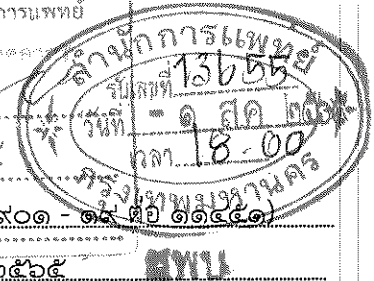




# บันทึกข้อความ

สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์  
 สำนักงานแพทย์ ส่วนพัฒนาบุคลากร  
 ชั้นที่ 6986  
 ชั้น ๑ ส.ค. ๒๕๖๕  
 โทร. ๐ ๒๓๒๘ ๖๕๐๑ - ๑๕ ต่อ ๑๑๕๕๑



ส่วนราชการ โรงพยาบาลสิรินธร (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐ ๒๓๒๘ ๖๕๐๑ - ๑๕ ต่อ ๑๑๕๕๑)

ที่ กท ๐๖๑๒/ ๕๖๕๕๑ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ข้าราชการขอรายงานผลการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์

- ๑ ส.ค. ๒๕๖๕

ตามหนังสือสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ที่ กท ๐๔๐๑/๕๖๖ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อนุมัติให้ นางสาวจิราภา คชวัฒน์ ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทุนประเภท ๒ (ทุนส่วนตัว) ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๑ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ นางสาวจิราภา คชวัฒน์ ได้เข้ารับการศึกษาดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการลาศึกษาดังกล่าว ตามแบบรายงานที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางรัตนา มูลนางเดียว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
 กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนพัฒนาบุคลากร  
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร  
 สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานแพทย์  
 - ๒ ส.ค. ๒๕๖๕

สมพรศรี นาคะเนนเขต ๒๖/๗



<https://shorturl.asia/gDzPZ>

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๕๐๑/๕๖๖

ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

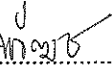
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวจิราภา คชวัฒน์

ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัด กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์

ได้รับอนุมัติให้ลาศึกษาในประเทศ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี หลักสูตรประกาศนียบัตร ในวิชาชีพเวชกรรม  
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การบริหารแบบปรับระดับระครอง ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัย มหิตล โดยทุนประเภท ๒ (ทุนส่วนตัว) ใช้เวลาราชการมีกำหนด ๑ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม  
๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ.
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว  
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น  
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ..... จ.ท. น. .....ผู้รายงาน  
(นางสาวจิราภา คชวัฒน์)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล จิราภา คชวัฒน์

อายุ ๓๑ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ให้บริการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และให้บริการ  
ส่งต่อเยี่ยมบ้านแก่ศูนย์บริการสาธารณสุข

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบ  
ระดับประคอง

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการ  
วิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

สถานที่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการ  
บริหารแบบประคอง

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์ แพทย์ที่จบการฝึกอบรบประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง ต้องมีคุณสมบัติและมีความรู้ความสามารถดังต่อไปนี้

### ด้านความรู้

๑. อธิบายความรู้ด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน สรีรวิทยา พยาธิวิทยา และเภสัชวิทยาคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
๒. บอกนิยามและหลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๓. บอกข้อบ่งชี้ในการให้การดูแลรักษาหรือจัดการอาการต่างๆที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทั้งการดูแลที่เป็นการใช้ยา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การแพทย์ทางเลือก และแบบผสมผสาน และวิธีการดูแลอื่นๆที่จำเป็น โดยอ้างอิงจากเวชปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine)
๔. อธิบายความรู้ทางด้านกฎหมายและหลักการทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๕. บอกหลักการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต (Impending death and peri-death management)
๖. บอกรูปแบบของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมในแต่ละบริบท เช่น ในโรงพยาบาล ที่บ้าน(Home ward) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) การดูแลด้วยเครือข่ายภายในชุมชน รวมทั้งวิธีการส่งต่อระหว่างระบบบริการและการจัดการทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

### ด้านทักษะ

๑. ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถวินิจฉัยโรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคอง
๒. ดูแลปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จนกระทั่งเสียชีวิต โดยเป็นการบูรณาการทั้งการดูแลที่เป็นการใช้ยา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การแพทย์ แบบผสมผสาน และวิธีการดูแลอื่นๆที่จำเป็น รวมทั้งให้การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ
๓. สื่อสารกับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้เป็นอย่างดี เพื่อให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพ เป้าหมาย และความคาดหวังในการดูแลของผู้ป่วยหรือครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาของตนเอง รวมทั้งเพื่อวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต
๔. สื่อสาร ประสานการทำงาน และวางแผนการดูแลร่วมกับสมาชิกของทีมสหวิชาชีพอื่น เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านสุขภาพ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และบริบททางสังคมที่ต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย
๕. ประยุกต์ใช้ระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น อาสาสมัคร องค์กรท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ ฯลฯ เข้ามามีส่วนร่วมหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

๖. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือครอบครัวที่บ้านหรือในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
๗. ให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพและประชาชนทั่วไปในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ระยะระดับประคอง
๘. ประเมิน ติดตาม และดูแลสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีภาวะเศร้าโศก รวมทั้งสามารถทำงานประสานกับจิตแพทย์หรือวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามดูแลครอบครัว หรือผู้ดูแลที่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้อย่างเหมาะสม
๙. ประยุกต์ใช้ความรู้และหลักการที่สำคัญทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นรากฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
๑๐. ใช้สารสนเทศเพื่อการแพทย์อย่างเหมาะสม

#### ด้านเจตคติ

๑. มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน และผู้ร่วมงาน สหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพและกฎหมาย
๒. มีนิสัยใฝ่เรียนรู้ ค้นคว้า เพื่อพัฒนาตนเอง

#### ๒.๒ เนื้อหา

ความรู้พื้นฐานและการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

๑. สามารถอธิบายสรีระวิทยา และพยาธิสภาพ ของโรคมะเร็ง และกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง ในการดูแลระดับประคอง
๒. เกสัชวิทยาในผู้ป่วยระดับประคอง สามารถบรรยาย
  - ๒.๑ บอกรักษาข้อบ่งชี้ของการให้ยา (indications)
  - ๒.๒ เกสัชวิทยาทางคลินิก (clinical pharmacology)
  - ๒.๓ การเปลี่ยนช่องทางการให้ยา (alternate routes)
  - ๒.๔ การปรับเปลี่ยนชนิดยา โดยที่ยังออกฤทธิ์เท่าเทียมกัน (equianalgesic conversions)
  - ๒.๕ การปรับเพิ่มขนาดยาอย่างเหมาะสม (appropriate titration)
  - ๒.๖ พิษของยา (toxicities)
  - ๒.๗ การจัดการผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์ (management of common side effects for opioids)
  - ๒.๘ การจ่ายยากลุ่มโอปิออยด์อย่างเหมาะสม, ติดตามผลการรักษา และการจัดการพิษจากการใช้ยาโอปิออยด์เรื้อรัง, การรักษาภาวะอาการปวดฉุกเฉิน (opioid prescribing, monitoring of treatment outcomes and toxicity management in chronic, urgent and emergency pain conditions)
  - ๒.๙ การบริหารยากลุ่มโอปิออยด์ในแต่ละสถานที่ที่ดูแล เช่น บ้าน, โรงพยาบาล, สถานที่พักฟื้นผู้ป่วย เป็นต้น (role of opioid prescribing for pain control in different clinical settings)
  - ๒.๑๐ ความหมายและคำจำกัดความของ ภาวะติดยา (addiction), ภาวะติดยาลวง (pseudoaddiction), ภาวะพึ่งพิงยา (dependence) และภาวะดื้อยา (tolerance)
  - ๒.๑๑ การเข้าถึงยาโอปิออยด์ (opioid accessibility and availability)
  - ๒.๑๒ ข้อบ่งชี้, เกสัชวิทยาทางคลินิก, ทางเลือกช่องทางการให้ยา, การปรับยา อย่างเหมาะสม, พิษวิทยา และการจัดการผลข้างเคียงของยา ดังนี้
    - พาราเซตามอล (Acetaminophen)

- แอสไพริน(Aspirin)
  - ยาต้านอักเสบ(NSAIDs)
  - สเตียรอยด์ (Corticosteroids)
  - ยากันชัก (anticonvulsant)
  - ยาด้านเศร้า (anti-depressants)
  - ยาจิตเภท (anti-psychotics)
  - ยาถ่าย(laxative)
  - ยาชาเฉพาะที่ (local anesthetics) ที่ใช้ทั้งสำหรับอาการปวด และไม่ใช้อาการปวด
- ๒.๑๓ ปฏิกริยาระหว่างยา (drug interactions) ในผู้ป่วยประคับประคอง

๓. แนวคิดและหลักการของการดูแลประคับประคอง

- ๓.๑ เข้าใจความหมายของภาวะจำกัดการมีชีวิต, ภาวะที่อันตรายถึงชีวิต (life-limiting and life-threatening illness.)
- ๓.๒ อธิบายคำจำกัดความ องค์ประกอบสำคัญ และปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง
- ๓.๓ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของการดูแลประคับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายถึงชีวิตในทุกระยะของโรค
- ๓.๔ อธิบายบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง

๔. การประเมินอย่างองค์รวม (Comprehensive assessments)

- ๔.๑ เข้าใจระดับของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และหนทางการรวบรวมข้อมูล จากการศึกษาประวัติ, ตรวจร่างกาย, ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม
- ๔.๒ อธิบายข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบ ของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทางการดูแลประคับประคอง ได้แก่
- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
  - Palliative Performance Scale (PPS)
  - Delirium screening tools etc.
- ๔.๓ แสดงให้เห็นถึงการประเมินอย่างองค์รวม ในแต่ละระดับของการดูแล ตั้งแต่ การเยี่ยมบ้าน (home visit), หอผู้ป่วยที่บ้าน (home ward), หอผู้ป่วยใน (inpatient unit visit), ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (outpatient clinic visit), สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice)
- ๔.๔ แสดงการประเมินอย่างสม่ำเสมอ และวางแผนการดูแลรักษา อันประกอบไปด้วยแผนการดูแลในปัจจุบัน และแผนสำหรับในอนาคต โดยอาศัยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) โดยประเมิน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา และความต้องการส่วนบุคคล
- ๔.๕ รับรองว่าผู้ป่วยทุกคนได้รับการประเมินอย่างรวม (holistic) ทั้งในด้าน
- ข้อมูลภูมิหลัง (Background information)
  - สุขภาวะทางกาย และสถานะตัวโรคในปัจจุบัน (Current physical health/disease status)
  - การพยากรณ์โรค (Prognostication)
  - สุขภาวะทางสังคม อาชีพ (Social/occupational well-being)
  - สุขภาวะทางใจและ อารมณ์ (Psychological and emotional well-being)
  - สุขภาวะทางด้านศาสนา และจิตวิญญาณ (Religion and/or spiritual well-being)

- วัฒนธรรมและวิถีชีวิต
- เป้าหมายและการลำดับความสำคัญในชีวิต
- ความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ความต้องการของครอบครัว เพื่อน
- การประเมินผู้ดูแล (caregiver assessments)

๔.๖ มีส่วนช่วยในการประเมินของสหสาขาวิชาชีพ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

- อธิบายการประเมินด้านการดูแลระดับประคองในผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป

#### ๕. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

๕.๑ เข้าใจความสำคัญของภาวะทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม (รวมทั้งความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลง ในครอบครัว) จิตวิญญาณ ที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับประคอง

๕.๒ การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ช่วยพัฒนาให้เกิดแผนการดูแล โดยมีสมดุระหว่าง การรักษาตัวโรค การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๕.๓ นำแผนที่ได้ข้างต้นมาใช้ประกอบแผนการรักษา และมีการติดตามแผนดังกล่าวเป็นระยะ

๕.๔ ตระหนักถึงสิ่งที่มีคุณค่าของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงสิ่งที่ค้างค้ำของผู้ป่วยที่ยังทำไม่สำเร็จ ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (unfinished business)

๕.๕ ตระหนักและให้การสนับสนุนครอบครัว ในฐานะผู้ดูแล โดยพยายามหาว่ามีบุคคลใดในครอบครัวมีโอกาสหมดไฟ หรือมีความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วย

๕.๖ พัฒนากลยุทธ์ภายในทีมผู้ดูแล เพื่อจัดการปัญหา ความขัดแย้งในครอบครัว

#### ๖. โรคหรือภาวะที่สำคัญและพบได้บ่อย

##### ๖.๑ การจัดการอาการ (Symptom palliation)

๖.๑.๑ มีความระมัดระวังว่าอาการสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากตัวโรค, การรักษา, ผลข้างเคียงจากตัวโรคอื่นๆ เช่น ภาวะซีมีเคร้า ภาวะวิตกกังวล โรคทางจิตเวช อื่นๆ

๖.๑.๒ เข้าใจการรับรู้อาการ และการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาของตัวผู้ป่วย

๖.๑.๓ เข้าใจสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการเลือกวิธีการดูแลรักษา

๖.๑.๔ สามารถอธิบาย สาเหตุ (etiology), พยาธิสภาพ (pathophysiology), อาการร่วมอื่นๆ, วินิจฉัยความแตกต่างในแต่ละกลุ่มอาการ ทั้ง อาการปวด และกลุ่มอาการที่ไม่ใช่ปวด ดังต่อไปนี้

- อาการปวดอย่างองค์รวม (“Total pain”)
- อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea)
- อาการเบื่ออาหารและขาดสารอาหาร (Anorexia and cachexia)
- ภาวะอ่อนล้า อ่อนเพลีย (Asthenia/Fatigue)
- อาการคลื่นไส้/อาเจียน (Nausea and vomiting)
- อาการท้องผูก/ท้องเสีย (Constipation and diarrhea)
- เยื่อในช่องปากอักเสบ (Mucositis, Thrush)
- อาการสะอึก (Hiccup)

- อาการคัน (Pruritus)
- อาการสับสน (Delirium)
- ภาวะท้องมาน มีน้ำในช่องท้อง (Malignant ascites and effusion)
- การจัดการอาการในช่วงก่อนเสียชีวิต (Impending death and peri-death management)
- การดูแลแผลมะเร็ง (Malignant wound care)

๖.๑.๕ อธิบายการจัดการและระดับตัวเลือกรักษา เช่น การใช้และการไม่ใช้ยา (both pharmacological and non-pharmacological) โดยมีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ (evidence-based practice).

๖.๑.๖ ช่องทางการบริหารยาทางการดูแลประคับประคอง ได้แก่

- ทางปาก (Oral)
- ทางหลอดเลือดดำ (Intravenous)
- ทางใต้ผิวหนัง (Subcutaneous)
- ทางใต้ลิ้น (Sublingual)
- ทางทวารหนัก (Rectal routes)

๖.๑.๗ การปรับเปลี่ยนชนิดของยาโอปิออยด์ (Opioid rotation/switching)

๖.๑.๘ อธิบายหน้าที่และข้อบ่งชี้ของการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา เช่น การผ่าตัด, การฉายแสง, การให้สารอาหาร, การทำกายภาพ, การรักษาทางเลือกอื่นๆ, การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ

๖.๑.๙ แสดงให้เห็นถึงวิธีการพยากรณ์โรคในการดูแลประคับประคอง และนำมาปรับใช้ในคนไข้แต่ละคน

๖.๑.๑๐ ระบุข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญดูแลทั้ง อาการปวด และไม่ใช้ อาการปวด โดยสามารถร่วมดูแลด้วยกันได้อย่างเหมาะสม

๖.๑.๑๑ สามารถให้คำนิยามของอาการที่จัดการได้ยาก (refractory symptoms) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการจัดการอาการโดยวิธีการทำให้หลับ (palliative sedation)

๖.๑.๑๒ อธิบายบทบาทของ palliative sedation ในการจัดการอาการ โดยมีข้อบ่งชี้ในการทำอย่างเหมาะสม

๖.๑.๑๓ อธิบายข้อขัดแย้ง และข้อสนับสนุนทางจริยธรรมของ palliative sedation ในผู้ป่วยประคับประคอง

๖.๑.๑๔ อธิบายวิธีการทำ palliative sedation ได้อย่างเหมาะสม เช่น การเลือกยา, วิธีการให้ยา, ขนาดยา, การปรับยา, ช่องทางการให้ยา

๖.๒ ภาวะฉุกเฉินในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care emergencies)

๖.๒.๑ อธิบายสาเหตุ (etiology), พยาธิสภาพ (pathophysiology), อาการที่เกี่ยวข้อง (associated symptoms and signs), การวินิจฉัย (diagnosis), การรักษา (treatment) ภาวะดังต่อไปนี้

- ภาวะอาการปวดเฉียบพลัน (Pain crisis)
- ภาวะการกดทับของไขสันหลัง (Spinal cord compression)
- ภาวะการกดทับของทางเดินหายใจ (Airway obstruction)
- ภาวะลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction)
- ภาวะเลือดไหล (Bleeding)



- ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia)
- ภาวะชัก (Seizure)
- ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (SVC obstruction)

๖.๒.๒ อธิบายการจัดการ และจัดลำดับตัวเลือกในการรักษา ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ในภาวะฉุกเฉินในการดูแลระดับประคอง

๖.๒.๓ ระบุข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลต่อ ในภาวะฉุกเฉิน ในการดูแลระดับประคอง

๖.๓ การจัดการอาการในช่วงใกล้เสียชีวิต (Impending death and peri-death management)

๖.๓.๑ สัญญาณและอาการในช่วงใกล้เสียชีวิต (signs and symptoms of impending death)

๖.๓.๒ จัดหาการประเมินและการจัดการอาการในช่วงใกล้เสียชีวิต อย่างเหมาะสม

๖.๓.๓ อธิบายผลดีและผลเสีย ของการติดตามและการรักษาในช่วงท้ายของชีวิต เช่น การให้สารอาหาร (nutritional support), การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (parenteral fluid), การให้ยาในการรักษา (pharmacological treatments)

๖.๓.๔ การยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลสภาพจิตใจ

๖.๓.๖ เตรียมครอบครัว, ผู้ดูแล, บุคคลากรทางสุขภาพ สำหรับการตายของผู้ป่วย

๖.๓.๖ ตระหนักถึงความสำคัญของพิธีกรรม และความเชื่อทางศาสนา ก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว และช่วยอำนวยความสะดวก

๖.๓.๗ ให้การสนับสนุนและดูแลสมาชิกในครอบครัวทันทีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และภายหลังการเสียชีวิต

๗. การดูแลสภาพจิตใจ (Psychological care)

๗.๑ สามารถอธิบายหลักการ การแก้ไขปัญหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน (Coping styles), การกลไกการป้องกันตัวเอง (Psychological defenses), และการพัฒนาลำดับขั้นของความตึงเครียดในจิตใจ รวมถึงการประเมินและจัดการ (Developmental stages relevant to the evaluation and management of psychological distress)

๗.๒ แสดงให้เห็นถึงการให้คำปรึกษาเพื่อประคองจิตใจ (supportive counseling) รวมทั้งเสริมกำลัง ทักษะการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย (coping skills)

๗.๓ อธิบายวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (basic science), ระบาดวิทยา(epidemiology), ลักษณะทางคลินิก (clinical features), สาเหตุ(natural course), ระยะ(stages), และการจัดการภาวะโศกเศร้าแบบปกติ และผิดปกติ (normal and pathologic grief.)

๗.๔ อธิบายวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (basic science), ระบาดวิทยา(epidemiology), ลักษณะทางคลินิก (clinical features), สาเหตุ(natural course), ระยะ(stages), และการจัดการภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้ป่วยระดับประคอง

๗.๕ จัดหาการประเมิน และการจัดการ อาการทางจิตใจของผู้ป่วยระดับประคอง โดยพิจารณา ทั้งการพยากรณ์โรค, ความปรารถนาของผู้ป่วย, ความสามารถในการดูแลของสถานพยาบาล นั้นๆ

๗.๖ สามารถดูแลความโศกเศร้าให้แก่ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยหลังการเสียชีวิตได้อย่างเหมาะสม

## ๘. ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)

๘.๑ การสื่อสารกับผู้ป่วย, ครอบครัว, และเพื่อนของผู้ป่วย เกี่ยวกับความกังวลถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต และมีการให้ข้อมูล ให้การสนับสนุน โดยใช้หลักการที่ถูกต้องในสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

- การฟังแบบตั้งใจ (Active listening)
- การฟังแบบไม่ตัดสิน (Non-judgmental and respect)
- มีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)
- การสะท้อนความ (Reflection)
- การร่วมมือกับผู้อื่น (Collaborative)
- การสนับสนุน (Supportive)

๘.๒ การใช้คำพูดที่เป็นทักษะในการสื่อสาร (verbal communication skills) เช่น

- การให้ชื่ออารมณ์ ความรู้สึก (Naming)
- การให้คำยืนยัน (Affirmation)
- การทำให้เป็นเรื่องปกติ (Normalization)
- การสะท้อนความ (Reflection)
- การใช้เทคนิคเงียบ (Silence)
- การฟัง (Listening)
- การเปิดเผยตัวเอง (Self-disclosure)
- การใช้อารมณ์ขัน อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (Humor in an effective and appropriate manner)

๘.๓ การใช้การแสดงออกทางร่างกายที่เป็นทักษะในการสื่อสาร (non-verbal communication skills)

- การสัมผัสร่างกาย (Touch)
- การใช้สายตา (Eye contact)
- การใช้ท่าทางของร่างกายแบบเปิดเผย (Open posture)
- พยายามอยู่ในระดับสายตา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร (Eye-level approach in an effective and appropriate manner)

๘.๔ สามารถแปลผลแต่ละชนิดของการสื่อสารได้ เช่น คำพูด, ท่าทาง, ความเป็นทางการ, ความไม่เป็นทางการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม

๘.๕ เข้าถึงความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรับข้อมูล ทั้งปริมาณและเนื้อหา ซึ่งจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

๘.๖ เข้าถึงความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Decision-making capacity) รวมทั้งจุดแข็งและข้อจำกัด ในการทำความเข้าใจและการสื่อสารของผู้ป่วยและครอบครัว

๘.๗ อธิบายข้อบ่งชี้ในการส่งต่อให้กับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อที่จะประเมินความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

๘.๘ การให้ข้อมูลที่มีรูปแบบชัดเจน ไม่ว่าจะป็นคำพูดหรือการเขียนให้เหมาะกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วย

๘.๙ ปรับการใช้ภาษาให้เหมาะกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

๘.๑๐ ควรตระหนักถึงอำนาจของตนเอง ก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว

๘.๑๑ สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกของตัวเองหลังจากพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว หรือต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

๘.๑๒ พัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่องที่ยาก หรือสถานการณ์ที่ซับซ้อน เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น

- การบอกข่าวร้าย (Breaking bad news)
- การปกปิดความจริง (Dealing with conspiracy of silence)
- การพูดคุยประเด็น ความต้องการที่ไม่สมเหตุผล การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ในช่วงท้ายของชีวิต (wishes for inappropriate or “futile” care at the end-of life) – การพูดคุยประเด็น ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อารมณ์ เมื่อพูดการตาย หรือภาวะใกล้ตาย
- การนำประชุมครอบครัว (Family meeting)
- การพูดคุยเป้าหมายการรักษา รวมทั้งการเปลี่ยนถ่ายจากการรักษาโรคให้หายขาด เป็นการดูแลแบบประคับประคองแทน (Setting goals of care and facilitating transition from a curative and/or life prolonging focus to palliative care)
- การสื่อสารการพยากรณ์โรค (Communicating prognosis)
- การพูดคุยแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning)
- การหาแนวทางแก้ไขความขัดแย้ง (Conflict resolution)
- การพูดคุยถอนเครื่องพยุงชีพ และการจัดการอาการโดยวิธีการทำให้หลับ (Discussion on withdrawal of life-sustaining therapies and palliative sedation)
- การพูดคุยกับเด็ก ในประเด็นการเสียชีวิตของผู้ปกครอง

#### ๙. การดูแลด้านสังคม และจิตวิญญาณ (Social and spiritual care)

๙.๑ ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต

๙.๒ ตระหนัก และสนับสนุน ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย

๙.๓ พยายามค้นหาบุคคลในครอบครัวที่มีโอกาส หมัดไฟหรือทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วย

๙.๔ พัฒนากลยุทธ์ภายในทีมบุคลากร เพื่อจัดการความขัดแย้งในครอบครัว

๙.๕ ตระหนักถึงความต้องการของเด็ก เมื่อมีผู้ปกครองหรือญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวเจ็บป่วยหนัก หรือใกล้เสียชีวิต รวมทั้งจัดหาทีมที่ให้ปรึกษาและมีการส่งต่ออย่างเหมาะสม

๙.๖ ตระหนักถึงขอบเขต ข้อห้ามทางวัฒนธรรม การให้คุณค่า ของผู้ป่วยและครอบครัว

๙.๗ พยายามสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีโอกาสแสดงออกถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม โดยไม่ตัดสินและให้ความเคารพ

๙.๘ รวมความต้องการด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนาเข้ามาอยู่ในแผนการรักษาของผู้ป่วย

#### ๑๐. จริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมาย

๑๐.๑ อธิบายกฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับการจ่ายยาโอปิออยด์

๑๐.๒ ตระหนักและเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องการวางแผนล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will)

๑๐.๓ สนับสนุนอิสรภาพในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Foster patients' autonomy) โดยยังรักษาสมดุลกับจริยธรรมทางการแพทย์ในข้ออื่นๆเช่น การทำประโยชน์ (Benevolence), การไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) และความยุติธรรม (Justice) (level ๔)

๑๐.๔ ใช้ความรู้ด้านจริยธรรมทางการแพทย์ และกฎหมายในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งใช้พิจารณาประเด็นที่พิเศษในการดูแลระดับประคอง

- ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent)
- การเก็บรักษาความลับ (Confidentiality)
- การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ (Decision-making capacity)
- การตัดสินใจของ เด็ก วัยรุ่น วัยชราที่มีภาวะสมองเสื่อม (Decision-making for children and adolescents, and older patients with dementia)
- การบอกความจริง (Truth-telling)
- การถดถอยเครื่องพยุงชีพ หรือการรักษา (Withholding life-sustaining treatment)
- การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (Medical futility)
- การให้สารน้ำและสารอาหาร (Use of artificial hydration and nutrition)
- การจัดการอาการโดยการทำให้หลับ (Use of palliative sedation)
- การทำการุณยฆาต (Physician-assisted suicide and Euthanasia)
- หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (Principle of double effect)
- การบริจาคอวัยวะ (Organ donation)
- ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflicts of interest)

๑๑. การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค (Disease specific palliative care)

๑๑.๑ โรคมะเร็ง (Cancers)

๑๑.๑.๑ ทราบถึงการแสดงของตัวโรค และการรักษาของโรคมะเร็งที่พบบ่อย รวมไปถึง ระบาดวิทยา, การประเมินโรค, การพยากรณ์โรค, การรักษา, รูปแบบ การกระจายไปอวัยวะต่างๆ, ภาวะฉุกเฉิน, ภาวะแทรกซ้อน, อาการที่เกี่ยวข้อง, การจัดการอาการที่ไม่สุขสบาย

๑๑.๑.๒ อธิบายบทบาทของการรักษามะเร็งแบบประคับประคองได้ เช่นการให้เคมีบำบัด แบบประคับประคอง (palliative chemotherapy), การฉายแสงแบบ ประคับประคอง (palliative radiotherapy), การผ่าตัด (surgical interventions) และการรักษาผลข้างเคียง

๑๑.๒ โรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (Non-cancer diseases)

อธิบายหลักการและหน้าที่ของการดูแลแบบประคับประคองในในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่ มะเร็งที่มีอันตรายต่อชีวิต เช่น โรคไต (Renal diseases), โรคปอด (Pulmonary diseases), โรคหัวใจ (Cardiac diseases), โรคทางระบบประสาท (Neurological diseases), โรคตับ (Liver diseases) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)

๑๑.๓ การดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุ (Geriatric palliative care)

๑๑.๓.๑ สามารถอธิบายประเด็นที่พบได้บ่อยในการดูแลประคับประคองในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยาที่แตกต่างจากวัยอื่น

๑๑.๓.๒ ระบุเคสที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหา สมองเสื่อม

- ๑๑.๓.๓ สามารถจ่ายยาทางการรักษาแบบประคับประคองให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
- การทำงานของไตที่ลดลง, ความไวของระบบประสาทต่อยาที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น
    - ผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจรุนแรงได้มาก หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน, สมรรถนะที่ถดถอย, การใช้ยาร่วมกันหลายตัว
    - ปฏิกริยาระหว่างยา (Drug-drug interactions)

๑๑.๔ การดูแลประคับประคองในเด็ก (Pediatric palliative care)

๑๑.๔.๑ สามารถอธิบายประเด็นที่พบได้บ่อยในการดูแลประคับประคองในเด็ก เนื่องจากมีลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยาที่แตกต่างจากวัยอื่น และการพัฒนาการตามช่วงวัย

๑๑.๔.๒ ให้การดูแลรักษาตัวโรค และความโศกเศร้าและการสูญเสีย ได้อย่างเหมาะสมตามช่วงวัย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตัวเอง

๑. มีทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยประคับประคองได้อย่างแม่นยำ และเหมาะสม

๒. ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายของชีวิต ให้ผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้าน ร่างกาย, จิตใจ, สังคม, จิตวิญญาณ

๓. ได้ทักษะในการสื่อสารเคสที่ยาก มีปัญหาหรือความขัดแย้งในครอบครัว

๔. มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในทุกกลุ่มโรค และทุกช่วงวัย อีกทั้งยังสามารถดูแลครอบครัว และผู้ดูแลของผู้ป่วยอีกด้วย

๕. ฝึกการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถจัดจ้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลได้

๒. ช่วยลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และลดอัตราการครองเตียงที่ไม่จำเป็น

๓. เป็นที่ปรึกษา ในแง่การจัดการอาการ คุยแผนการรักษา ดูแลต่อเนื่องและส่งต่อให้กับทุกแผนกในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๔. สามารถดำเนินการวิจัยหรือร่วมทำวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

๕. ถ่ายทอดความรู้ให้กับ บุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษาแพทย์ สหวิชาชีพ

๒.๓.๓ อื่น ๆ

๑. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการทำงาน และสามารถสื่อสารกับผู้ร่วมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. มีความสามารถสื่อสารให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงเคารพในการตัดสินใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๓. มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพการดูแลประคับประคองระดับประเทศ ที่ยังขาดแคลนอย่างมากในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เนื่องด้วยสถานการณ์โควิด ๑๙ ทำให้กระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในค่อนข้างมาก ไม่สามารถทำการประชุมครอบครัวได้อย่างเต็มที่ และไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ในช่วงครึ่งปีแรกของการศึกษาด้วยข้อจำกัดของการระบาด ทั้งนี้ทางภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดีได้ปรับเปลี่ยนการตรวจผู้ป่วยนอกและการเยี่ยมบ้านเป็นระบบตรวจทางไกลแทน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและให้กระทบต่อการเรียนน้อยที่สุด

๓.๒ การพัฒนา

ในระยะเวลา ๑ ปีที่ข้าพเจ้าได้ไปศึกษาต่อด้านการดูแลระดับประคอง ข้าพเจ้าได้มีโอกาสดูงานทั้งในระบบโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลทั่วไปในต่างจังหวัด พบว่ามีระบบการดูแลระดับประคองที่ชัดเจน มีศูนย์ดูแลแบบเป็นรูปธรรม และมีบุคลากรอย่างพอเพียงกับภาระงาน ซึ่งยังแตกต่างจากโรงพยาบาลในสำนักแพทย์ค่อนข้างมาก ด้วยความรู้และทักษะที่ข้าพเจ้าได้เรียนมา สามารถนำมาปรับใช้และจะใช้สร้างระบบการดูแลแบบประคองในโรงพยาบาลสิรินธรได้เป็นอย่างดี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากสาขาการดูแลระดับประคองเป็นสาขาที่มีประโยชน์ เน้นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันยังเป็นสาขาที่ขาดแคลนมาก การส่งเสริมบุคลากรไปเรียนต่อในสาขาดังกล่าวจะช่วยพัฒนางานได้เป็นอย่างดี และเพื่อให้บุคลากรอยู่ในระบบต่อไปควรมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและสำนักแพทย์ให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานที่ชัดเจน มีการให้ค่าตอบแทนในสาขาขาดแคลนเพิ่มเติม

ลงชื่อ..... จิราภา อภิษฐ์.....ผู้รายงาน  
(นางสาวจิราภา คชวัฒน์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

นาง จิราภา อภิษฐ์ ทัศนวิสัยทั้งหมดที่ โรงพยาบาล รามธิบดี ๑๐๖ หมู่ ๓ ตำบลโพธิ์ตาก อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ  
นางสาว จิราภา อภิษฐ์ พนักงานวิชาชีพ ชั้น ๓ ประเภทวิชาชีพ ๑๖๑๗ ไร่ ๑๖๑๗ ไร่ ๑๖๑๗ ไร่  
นางสาว จิราภา อภิษฐ์

ลงชื่อ..... จิราภา อภิษฐ์.....หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน  
(นางสาว จิราภา อภิษฐ์)

ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

นางสาว จิราภา อภิษฐ์

ลงชื่อ..... จิราภา อภิษฐ์.....หัวหน้าส่วนราชการ  
(นางสาว จิราภา อภิษฐ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร