูแล และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>5) การให้ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ครอบครัว</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p>		●					4.73	0.27	
		●					4.73	0.27	
		●					4.73	0.27	
		●					4.73	0.27	



การจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
3. ด้านบริการส่งต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ.....	● ↔ X					Md 4.74	0.26
3.1 หน่วยงานเครือข่ายกับหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่เกิดความสามารถในการดูแล ข้อเสนอแนะ.....	● ↔ X					4.74	0.26
3.2 หน่วยงานเพื่อส่งต่อไปรับการบำบัด เมื่อประเมินผู้พบว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือ การฆ่าตัวตาย ข้อเสนอแนะ.....	● ↔ X					4.74	0.26
3.3 หน่วยงานเพื่อส่งต่อผู้รับบริการในชุมชนที่มีปัญหา ไปยังหน่วยบริการที่ รับผิดชอบในพื้นที่ที่ผู้รับบริการพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงประสานงานกับ แหล่งชุมชนต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะ.....	● ↔ X					4.74	0.26
3.4 หน่วยงานกับศูนย์สาธารณสุข และ รพ.สต. เพื่อส่งข้อมูลผู้รับบริการก่อนและ หลังเยี่ยมบ้าน รวมถึงให้การดูแลต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ.....	● ↔ X					4.74	0.26

ปรับคำ/ข้อความ  
จากข้อเสนอแนะ  
ของผู้เชี่ยวชาญ

การจั้บบริการพหยาบาลคณินภพยาบาลชุมชนอบอุณ	ระดับความคืดเห็น					ความคืดเห็น ผู้เชียวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
<b>4. ด้านการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ</b> <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... 4.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่หลากหลายช่องทาง เช่น Line application, แอปสาร์ ให้ความรู้ต่างๆ ผ่าน QR code เป็นต้น <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... 4.2 ให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งถัดไปด้วย application โดยครั้งแรกจะเป็น การเยี่ยมปกติที่บ้าน <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... 4.3 ให้บริการส่งข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการผ่าน application และ QR code <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... 4.4 เก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	● ◄ X					Md 4.67 4.65 4.65 4.67 4.67 4.63	0.33 0.52 0.57 0.33 0.6

การจั้บริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
	5	4	3	2	1		
5. ด้านการให้บริการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและชุมชนของผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					Md 4.73	IR 0.27
5.1 วางแผนป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อตามปัญหาของผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.73	0.27
5.2 สอนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้รับบริการ ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.74	0.26
5.3 เฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.68	0.31
5.4 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.68	0.31
5.5 รายงานสถานการณ์การระบาดของเชื้อที่สำคัญในชุมชน เช่น โควิด-19 , ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อเสนอแนะ.....	● ↕ X					4.70	0.3

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาววัลภา อรัญนะภูมิ
วัน เดือน ปี เกิด	13 มิถุนายน 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ เข้าศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จบการศึกษาปี พ.ศ. 2558



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY