



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

Vol. 4 No. 1 January - June 2023

ISSN 2697-6625

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเดิมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร
กฤษา พักศรี ส.ม.
2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
รัญชนัฒิภัทร เชื้อสุวรรณ พย.บ.
3. ความสมดุลคุณภาพชีวิตการทำงานและการเสริมแรงพลังบวกให้กับ
ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร
อลงกต พวงพุ่ม ส.บ.

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา : กรณีศึกษา 2 ราย
วรลลักษ์มณีน พัชรวิรัช พย.ม.
5. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก
ทัศน์ี รอดภัย ป.พย.

บทความพิเศษ : Special Article

6. การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อ : มาตรการสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน
และลดโอกาสติดเชื้อ
ดร.รานี โชติภักคาม



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

ที่ปรึกษา

| | | |
|-----------------|----------------|--------------------------------|
| นายแพทย์วิศิษฐ์ | อภิสิทธิ์วิทยา | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |
| นายแพทย์โชติ | ภาวศุทธิกุล | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร |

บรรณาธิการบริหาร

| | | |
|-----------------|----------|----------------------------------|
| นายแพทย์พนม | ปทุมสูติ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| แพทย์หญิงผกามาศ | เพชรพงศ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| นายจิรยุทธ์ | คงนุ่น | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| นายสมจินต์ | มากพา | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ |

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคาม

รองบรรณาธิการ

| | |
|---------------------------|------------------------|
| นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี | นางสาวอุษา จันทร์กลั่น |
|---------------------------|------------------------|

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

| | | |
|------------------------|------------------|--------------------|
| นางสาวอุษา จันทร์กลั่น | นางภฤดา แสงสินศร | นางอัจฉา เจศรีชัย |
| นางสาวชุตินา อินหัน | นางมยุรี เข้มทอง | นางต้นหยง เอี่ยมพร |

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

| | | |
|-------------------|----------------|--------------------------------------|
| แพทย์หญิงผกามาศ | เพชรพงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |
| ดร.ธานี | โชติภักคาม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร |
| นายแพทย์สมบูรณ์ | จิณาพงษา | โรงพยาบาลพิจิตร |
| แพทย์หญิงนงลักษณ์ | บุตรดี | โรงพยาบาลพิจิตร |
| ทันตแพทย์หญิงสมร | บุญเกษม | โรงพยาบาลพิจิตร |
| นายแพทย์ประทีป | จันทร์สิงห์ | โรงพยาบาลบางมูลนาก |
| รศ.ดร.สันติสิทธิ์ | เชียวเขิน | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| ผศ.ดร.ภญ.วฐู | พรหมพิทยารัตน์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |

| | |
|-------------------------------|--|
| ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก |
| ผศ.ดร.ธวัช กนกเทศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี |
| ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวีวินวงศ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง |
| ผศ.สมบัติ รียาพันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| ดร.รุ่งทิภา มโนวิชิตสรณ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร |
| ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย | สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี |
| ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง | สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| ดร.รัฐคุณานิช กันหลง | สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง |
| อาจารย์พรศักดิ์ รัตนพัฒนพงศ์ | คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง |

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญก

นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางจิตติญากร สิ้นธุรัตน์

2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข้มทอง นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133-134 โทรสาร 056 990 353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

<http://www.ppho.go.th/webppho>

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 081 675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีครับ พี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน
ปีงบประมาณ 2566 เข้าสู่ไตรมาสที่ 4 แล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลา
ที่การดำเนินงานตามนโยบายทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข
ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และนโยบายของสาธารณสุขพิจิตร
มีผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ดีตอบสนองต่อคุณภาพชีวิต
ของประชาชนจังหวัดพิจิตร โดยนโยบายของสาธารณสุขพิจิตร
ทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ **พิจิตรรอบรู้** ทำให้ประชาชนมีความรู้

ในโรคที่สำคัญ เช่น STROKE, STEMI และ CA เป็นต้น มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพ
ของตนเอง (Health literacy) **พิจิตรแข็งแรง** มีการพัฒนาดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นระบบ ทั้งถึง
และเท่าเทียม เช่น การดูแลเด็กปฐมวัยทั้งในเรื่องโภชนาการ สุขภาพช่องปาก และการพัฒนา IQ EQ
การเตรียมความพร้อมสถานบริการในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการดูแลกลุ่มเปราะบางผู้ด้อยโอกาส
อย่างทั่วถึง **พิจิตรก้าวหน้า** มีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล
มีระบบการตรวจรักษาระยะไกลในทุกโรงพยาบาล มีระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับผู้ป่วย **พิจิตร
มั่นคง** มีความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์จากการรับมือโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมา มีการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับการถ่ายโอน
ภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด ซึ่งจังหวัดพิจิตรเองโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำให้การถ่ายโอนภารกิจ
เป็นไปอย่างราบรื่น ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของประชาชน **พิจิตรมั่นคง** มีการส่งเสริม
การใช้สมุนไพร ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน อย. สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจให้
ผู้ประกอบการในจังหวัดมากกว่า 37 ล้านบาทต่อปี พัฒนาการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัด
โดยบูรณาการกับท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดพิจิตร รวมถึงการพัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัย
ของจังหวัดให้มีแหล่งจำหน่ายอาหารปลอดภัยเพิ่มขึ้น เพิ่มการเข้าถึงอาหารปลอดภัยของประชาชน
และ**พิจิตรสร้างสุข** ที่มีการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะที่เหมาะสม ส่งเสริมความก้าวหน้า การเข้า
สู่ตำแหน่ง พัฒนาบ้านพัก ส่งเสริมพลังงานสะอาดโดยมีการติดตั้ง Solar Roof ทุกโรงพยาบาล
และขยายการติดตั้งเพิ่มไปยังทุกหน่วยงานในสังกัด มีการขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมนำสุข และที่สำคัญ
คือทุกหน่วยงานในสังกัดบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม และตรวจสอบได้

ที่กล่าวมาเป็นผลการดำเนินงานที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของพวกเรา บุคลากรสาธารณสุข
พิจิตรทุกคน ซึ่งเป็นปีที่ดีสำหรับปีเริ่มต้นในการรับตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรของผม
ผมขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำและร่วมพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพิจิตร

ไปด้วยกัน พวกเราจะก้าวต่อไปด้วยกันอย่างเข้มแข็ง มั่นคง และสามัคคี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของประชาชนชาวจังหวัดพิจิตรครับ

วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ที่ท่านอ่านอยู่ขณะนี้เข้าสู่ปีที่ 4 ฉบับที่ 1
(มกราคม - มิถุนายน 2566) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรมีความตั้งใจในการ จัดทำวารสารนี้ขึ้น
นอกจากการเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริม สนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรสาธารณสุขแล้ว
ยังมุ่งหวังให้วารสารฉบับนี้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ และรวบรวมองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ผมขอขอบพระคุณ
คณะผู้บริหารที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”
บุคลากรสาธารณสุขที่ได้ส่งผลงานวิชาการมาตีพิมพ์ในครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่า
ในการเสนอแนะให้ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์มีมาตรฐาน และขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกคนที่มีส่วน
ร่วมในการจัดทำวารสารฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระที่นำเสนอจะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้
รวมถึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรสาธารณสุขพิจิตร



(นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2566 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 5 เรื่อง อันประกอบไปด้วยนิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่

- 1) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร
- 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
- 3) ความสมดุลคุณภาพชีวิตการทำงานและการเสริมแรงพลังบวกให้กับทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร
- 4) การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา : กรณีศึกษา 2 ราย และ
- 5) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการสละเวลาอ่าน และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขบทความเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาผู้อ่านสามารถอ่านหรือสืบค้นได้จากวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ทั้งในส่วนที่เป็นฉบับรูปเล่มนี้ และจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความสนใจและความร่วมมือจากทุกท่านสืบไป

(ดร.ธานี โชติกคาม)

บรรณาธิการ



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

Vol. 4 No. 1 January - June 2023

สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร
กฤษา พักศรี ส.ม. 1 - 13
2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
รัฐชนันต์ภักดิ์ เชื้อสุวรรณ พย.บ. 14 - 25
3. ความสมดุลคุณภาพชีวิตการทำงานและการเสริมแรงพลังบวกให้กับ
ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร
อลงกต พวงพุ่ม ส.บ. 26 - 38

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

4. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา : กรณีศึกษา 2 ราย
วรลลักษ์มณีน พัชรวิรัช พย.ม. 39 - 55
5. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก
ทัศนีย์ รอดภัย ป.พย. 56 - 67

บทความพิเศษ : Special Article

6. การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อ : มาตรการสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน
และลดโอกาสติดเชื้อ
ดร.ธานี โชติภิกคาม 68 - 69

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

70 - 75



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal

การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยา ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร

The efficiency improvement of medication refill system in contracted units of primary care, Phichit Province.

ภิษา พักศรี ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยา และศึกษาผลของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ด้านยา ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 109 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูล ผลการดำเนินงานตามโครงการลดภาระงานสนับสนุนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตสุขภาพที่ 3 ใน 2 ช่วงเวลา ได้แก่ 1 กรกฎาคม 2563 -30 กันยายน 2563 (ก่อนปรับปรุง) และ 1 กรกฎาคม 2564 – 30 กันยายน 2564 (หลังปรับปรุง) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าผลของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบเติมยา จากเดิม 16 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม ลดได้ร้อยละ 56.3 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ได้แก่ เวลาในการดำเนินงานจากการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามหลัก ECRS ใช้เวลาเฉลี่ยลดลงจาก 678 นาที เหลือ 131 นาที ต่อบรรณการดำเนินงาน ลดได้ร้อยละ 80.7 อัตราการสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิลดลงเฉลี่ยจาก 2 เดือนครึ่ง (75 วัน) เป็น 35 วัน มูลค่าการสำรองคงคลังภาพรวม จาก 11,760,100.05 บาท เป็น 9,519,448.16 บาท คิดเป็นมูลค่าที่ลดลง 2,240,651.89 บาท ลดได้ร้อยละ 19.1 รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเติมยาเฉลี่ยลดลงจาก 3 ครั้ง เป็น 1 ครั้งต่อบรรณการดำเนินงาน พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบเติมยาโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความสูญเปล่าที่เกี่ยวข้องกับระบบเติมยา และลดภาระงานในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้ไปเพิ่มประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการให้บริการสุขภาพด้านอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบเติมยา แนวคิดลีน (Lean) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study aims to improve the efficiency of the medication refill system and to study the effects of improving the efficiency of the medication filling system in contracted Units of Primary Care, in Phichit Province. This study is action research, population, and the sample is an operation in the management of pharmaceutical supplies. Collect data by using performance report, According to the workload reduction project in Sub-district health promoting hospital, Health

region 3 in 2 periods of time on July 1, 2020 - September 30, 2020 (before adjustment) and July 1, 2021 - September 30, 2021 (after adjustment). Analyze data with Paired t-test statistics and descriptive statistics, average, frequency, and percentage.

The result of system efficiency improvement of the medication refill system is the activities decreased from 16 to 7 activities (reduced by 56.3 percent) and Analyzed these data with Paired t-test statistics as follows the operation time from the improvement of operational methods according to the ECRS principles, the average time is reduced from 678 minutes to 131 minutes (reduced by 80.7 percent), the reserve rate of the primary care unit is reduced from 2.5 months (75 days) to 35 days, the overall reserve value is reduced from 11,760,100.05 bath to 9,519,448.16 bath, The value is reduced by 2,240,651.89 baht (reduced by 19.1 percent). Insufficient drug reporting In the primary care unit caused by the Medication refill system is from 3 times to 1 time per operation round, all of the above were decreased with significantly significant ($P < 0.05$). The study found that the development of the efficiency of the Medication refill system by using the concept 'Lean' can increase operational efficiency, reduce the relevant waste and lighten the load of Sub-District Health Promoting Hospital. Lastly, This study wants to bring the results to increase the efficiency of the Sub-district health promoting hospital staff in providing other health services

Keywords : Efficiency Improvement, Medication Refill System, Lean concept Action research, Sub-District Health Promoting Hospital

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้การรักษายาบาล จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ มีศักยภาพ ต่อการให้บริการดังกล่าว พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน โดยเฉลี่ยแล้ว บุคลากรสายวิชาชีพ ทั้งพยาบาลวิชาชีพ และวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ใช้เวลาส่วนใหญ่เกือบ 2 ใน 3 ของเวลาทำงานไปกับการรักษายาบาล ซึ่งมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งยังต้องใช้เวลาอีกเกือบ 1 ใน 3 ไปกับงานบริหารงานเอกสาร บันทึกข้อมูล และการทำรายงาน และเห็นว่าควรมีการปรับปรุง เพื่อให้มีเวลาให้บริการประชาชนมากขึ้น ซึ่งหากบริหารจัดการลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ก็อาจทำให้บุคลากรสายวิชาชีพมีเวลาให้บริการประชาชนมากขึ้น⁽¹⁾ สอดคล้องกับปัจจัยภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่ออาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล เนื่องจากบุคลากรที่ต้องทำงานหนักหลากหลายหน้าที่ อย่างต่อเนื่อง

ยาวนาน พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้รู้สึก เหนื่อย เครียด ไม่อยากสนใจให้บริการ⁽²⁾ การศึกษาของชมพูนุช พัฒนจักร⁽³⁾ เรื่องสถานการณ์และปัญหาการปฏิบัติงานของการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าภาระงานด้านบริหารเวชภัณฑ์มีหลายขั้นตอน ตั้งแต่สำรวจรายการและปริมาณยา จัดทำเอกสารเบิกยา ส่งใบเบิก ตรวจรับยา จัดเก็บยา เบิกยาออกมาสำหรับจ่ายยา บันทึกข้อมูลการเบิก - จ่ายยาและจัดทำรายงาน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ และงานรักษายาบาลทุกอย่าง ทำให้ปฏิบัติงานไม่ทัน และบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 -2565 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล แผนที่ 14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ โครงการที่ 1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการขับเคลื่อนประเด็นมุ่งเน้นที่เกี่ยวข้อง

กับการพัฒนาสถานพยาบาล ด้านระบบบริการก้าวหน้า มีเป้าหมายให้เขตสุขภาพมีนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 3 จึงได้ดำเนินโครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back office) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 3 ขึ้น เพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในด้านดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำเวลาที่ได้จากการลดภาระงานไปพัฒนางานเชิงคุณภาพต่อผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

การบริหารเวชภัณฑ์ภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การบริหารจัดการยา มีกระบวนการ ประกอบด้วย การคัดเลือกยา การจัดหา และการกระจายยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพ มียาเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ และควบคุมให้มีปริมาณยาที่เหมาะสมกับความต้องการที่แท้จริง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสำรองยาที่มากเกินไป ซึ่งการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์เป็นแผนงานที่สำคัญของทุกโรงพยาบาลต้องดำเนินการให้เข้มงวดและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด⁽⁴⁾

สำหรับงานด้านการบริหารคลังเวชภัณฑ์ครอบคลุมประเด็น คือ การกำหนดกรอบบัญชีรายการยา การจัดระบบสำรองยาให้เพียงพอต่อความต้องการ ไม่มีปัญหาขาด และไม่สำรองยามากเกินไป มีการจัดทำเครื่องมือที่ใช้ควบคุมคลังเวชภัณฑ์ มีการจัดหาและเวชภัณฑ์โดยการเบิกจ่ายจาก รพ.แม่ข่าย มีการจัดเก็บควบคุมรักษาและเวชภัณฑ์ให้เหมาะสมและมีการตรวจสอบ แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเวชภัณฑ์ เช่น ยาใกล้หมดอายุการเรียกคืนยา ยาเสื่อมคุณภาพ เป็นต้น จะเห็นได้ว่างานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน โดยงานบริหารเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในบทบาทของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายที่ต้องเข้าไปดูแล ระบบใน รพ.สต.ลูกข่ายที่รับผิดชอบ⁽⁵⁾

ข้อมูลผลของการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ที่มีต่อการเพิ่มประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์หลังจากการพัฒนาระบบ พิจารณาจากการประเมินผลตามตัวชี้วัดประสิทธิภาพงานบริหารเวชภัณฑ์ 4 หัวข้อประกอบด้วย อัตราคงคลัง จำนวนรายการยาขาด ร้อยละของความคลาดเคลื่อนของจำนวนคงคลังยาเทียบกับบัญชีคุม และ

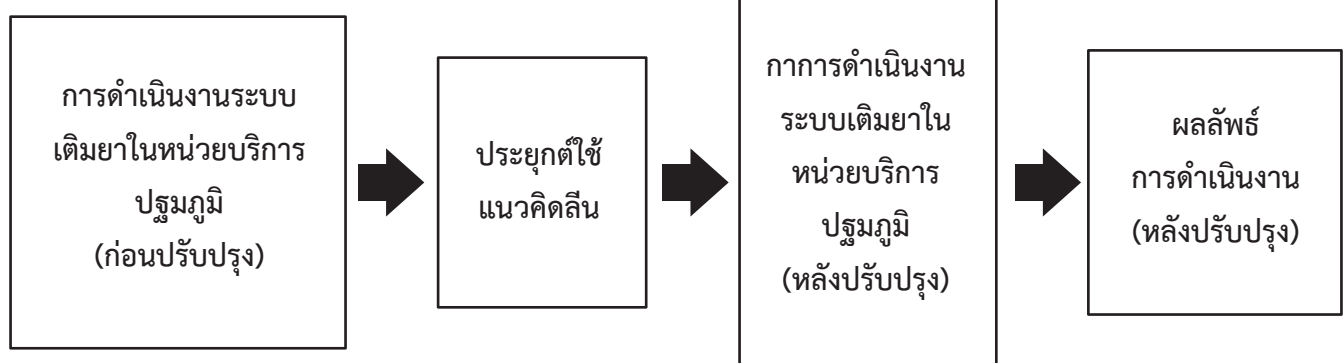
มูลค่ายาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ การศึกษาของนันทน์ภัส พึ่งสุขและคณะ ปี 2560⁽⁶⁾

มูลค่าการใช้ยาทั้งหมดเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 ซึ่งเป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรงพยาบาลแม่ข่ายได้มีนโยบายกระจายผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังไปรับยาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้บ้าน และผู้ป่วยโควิด 19 ต้องไปรับยาในพื้นที่ตามโครงการ เจอ แจก จบ ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ รพ.สต. สำรองยาเพิ่มขึ้นมีอัตราการสำรองยาเกิน 2 เดือน ซึ่งบุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้นจากการให้บริการฉีดวัคซีน จึงไม่มีเวลาในการดูแลคลังเวชภัณฑ์ และขาดการนำข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยมาประกอบการเบิกยา สาเหตุการสำรองยาใน รพ.สต. สูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และมียาหมดอายุ⁽³⁾

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร เล็งเห็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบเติมยาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร โดยเริ่มจากปรับปรุงระบบ โดยกำหนดให้ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิปรับลดอัตราการสำรองยาไม่เกิน 1 เดือนครึ่ง และใช้การเบิกทดแทนตามยอดการใช้จริงที่ดึงจากระบบ HOS PCU เพื่อปรับลดอัตราการสำรองคลังลง จากนั้นนำแนวคิดลีน (Lean) มาปรับใช้ โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดความสูญเปล่าและปรับปรุงการไหลให้เกิดความต่อเนื่องเป็นแนวคิดเชิงระบบ และเชื่อมโยงบูรณาการเครื่องมือหลายอย่างเข้าด้วยกัน เช่น แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Mapping) ก็เป็นเครื่องมือที่มักจะถูกนำมาใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพงานตามแนวคิดลีน (Lean) เพราะเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และวางแผนอย่างเป็นระบบ ถือเป็นเส้นทางสำคัญที่นำไปสู่การเริ่มต้นระบบลีน (Lean) จากนั้นวิเคราะห์กิจกรรมที่เกิดขึ้นด้วยหลัก 5W1H (What-Where-When-Who-why-How) เพื่อให้ทราบรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ทำไมต้องทำ และนำไปวิเคราะห์กิจกรรมที่มีมูลค่าเพิ่ม (Value Added Activities : VA) กิจกรรมที่ไม่มีมูลค่าเพิ่ม (Non Value

Added Activities : NVA) และกิจกรรมที่จำเป็นแต่ไม่มีมูลค่าเพิ่ม (Necessary but Non Value Added Activities : NNVA) ทั้งนี้การวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น เพื่อค้นหาว่ากิจกรรมใดก่อให้เกิดความสูญเปล่าและสามารถลดความสูญเปล่าได้ตามหลัก ECRS มาปรับปรุงการทำงานโดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานปัจจุบัน เช่น การลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ รวมถึงสามารถลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานโดยรวมในกระบวนการนอกจากนี้ระบบลีน (Lean) ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกองค์กรช่วยทำให้มีความสามารถในการปรับตัวสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าและสังคมได้ทันทั่วทั้ง ซึ่งในแต่ละองค์กรจะใช้แนวคิดลีน (Lean) ในการปรับปรุงประสิทธิภาพโดยใช้เทคนิคหรือเครื่องมือลีน (Lean) ที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสมของวิธีการทำงาน เช่น ในอุตสาหกรรมอาหาร มีการเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการจ่ายสินค้าสำเร็จรูปด้วยเทคนิคการลดความสูญเปล่าของการปฏิบัติงานในบริษัทอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องดื่ม โดยสามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงานได้⁽⁷⁾ ในอุตสาหกรรมชิ้นส่วนยานยนต์ มีการปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อลดความสูญเปล่าของกระบวนการจัดเก็บวัตถุดิบในคลังสินค้าเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน⁽⁸⁾ การใช้แผนที่สายธารคุณค่าเป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายยาภายในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม⁽⁹⁾ การประยุกต์ใช้เทคนิคแบบลีน (ECRS) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานระบบตู้รับคืนหนังสืออัตโนมัติ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁰⁾ เป็นต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบเดมียาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาผลของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบเดมียาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพิจิตร

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบเดมียาในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพิจิตร และศึกษาผลของการปรับปรุงกระบวนการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ด้านยา ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 109 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามโครงการลดภาระงานสนับสนุนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 3 แบบเก็บข้อมูลเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดพิจิตร ได้แก่ จำนวนขั้นตอนในการดำเนินงาน เวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน อัตราการสำรองคงคลัง มูลค่าการสำรองคงคลัง จำนวนครั้งของรายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เก็บข้อมูลใน 2 ช่วงเวลา คือ 1 กรกฎาคม 2563 - 30 กันยายน 2563 (ก่อนปรับปรุง) เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังและ 1 กรกฎาคม 2564 - 30 กันยายน 2564 (หลังปรับปรุง)

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้ววางแผน (พฤศจิกายน 2563 - ธันวาคม 2563)

1.1 ดำเนินการจัดการประชุมผู้รับผิดชอบงานโครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back office) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายและตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย จากนั้นจัดประชุมสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละอำเภอ เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน

1.2 ศึกษากระบวนการกระจายยาของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร โดยมีการกำหนดกรอบกิจกรรมหลักตามคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽⁵⁾ และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมีการกำหนดร่วมกันระหว่างเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานในแต่ละโรงพยาบาล และตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละอำเภอ จากนั้นออกแบบตารางเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลเวลาการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม (ก่อนปรับปรุง) โดยเป็นการเก็บข้อมูลในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพิจิตร และนำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ยในการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันกำหนดระบบการสำรองไม่เกิน 1 เดือนครึ่ง และเบิกทดแทนตามยอดการใช้จริงที่ดึงจากระบบ HOS PCU เพื่อปรับลดอัตราการสำรองคลังลง

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์กิจกรรมการทำงาน, วิเคราะห์กิจกรรมความสูญเสียเปล่าของการทำงานปัจจุบัน และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

1.4 กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโดยเทคนิคการลดความสูญเสียเปล่า ECRS

1.5 ออกแบบขั้นตอน และกระบวนการทำงานใหม่ (หลังปรับปรุง) และแบบเก็บข้อมูลเวลาในการดำเนินงาน (หลังปรับปรุง)

2. ขั้นปฏิบัติการ (มกราคม 2564 - มิถุนายน 2564)

จัดประชุมผู้รับผิดชอบงาน เพื่อสื่อสารนโยบายทิศทางการดำเนินงาน ตลอดจนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน โดยใช้กระบวนการทำงาน (หลังปรับปรุง) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบเติมยาจังหวัดพิจิตร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการประชุมเพื่อติดตามงานผ่านทางการประชุมคณะกรรมการพัฒนารับบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพด้านเภสัชกรรม (พบส.)

3. ขั้นสังเกตการณ์ (กรกฎาคม 2564 - กันยายน 2564)

นิเทศ ตรวจสอบติดตาม สนับสนุน ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลเวลาในการดำเนินงาน (หลังปรับปรุง) และแบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนปรับปรุง (เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วงเวลาที่กำหนด) และหลังปรับปรุง ได้แก่ จำนวนขั้นตอน ระยะเวลาของรอบการเบิกยา อัตราการสำรองคลัง รพ.สต. ร้อยละของเวชภัณฑ์ยาขาดที่เกิดจากระบบ refill ยา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

4. ขั้นสะท้อนกลับ (กันยายน 2564)

ดำเนินการสะท้อนข้อมูลการดำเนินงาน และปัญหาที่พบให้แต่ละเครือข่ายทราบ เพื่อนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป และรายงานผู้บริหารเพื่อทราบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานระบบเติมยาในภาพรวมจังหวัด รายงานผลโดยเภสัชกรผู้รับผิดชอบหลักด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในแต่ละเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ และจำนวน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการกระจายยาของโรงพยาบาล และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพิจิตร นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และแสดงด้วยแผนภูมิกระบวนการไหล ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาการกระจายยาของโรงพยาบาล และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง
ในจังหวัดพิจิตร (ก่อนปรับปรุง)

| ลำดับ | กิจกรรม | เวลาเฉลี่ย (นาที) | สัญลักษณ์ | | | | | หมายเหตุ |
|-------|--|----------------------|-----------|---|---|---|---|----------|
| | | | ● | ➡ | ◐ | ■ | ▼ | |
| 1 | สำรวจข้อมูลคงคลังหลัก ยอดคงเหลือ | 86 | | | | ■ | | NNVA |
| 2 | จัดทำข้อมูลใบเบิกยาเพื่อส่งให้ รพ.แม่ข่าย | 87 | ● | | | | | NNVA |
| 3 | รพ.สต.ส่งใบเบิกยาให้ รพ.แม่ข่าย | 76 | | ➡ | | | | NVA |
| 4 | ติดต่อรับยาที่ รพ.แม่ข่าย | 75 | | ➡ | | | | NVA |
| 5 | ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาตามใบเบิก | 35 | | | | ■ | | VA |
| 6 | ขนย้ายยาเข้าคลังยาหลักของรพ.สต. | 35 | | ➡ | | | | NVA |
| 7 | ลงทะเบียนรับยาเข้าคลังหลัก | 59 | ● | | | | | NNVA |
| 8 | เรียงยาขึ้นชั้นวางยาค้างหลัก | 40 | | | | | ▼ | NVA |
| 9 | สำรวจข้อมูลปริมาณยาค้างยานอก ยอดคงเหลือ | 30 | | | | ■ | | NNVA |
| 10 | จัดทำข้อมูลใบเบิกยาของคลังยานอก | 35 | ● | | | | | NNVA |
| 11 | ส่งใบเบิกยาเพื่อเบิกยาจากคลังยาหลักมา คลังยานอก | 5 | | ➡ | | | | NVA |
| 12 | ตัดจ่ายยาจากทะเบียนคุมคลังหลัก ตามยอด เบิกคลังยานอก | 35 | ● | | | | | NNVA |
| 13 | จัดยาตามใบเบิก | 30 | ● | | | | | VA |
| 14 | ขนย้ายยาจากคลังในมาไว้คลังนอกเพื่อให้ บริการผู้ป่วย | 20 | | ➡ | | | | NVA |
| 15 | ลงทะเบียนรับเข้าบัญชีคลังยานอก | 15 | ● | | | | | NNVA |
| 16 | ตัดจ่ายยาจากบัญชีคลังยานอก เพื่อใช้ในการ ให้บริการ | 15 | ● | | | | | NNVA |
| | รวม | 678 | | | | | | |

หมายเหตุ สัญลักษณ์ต่างๆ มีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติงาน
- ➡ เคลื่อนย้าย
- ◐ ล่าช้า
- ตรวจสอบ
- ▼ เก็บ

การสำรวจกิจกรรมการกระจายยา ได้มาจากการกำหนดกรอบกิจกรรมหลักในการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกันระหว่างเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานในแต่ละโรงพยาบาล และตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละอำเภอ จากนั้นออกแบบตารางเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลเวลาการดำเนินในแต่ละกิจกรรม โดยเก็บข้อมูลในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพิจิตรและนำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ยในการดำเนินงาน

จากตารางที่ 1 พบว่า ขั้นตอนการกระจายยาของ

โรงพยาบาล และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการปฏิบัติงาน 7 กิจกรรม กิจกรรมการเคลื่อนย้าย 5 กิจกรรม กิจกรรมตรวจสอบ 3 กิจกรรม และกิจกรรมการเก็บ 1 กิจกรรม เวลาที่ใช้ในการดำเนินงานเฉลี่ย 678 นาที ต่อบรรณการดำเนินงาน

เมื่อนำมาวิเคราะห์กิจกรรมตามหลัก 5W1H เพื่อให้ทราบรายละเอียดของกิจกรรมว่าเกี่ยวกับอะไร ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ทำไม่ต้องการ และจากการวิเคราะห์พบกิจกรรมที่มีมูลค่าเพิ่ม (Value Added

Activities : VA) 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 และ 13 กิจกรรมที่ไม่มีมูลค่าเพิ่ม (Non Value Added Activities: NVA) 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4, 6, 8, 11 และ 14 และกิจกรรมที่จำเป็นแต่ไม่มีมูลค่าเพิ่ม (Necessary but Non Value Added Activities: NNVA) 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1, 2, 7, 9, 10, 12, 15 และ 16 จากนั้น

นำมาวิเคราะห์กิจกรรมความสูญเปล่า เพื่อนำมาออกแบบแนวทางการแก้ปัญหาด้วยเทคนิค ECRS พบว่าเกิดความสูญเปล่าจากกระบวนการทำงานที่มากเกินไป 10 กิจกรรม และเกิดความสูญเปล่าจากการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น 2 กิจกรรม เพื่อนำไปกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคการลดความสูญเปล่า ECRC

| ลำดับ | ปัญหา | แนวคิดการลดความสูญเปล่า ในกระบวนการทำงาน |
|-------|---|---|
| 1 | เกิดความสูญเปล่าจากกระบวนการทำงานที่มากเกินไป <u>กิจกรรม</u> <u>สำรวจข้อมูลคลังหลัก ยอดคงเหลือ</u> <u>กิจกรรม</u> <u>จัดทำข้อมูลใบเบิกยาเพื่อส่งให้ รพ.แม่ข่าย</u> | ปรับกระบวนการด้วยการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น ออกไป (Elimination) ด้วยการดึงข้อมูลจากยอด ใช้จริงในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการ บันทึกจ่ายยาเพื่อนำมาใช้ในการเบิกยาโดยไม่ต้อง ใช้การสำรวจ และส่งเป็นไฟล์ข้อมูลตามยอดการใช้ จริงให้ รพ.แม่ข่าย |
| 2 | เกิดความสูญเปล่าจากการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น <u>กิจกรรม</u> <u>รพ.สต.ส่งใบเบิกยาให้ รพ.แม่ข่าย</u> | ปรับกระบวนการด้วยการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น ออกไป (Elimination) ด้วยวิธีการส่งใบเบิกยาทาง ออนไลน์ |
| 3 | เกิดความสูญเปล่าจากการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น <u>กิจกรรม</u> <u>ติดต่อรับยาที่ รพ.แม่ข่าย</u> | ปรับกระบวนการด้วยการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น ออกไป (Elimination) ด้วยการปรับระบบการ ขนส่งยาโดยการบริหารในภาพเครือข่าย |
| 4 | เกิดความสูญเปล่าจากกระบวนการทำงานที่ยุงยาก ซับซ้อน และมากเกินไป <u>กิจกรรม</u> <u>ลงทะเบียนรับยาเข้าคลังหลัก</u> | ปรับกระบวนการด้วยการทำให้ง่ายขึ้น (Simplify) ด้วยการใช้โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ในการรับเข้า ข้อมูลเวชภัณฑ์ และการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น ออกไป (Elimination) ด้วยการบริหารเวชภัณฑ์ แบบไม่มีคลังยาหลัก |
| 5 | เกิดความสูญเปล่าจากกระบวนการทำงานที่มากเกินไป <u>กิจกรรม</u> <u>สำรวจข้อมูลปริมาณยาคลังยานอก ยอดคงเหลือ</u> <u>กิจกรรม</u> <u>จัดทำข้อมูลใบเบิกยาของคลังยานอก</u> <u>กิจกรรม</u> <u>ส่งใบเบิกยาเพื่อเบิกยาจากคลังยาหลักมาคลัง</u> <u>ยานอก</u> <u>กิจกรรม</u> <u>ตัดจ่ายยาจากทะเบียนคุมคลังหลัก</u> <u>ตามยอดเบิกคลังยานอก</u> <u>กิจกรรม</u> <u>จัดยาตามใบเบิก</u> <u>กิจกรรม</u> <u>ขนย้ายยาจากคลังในมาไว้คลังนอกเพื่อให้</u> <u>บริการผู้ป่วย</u> <u>กิจกรรม</u> <u>ลงทะเบียนรับเข้าบัญชีคลังยานอก</u> <u>กิจกรรม</u> <u>ตัดจ่ายยาจากบัญชีคลังยานอก เพื่อใช้ในการ</u> <u>ให้บริการ</u> | ปรับกระบวนการด้วยการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น ออกไป (Elimination) ด้วยการบริหารเวชภัณฑ์ แบบไม่มีคลัง |

จากตารางที่ 2 พบว่า แนวคิดการแก้ปัญหาด้วยเทคนิคการลดความสูญเปล่า ECRS สามารถนำมากำหนดแผนการปรับปรุง ด้วยการขจัดส่วนที่ไม่จำเป็น (Elimination) โดยนำมาปรับปรุงกิจกรรมเพื่อลดความสูญเปล่าได้ทั้งสิ้น 11 กิจกรรม และการปรับเปลี่ยนขั้นตอนให้ง่ายขึ้น

(Simplify) สามารถนำมาปรับปรุงกิจกรรมเพื่อลดความสูญเปล่าได้ 1 กิจกรรม โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้มาออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ต่อไป

ตารางที่ 3 การออกแบบกระบวนการทำงาน (หลังปรับปรุง)

| ลำดับ | กิจกรรม | เวลา (นาที) | สัญลักษณ์ | | | | | หมายเหตุ |
|-------|--|-------------|-----------|---|---|---|---|----------|
| | | | ● | ➔ | ◐ | ■ | ▼ | |
| 1 | รพ.สต. ดึงยอดการใช้ยาจริงจากระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกจ่ายยาเพื่อนำมาใช้ในการเบิกยา | 11 | ● | | | | | |
| 2 | รพ.สต. ส่งข้อมูลตามยอดการใช้จริงให้ รพ.แม่ข่ายทางออนไลน์ โดยไม่ต้องจัดทำใบเบิกยา | 10 | ● | | | | | |
| 3 | การปรับระบบการขนส่งยาโดยการบริหารในภาพเครือข่าย | 0 | | | | | | |
| 4 | ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาตามใบเบิก | 35 | | | | ■ | | |
| 5 | ขนย้ายยาเข้าในสต็อกของรพ.สต. | 35 | | ➔ | | | | |
| 6 | ปรับระบบการรับยาเข้าด้วยการใช้โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ในการรับเข้าข้อมูลเวชภัณฑ์ และนำยอดจากการใช้จริงที่ส่งเบิก ตัดยอดในระบบโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อให้เกิดเป็นทะเบียนรับเข้า-จ่ายออกในการควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์รพ.สต. | 30 | ● | | | | | |
| 7 | รพ.สต. บันทึกข้อมูลการจ่ายยาให้ผู้ป่วยจากโปรแกรมการให้บริการ | 10 | ● | | | | | |
| รวม | | 131 | | | | | | |

หมายเหตุ สัญลักษณ์ต่างๆ มีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติงาน
- ➔ เคลื่อนย้าย
- ◐ ล่าช้า
- ตรวจสอบ
- ▼ เก็บ

จากตารางที่ 3 พบว่ากิจกรรมกระบวนการทำงานใหม่ จากเดิม 16 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการของแต่ละกิจกรรม และนำมาวิเคราะห์พบว่า ประกอบด้วย กิจกรรมการปฏิบัติงาน

4 กิจกรรม กิจกรรมการเคลื่อนย้าย 1 กิจกรรม และกิจกรรมตรวจสอบ 1 กิจกรรม และอีก 1 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่บริหารด้วยภาพเครือข่ายเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานเฉลี่ย 131 นาที ต่รอบการดำเนินงาน

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 1 กรกฎาคม 2563 -30 กันยายน 2563 (ก่อนปรับปรุง) และ 1 กรกฎาคม 2564 – 30 กันยายน 2564 (หลังปรับปรุง)

| ผลการดำเนินงาน | ก่อนปรับปรุง | หลังปรับปรุง | การเปลี่ยนแปลง | ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง |
|--------------------------------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------|
| จำนวนกิจกรรมในการดำเนินงาน (กิจกรรม) | 16 | 7 | ลดลง 9 กิจกรรม | ลดลงร้อยละ 56.3 |

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 1 กรกฎาคม 2563 -30 กันยายน 2563 (ก่อนปรับปรุง) และ 1 กรกฎาคม 2564 – 30 กันยายน 2564 (หลังปรับปรุง) (ต่อ)

| ผลการดำเนินงาน | ก่อนปรับปรุง | หลังปรับปรุง | การเปลี่ยนแปลง | ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง |
|--|--------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| เวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน (นาที) | 678 | 131 | ลดลง 547 นาที | ลดลงร้อยละ 80.7 |
| อัตราการสำรองคงคลัง (เดือน) และมูลค่าการสำรองคงคลัง ต่อปี (บาท) | 2 เดือนครึ่ง(75วัน) 11,760,100.05 | 35 วัน 9,519,448.16 | ลดลง2,240,651.8 บาท | ลดลงร้อยละ 19.1 |
| รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายใน หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เกิดจากระบบเติมยา (ครั้ง) | 3 | 1 | ลดลง 2 ครั้ง | |

จากตารางที่ 4 เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานใน 2 ช่วงเวลา ก่อนปรับปรุงระบบ และหลังปรับปรุงระบบโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) ผลเป็นดังนี้

1. จำนวนกิจกรรมในการดำเนินงาน ลดลงจาก 16 กิจกรรม ก่อนปรับปรุง เหลือ 7 กิจกรรม หลังปรับปรุง ลดลง 9 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 56.3

2. เวลาที่ใช้ในการดำเนินงานต่อ 1 รอบของการดำเนินการ ลดลงจาก 678 นาที ก่อนปรับปรุง เหลือเวลา 131 นาที หลังปรับปรุง ลดลง 547 นาที คิดเป็นร้อยละ 80.7

3. อัตราการสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย ลดลงจาก 2.5 เดือน (75 วัน) ก่อนปรับปรุง เป็น 35 วัน หลังปรับปรุง เมื่อคิดมูลค่าการสำรองคงคลังภาพรวมทุกเครือข่าย 11,760,100.05 บาท (ก่อนปรับปรุง) เป็น 9,519,448.16 บาท (หลังปรับปรุง) คิดเป็นมูลค่าที่ลดลง 2,240,651.89 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.1

4. รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเติมยา พบเฉลี่ย 3 ครั้งต่อรอบการดำเนินงาน ก่อนปรับปรุง และพบเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อรอบการดำเนินงาน หลังปรับปรุง

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test

| ข้อมูล | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--|--------------------|----------------|-----------------|---|-----------|-------|----|--------------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| เวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน(นาที) (ก่อน) - (หลัง) | 547.00 | 19.75 | 5.70 | 534.45 | 559.55 | 95.95 | 11 | 0.000 |
| อัตราการสำรองคงคลัง/เดือน (ก่อน)-(หลัง) | 1.34 | 0.38 | 0.11 | 1.10 | 1.58 | 12.23 | 11 | 0.000 |
| มูลค่าการสำรองคงคลัง (บาท) (ก่อน) - (หลัง) | 186720.99 | 191103.43 | 55166.81 | 65299.67 | 308142.32 | 3.38 | 11 | 0.006 |
| รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วย บริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเติม ยา (ครั้ง/รอบการเบิกยา) (ก่อน) - (หลัง) | 2.00 | 0.74 | 0.21 | 1.53 | 2.47 | 9.38 | 11 | 0.000 |

จากตารางที่ 5 พบว่าเวลาในการดำเนินงานจากการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานต่อรอบการดำเนินงาน, อัตราการสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ, มูลค่าการ

สำรองคงคลัง และรายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเติมยา พบว่าหลังการปรับปรุงระบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบการเดิมาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดพิจิตร เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยผ่านการวางแผนอย่างเป็นระบบ การกำกับติดตาม ร่วมแก้ไขปัญหา และสะท้อนผลการดำเนินงานในทุกระดับตั้งแต่ผู้ปฏิบัติ จนถึงระดับผู้บริหาร ส่งผลให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระงานในทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำเวลาที่ลดได้จากการพัฒนาระบบเดิมา นำไปปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ รพ.สต. ต่อไป ซึ่งเป็นความมุ่งหวังของการดำเนินงานตามโครงการลดภาระงาน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁽⁶⁾ พบว่าในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาร่วมกันหาแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานร่วมกัน รับรู้ ถึงผลจากการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาที่เกิดจากแนวความคิดของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง สามารถแก้ไขปัญหได้อย่างแท้จริง โดยรูปแบบการดำเนินงานหลังปรับปรุงจากการนำแนวคิดลีน (Lean) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย มีดังนี้

1) กระบวนการเบิกยาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินการผ่านระบบการเบิกยาทางออนไลน์ เช่น ส่งข้อมูลทางอีเมล โลก หรือทางระบบโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ เครือข่ายแทนการเขียนและส่งใบเบิกยาโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และลดขั้นตอนการสำรวจข้อมูลจำนวนที่ต้องเบิก โดยปรับเป็นการดึงยอดข้อมูลการใช้จริงจากระบบ HosXP PCU ของหน่วยบริการ รพ.สต. ทั้งนี้มีการตั้งต้นระบบ โดยให้ในแต่ละหน่วยบริการ รพ.สต. กำหนดปริมาณการสำรองไม่เกิน 1.5 เดือน และเบิกทดแทนตามยอดการใช้จริงที่ดึงจากระบบ HosXP PCU สอดคล้องกับการศึกษาของมัตติกา ประพฤตติ ปี 2564⁽¹¹⁾ เรื่องการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีวิธีการกำหนดปริมาณการสำรองยาและเบิกทดแทนตามปริมาณการใช้จริง เป็นการลดขั้นตอนการทำงานได้วิธีหนึ่ง และ

การศึกษาของพรชนก เมฆไพบุลย์⁽¹²⁾ เรื่องประสิทธิภาพของระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.แหลมสิงห์ จ.จันทบุรี ประสิทธิภาพผู้ขายการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายทำให้อัตราสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ลดลง เป็นผลมาจากการเปลี่ยนผู้ตัดสินใจเดิมาจากรพ.สต. ลูกข่ายเป็น รพ.แม่ข่าย โดยที่รพ.แม่ข่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นและข้อมูลมีความถูกต้องใน 2 ส่วน ได้แก่ 1. ปริมาณยาที่ใช้ไปเป็นข้อมูลที่มาจากโปรแกรม HosXP PCU ในรพ.สต. ซึ่งเป็นข้อมูลการใช้ยาตามจริงของผู้ป่วยในแต่ละเดือน 2. ปริมาณยาคงคลัง จากการรายงานของ รพ.สต. โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่รายงานกับปริมาณยาคงคลังที่มีอยู่จริง และเดิมาจนถึงปริมาณสินค้าคงคลังสูงสุด ส่งผลให้อัตราการสำรองคลังลดลงได้อย่างชัดเจน

2) กระบวนการส่งมอบยา ปรับจากการที่ รพ.สต.ไปรับยาเองจากคลังยาโรงพยาบาล เป็นการบริหารจัดการในภาพเครือข่าย โดยอาจใช้ระบบการขนส่งจากภาคเอกชน หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตติกา ประพฤตติ⁽¹¹⁾ เรื่องการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีแนวทางการจัดส่งยา โดยโรงพยาบาลจะเป็นผู้นำส่งยาเดือนละครั้ง ซึ่งข้อดีของการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเช่นนี้ จะทำให้ รพ.สต. ได้รับยาตรงตามรอบที่ควรจะเป็น และมียาใช้สม่ำเสมอ นอกจากนี้ทำให้ผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านบุคคล ของ รพ.สต. มีความสะดวกไม่ต้องทิ้งงานประจำ เพื่อเดินทางมารับยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาล

3) กระบวนการบริหารคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ปรับระบบโดยการบริหารเวชภัณฑ์ รพ.สต.แบบไม่มีคลัง โดยสำรองไว้ ณ จุดให้บริการจ่ายยาแทนเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บสำรองยา และยกเลิกการจัดทำบัญชีควบคุมเวชภัณฑ์ ใบ รบ.301 หรือสต็อกการ์ด ในรูปแบบกระดาษ ปรับปรุงโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์อย่างง่ายมาใช้ เพื่อการประมวลผลที่มีประสิทธิภาพ ลดความคลาดเคลื่อนและลดระยะเวลาในการดำเนินงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของชรัณ ประยูรเสถียร ปี2564⁽¹³⁾ เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยาโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท มีการยกเลิกคลังยา รพ.สต. และยกเลิกการทำบัญชีควบคุมเวชภัณฑ์ รบ.301 สามารถลดความสูญเปล่าจากกระบวนการที่ไม่จำเป็นได้

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานปรับปรุงระบบโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) พบว่ามีตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้ คือ

1) การลดกิจกรรมการดำเนินงานจาก 16 กิจกรรม ก่อนปรับปรุง เหลือ 7 กิจกรรม หลังปรับปรุง ลดลงได้ 9 กิจกรรม และสามารถลดเวลาในการดำเนินงานโดยระยะเวลาในการดำเนินงานรวมลดลง ใช้เวลา 678 นาที (ก่อนปรับปรุง) และใช้เวลา 131 นาที (หลังปรับปรุง) ลดลง 547 นาทีต่อการดำเนินงาน เกิดจากการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวคิดลีน (Lean) และประยุกต์ใช้หลัก ECRS รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริหารเวชภัณฑ์ ในขั้นตอนของการรับเข้า-จ่ายออก เพื่อลดการดำเนินงานในรูปแบบเอกสารให้มากที่สุด และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของชรัณ ประยูรเสถียร ปี2560⁽¹⁴⁾ เรื่องการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean) เพื่อพัฒนากระบวนการเบิกและจ่ายยาจากคลังยาแนวคิดลีน (Lean) สามารถทำให้ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นได้ โดยลดขั้นตอนการเบิกจ่ายยาจากคลังยาโรงพยาบาลจาก 7 เหลือ 5 และการศึกษาวิชย ก้องเกียรตินคร ปี 2563⁽¹⁵⁾ ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน (Lean) ในการปรับปรุงระบบเติมเต็มยาคงคลังของงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถนำการปรับปรุงโดยใช้แนวคิด ลีน (Lean) ไปวิเคราะห์ความสูญเสียนี่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าได้ถึง 200 นาที และลดกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าได้

2) อัตราการสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย ลดลงจาก 2.5 เดือน (ก่อนปรับปรุง) เป็น 1.16 เดือน (หลังปรับปรุง) โดยมีนโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัดกำหนดให้ระบบบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการบริหารแบบไม่มีคลัง โดยให้รักษา

มาตรฐานการควบคุมตรวจสอบภายในที่ครอบคลุมไว้ ทั้งนี้การกำหนดอัตราสำรองคงคลังที่เหมาะสม ส่งผลต่อมูลค่าการสำรองคงคลังภาพรวมทุกเครือข่าย 11,760,100.05 บาท (ก่อนปรับปรุง) เป็น 9,519,448.16 บาท (หลังปรับปรุง) คิดเป็นมูลค่าที่ลดลง 2,240,651.89 บาท ลดลงร้อยละ 19.05 ซึ่งเป็นตัววัดผลที่สะท้อนถึงมูลค่าที่ประหยัดได้จากการลดการสำรองยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรัณ ประยูรเสถียร, ภิญญาดา นฤบุญญฤทธิ์, กิตติภักดิ์ เจ็งฮั่ว เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบเดิมยาโดยใช้แนวคิดลีน (Lean) ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท⁽¹³⁾ การใช้แนวคิดลีน (Lean) สามารถลดมูลค่ายาคงคลังได้ร้อยละ 46.02 ซึ่งสะท้อนผลต่อมูลค่าประหยัดได้

3) รายงานยาไม่เพียงพอจ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกิดจากระบบเดิมยา พบ 3 ครั้งต่อการดำเนินงาน (ก่อนปรับปรุง) และพบ 1 ครั้ง ต่อการดำเนินงาน (หลังปรับปรุง) เป็นตัววัดผลที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานในเรื่องของอัตราสำรองคงคลังที่เหมาะสม และระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการดำเนินงาน เป็นการเก็บข้อมูลรายการยาไม่พอจ่ายจากใบเบิกขออนอกเหนือจากรอบปกติ ไม่ส่งผลการได้รับยาในผู้บริการสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชนก เมฆไพบูลย์ ปี 2564⁽¹²⁾ เรื่องประสิทธิผลของระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.แหลมสิงห์ จ.จันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายสามารถลดการเบิกยานอกช่วงได้ เนื่องจากการทราบปริมาณการใช้ยาและปริมาณยาคงคลังในแต่ละเดือน มีการตรวจสอบปริมาณยาคงคลังที่มีอยู่จริง โดย เภสัชกรโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้สามารถเติมยาได้ในปริมาณที่ถูกต้องและครบทุกรายการ ส่งผลให้มียาเพียงพอ จากการศึกษาขมา แก้วบำรุงและคณะ⁽¹⁶⁾ วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าประเด็นของยาคงคลังมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาเพิ่มเติมในแง่ของสถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลานั้นๆ เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดปัญหาหรือไม่ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ เป็นการดำเนินงานภายใต้บริบทของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดพิจิตร ภายใต้การสนับสนุนเชิงนโยบาย ความร่วมมือของทีมงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ดังนั้น ในการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาของจังหวัดพิจิตรไปใช้กับจังหวัดอื่น ควรคำนึงถึงประเด็นดังกล่าวข้างต้นร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นกรอบโครงสร้างในการนำไปพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การดำเนินงานของจังหวัดนั้นๆต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดำเนินงานต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานบริหารเวชภัณฑ์ทั้งในโรงพยาบาล และรพ.สต. เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งสำเร็จอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร, กฤษดาแสงดี, กมลนัถ์ ม่วงยิ้ม, อติญาณ์ ศรเกษตริณ, รุ่งนภา จันทรา, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, และคนอื่นๆ. การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
2. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9(1):84-84.
3. ชมพูนุช พัฒนจักร. สถานการณ์และปัญหาการปฏิบัติงานของการบริหารเวชภัณฑ์ใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2566;29(1):39-49.

4. คณะกรรมการจัดทำรายงานระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย 2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2560.
6. นันทน์ภัส พุ่งสุข, อัษฎางค์ พลนอก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560;21(41):109-122.
7. สมชาย เปี้ยงพรม, นภาพร ภาษาสุขผล. การลดความสูญเสียในการปฏิบัติงานของกระบวนการจ่ายสินค้า : กรณีศึกษาบริษัทอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่มจำกัด. วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม 2564;17(2):69-86.
8. วิรุณัฐ ภัคพรหมินทร์, ศวิษฐ์ ศรีเบญจกานนท์. การปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อลดความสูญเสียของกระบวนการจัดเก็บวัตถุดิบในคลังสินค้าด้วยเทคนิค Operation Analysis : กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมชิ้นส่วนยานยนต์. วารสารบริหารธุรกิจและภาษา 2564;9(2):64-77.
9. กัญจนนรี จิตต์ธนานันท์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, นิวัฒน์ นัตสถาพร. การใช้แผนที่สายธารคุณค่าเพื่อพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายยาภายในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560;13(4):50-62.
10. อติกานต์ ม่วงเงิน. การประยุกต์ใช้เทคนิคแบบลิน (ECRS+IT) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานระบบตู้รับคืนหนังสืออัตโนมัติ. กรุงเทพฯ: สำนักบรรณสารการพัฒนาสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2562.
11. มัตติกา ประพฤติดี. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช.
วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2564;
1(2):16-29.
12. พรชนก เมฆไพบูลย์. ประสิทธิภาพของระบบ
บริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายในการบริหารคลัง
เวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อ.แหลมสิงห์ จ.จันทบุรี (วิทยานิพนธ์). นครปฐม:
มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564.
13. ชรัณ ประยูรเสถียร, ภิญญาดา นฤบุญญฤทธิ,
กิตติภักดิ์ เจิงฮั่ว. การพัฒนาคุณภาพระบบเติมยา
โดยใช้แนวคิดลีนในเครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ จังหวัดชัยนาท. วารสาร เกสัชศาสตร์
อีสาน 2564;17(4):75-87.
14. ณัชชา รุ่งโรจน์พานิช. การประยุกต์ใช้แนวคิด
ลีนเพื่อพัฒนากระบวนการเบิกและจ่ายยาจาก
คลังยา. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม
พระเกียรติ 2560;2(1):31-35.
15. วิชัย ก้องเกียรตินคร. ผลของการประยุกต์ใช้
แนวคิดแบบลีนในการปรับปรุงระบบเติมเต็ม
ยาคลังของงานเภสัชกรรม โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ 2563;15(4):56-65.
16. กษมา แก้วบำรุง, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์
ภักดีกุล. วิเคราะห์การบริหารคลังเวชภัณฑ์ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):95-102.

พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

The participatory development model of health promotion among older adults with diabetes mellitus disease and hypertension in Pa Makhap Sub-district, Amphoe Mueang, Phichit Province

รัชชนันต์ภักทร เชื้อสุวรรณ พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ามะคาบ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและวัดประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น แบ่งการศึกษาออกเป็นสองระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการออกแบบและการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามรูปแบบและวัดประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 35 คน ตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลด้วยpaired t-test ผลการศึกษา ระยะแรกพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ 3) อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส นิ่งสมาธิ ทำบุญ ไหว้พระ 4) ลด ละ เลิกบุหรี่ และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) สังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง และผลการวัดประสิทธิผลของรูปแบบที่สร้างขึ้นพบว่า หลังดำเนินการ 3 เดือน ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการมีส่วนร่วม ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพ ดีขึ้น ผู้กำหนดนโยบายจึงควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ในระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบท และ ปัญหาของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วม

Abstract

This research and development study aims to develop and evaluate the effectiveness of participation in the health promotion model among older adults with DM and HT. It was divided into 2 phases; the first phase was to be developed a program for health promotion and the second phase; was to implement and measure the effectiveness of participation in the health

promotion model. The sample size was 35 older adults with DM and HT from Pa Makhab subdistrict, Mueang District, Phichit Province by simple random sampling technique. The questionnaire consisted of 1) knowledge 2) belief and attitude 3) participation in health promotion. Data were collected by questionnaires which consisted of knowledge, belief and attitude, and participation in health promotion. The t-test statistic; paired t-test was applied to the testing hypothesis. The results of the developed model revealed that there were 5 issues consisting of 1. consuming healthy food, 2. Excise at least 30 minutes 5 days per week 3. Cheerful mood, meditate, make merit, and pay homage, 4. Reduce and quit smoking and alcohol, and 5. Observe any abnormalities in yourself. The results of the test hypothesis displayed that the mean knowledge belief and attitude and participation in health promotion significantly increased more than before the implementation program. It means that this model can improve knowledge, belief and attitude, and participation in health promotion. Policymakers should develop a model of participation in health promotion model from this study the health promotion system based on the context and problems of each area.

Key words : Older Adults, Diabetes Mellitus Disease and Hypertension, Health Promotion, Participatory

บทนำ

จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 900 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 22 ของประชากรโลก โดยร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ อยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁾ เช่นเดียวกับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2561 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็กเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากร ผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 2 ของเอเชียรองจากสิงคโปร์ ประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่างๆ จากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายและโรคประจำตัวเรื้อรัง⁽²⁾ จากรายงาน ปี 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2565 มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบจำนวน 9,527,054 คน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7,501,688 คน หรือร้อยละ

78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 และรองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12

โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่มีน้ำตาล (กลูโคส) ออกมากับปัสสาวะ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ เหตุผลอาจจากความผิดปกติของอินซูลินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ดังนั้นการขาดอินซูลินหรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินจะส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ น้ำตาลในเลือดจึงสูงกว่าปกติ เมื่อร่างกายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน น้ำตาลเป็นอาหารที่ดีของเชื้อโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย บ่อยมากขึ้น และการหายของแผลจะใช้เวลานานกว่าคนปกติ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่างๆ ตามมาเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ความพิการ หรือ การเสียชีวิตตามมา⁽³⁾ สำหรับความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่แรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐานขึ้นกับวิธีการวัดโดยถ้าวัดที่สถานพยาบาล ค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความ

ดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง⁽⁴⁾

ข้อมูลจาก Health Data Center: HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2565 สถานการณ์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร ปี 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานจำนวน 72,3090 คน หรือ ร้อยละ 73.60 พบกลุ่มเสี่ยงสูง โรคเบาหวาน จำนวน 1,018 คน หรือร้อยละ 0.14 และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 44,513 คน หรือ ร้อยละ 45.23 พบกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง 3,436 คนหรือร้อยละ 7.71 สำหรับอำเภอเมือง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 15,272 คน หรือ ร้อยละ 73.82 พบกลุ่มเสี่ยงสูง โรคเบาหวาน จำนวน 186 คนหรือร้อยละ 1.2 และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9,684 คนหรือร้อยละ 46.81 พบกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง 392 คนหรือร้อยละ 4.04 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร มีประชากรผู้สูงอายุเท่ากับ 1,569 คน คิดเป็นร้อยละ 19.24 ของประชากรทั้งหมด ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 1,269 คน หรือร้อยละ 80.88 พบกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน จำนวน 86 คนหรือร้อยละ 6.77 และ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 49 คน หรือ ร้อยละ 3.86 และ ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 753 คนหรือร้อยละ 47.99 พบกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 36 คน หรือร้อยละ 4.78 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 133 คนหรือร้อยละ 17.66

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ผลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ามะคาบ พบกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงกว่าจังหวัดพิจิตร และอำเภอเมือง

พิจิตร ผู้ศึกษาตระหนักต่อสถานการณ์ดังกล่าว หากไม่ดำเนินการพัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหา จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต ประกอบกับงานวิจัยที่จะนำมาสู่การกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาในลักษณะนี้มีจำนวนน้อย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

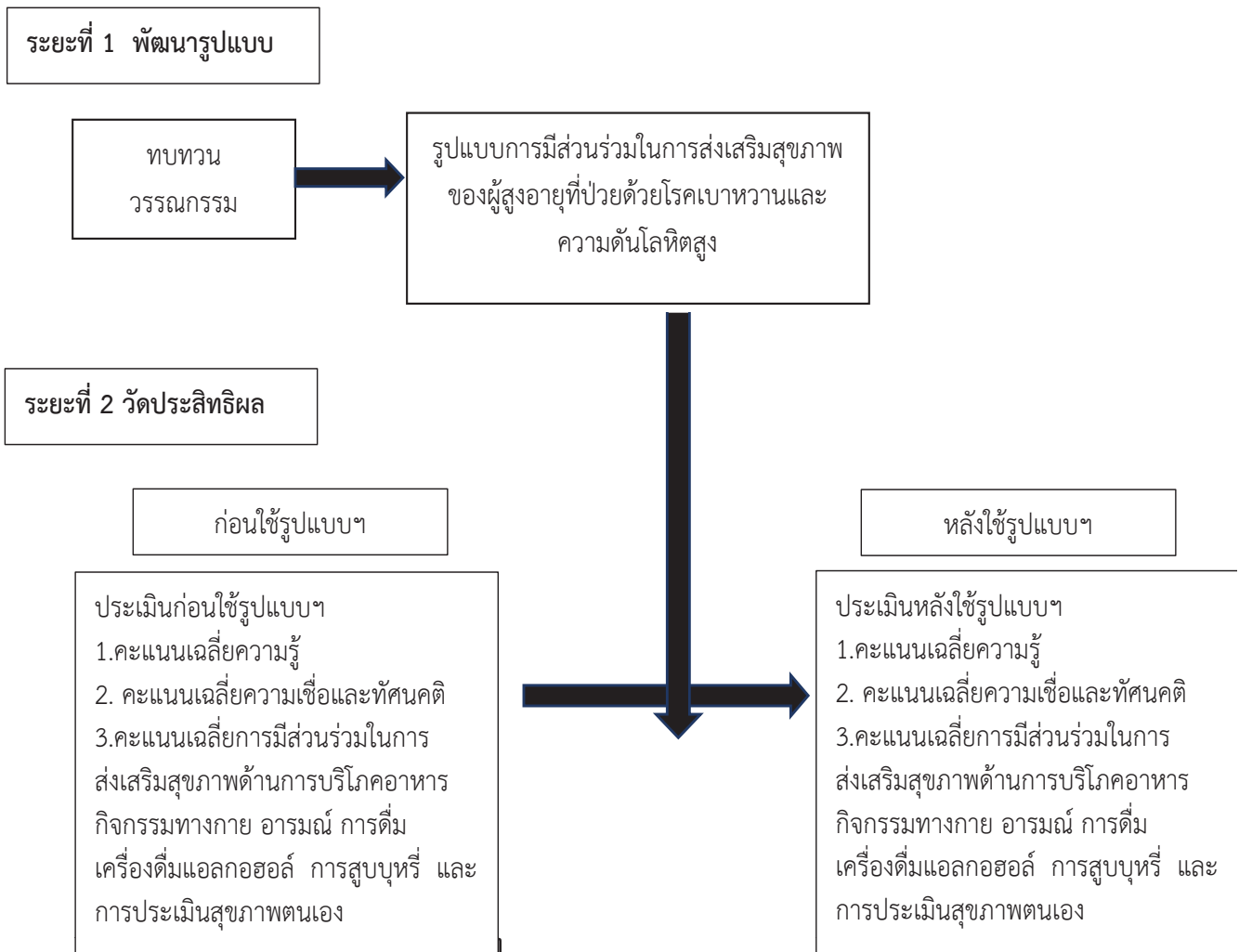
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย อารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการประเมินสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบผสมวิธี (Mixed method) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการออกแบบและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการตามรูปแบบและวัดประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความแตกต่างของคะแนน ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบก่อนและภายหลังดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญ เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพ. รพสต. ประธานชุมชน ผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน

ระยะที่ 2 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลป่ามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปี 2564 จำนวน 292 คน คำนวณขนาดตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันก่อน - หลังทดลอง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.65 α error = 0.05 Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28 คน คำนวณเผื่อข้อผิดพลาดร้อยละ 25 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างโดย

การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับการทดลอง จำนวน 35 คน เป็นตัวแทนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้า กลุ่มแรกอาสาสมัครด้วยวิธีการสุ่มสุ่มกลุ่ม ดังนี้คือ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รพสต. ประธานชุมชน ที่มีความยินดีเข้าร่วมโครงการ และผู้สูงอายุไทยทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60 - 79 ปีอาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินการศึกษาไม่ต่ำกว่า 1 ปีนับจากวันที่เก็บข้อมูล ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบสองเข็มแล้ว เท่านั้น และยินดีเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มที่สองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง อายุระหว่าง 60 - 79 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินการศึกษาไม่ต่ำกว่า 1 ปี นับจากวันที่เก็บข้อมูล ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบสองเข็มแล้ว และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ และเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกคือ เป็นผู้มีปัญหาทางจิต หรือผู้พิการทางสมอง หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา และเป็นบุคคลที่มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้

ระยะที่ 1 เป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ อารมณ์ และการสังเกตสุขภาพตนเอง ที่ได้จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปมาเป็นแนวคำถามในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำมาประกอบการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ที่นำมาประยุกต์จากส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. น.นครสวย ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค(5)

ระยะที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์จำนวน 41 ข้อประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนที่

2 ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้านความหมาย สาเหตุ และ อาการ จำนวน 5 ข้อ อาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และ การรักษา จำนวน 2 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ข้อที่ตอบถูกต้อง 1 คะแนนตอบผิดไม่ได้คะแนนรวมคะแนนความรู้ทั้งหมด ถ้ามีความรู้ทั้งหมดไม่น้อยกว่า 50 ของข้อคำถามทั้งหมด ถือว่ามีความรู้

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ และการดูแลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามด้านบวก ดังนี้คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน และ ทางตรงกันข้ามการให้คะแนนข้อคำถามด้านลบ ดังนี้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน คะแนนทัศนคติต่อการความเชื่อและทัศนคติต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แสดงว่า มีทัศนคติทางบวก หรือทัศนคติที่ดี ถ้ามีคะแนนทัศนคติมากกว่า 26 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติในทางบวกระดับสูง ถ้ามีคะแนนทัศนคติ ระหว่าง 14-26 คะแนน แสดงว่า มีทัศนคติในทางบวกต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง และถ้ามีคะแนนทัศนคติน้อยกว่า 14 คะแนน แสดงว่า มีทัศนคติในทางบวกต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย/กิจกรรมต่างๆ จำนวน 5 ข้อ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ การพักผ่อน การทำบุญ การผ่อนคลายจำนวน 4 ข้อ การดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดัน และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การประเมินค่าคะแนน

ที่ได้จากการวัดข้อมูลประเภทอันตรายภาคชั้น ผู้วิจัยใช้สูตรการหาความกว้างของอันตรายภาคชั้นคือ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วย จำนวนชั้นเท่ากับ 0.75 เกณฑ์พิจารณาระดับพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง ปฏิบัติประจำค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง ปฏิบัติบ่อย ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ทดสอบเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์และสร้างขึ้น เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วยความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ผลการหาค่าความตรงของข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.90

ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ด้วยวิธีหาค่าคอนบลาคของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านความเชื่อและทัศนคติของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าเท่ากับ 0.80 0.76 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ 12/2565 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2565

เก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม 2565 รวม 5 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ มีลำดับขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้รู้ผู้มีประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญ 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 ทำหนังสือเชิญผู้เกี่ยวข้องในชุมชนประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพ. รพสต. ประธานชุมชน และผู้สูงอายุรวม 8 คน เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท และขั้นตอนที่ 3 นำเสนอพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จัดทำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. น.นครสวย ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽⁵⁾ มาประกอบด้วย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกมื้อ ออกกำลังกายเหมาะสมอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส นิ่งสมาธิ ทำบุญไหว้พระ ทุกวันสม่ำเสมอ ลด ละ เลิกบุหรี และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ สังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง วัดความโลหิต เป็นประจำ

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและวัดประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีลำดับขั้นตอนดังนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการสุ่มสุ่มอย่างง่าย ชี้แจง ความเป็นมาของโครงการ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ การศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ เก็บข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย อารมณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการประเมินสุขภาพตนเอง จากนั้นดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดำเนินการตามรูปแบบ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เดือนแรกดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เดือนที่สองกระตุ้น ทบทวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเดือนที่สามประเมินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และดำเนินการเก็บความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรม



ทางกาย อารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และ การประเมินสุขภาพตนเองอีกครั้งทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ลงรหัสบันทึกคำตอบในคอมพิวเตอร์ และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพก่อน และหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ paired samples t - test ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการส่งเสริม

สุขภาพตนเอง นำแนวคิด 3 อ. 2 ส. น.นครสวาย ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ ทราบวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ วิธีการดำเนินการ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ระดมผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมในการดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ต้องเน้นให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ วิธีการดำเนินการที่มาจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุ การให้ความรู้เกี่ยวกับรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส ลด ละ เลิก บุหรี่ และแอลกอฮอล์ และการสังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง ร่วมกับการจัดกิจกรรมต่างๆ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดำเนินการประชุมกลุ่มให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมบ้านทุกๆ เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงผลการสนทนากลุ่มจำแนกตามประเด็นการสนทนาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม

| ประเด็น | อาหาร | ออกกำลังกาย | สุขภาพใจ อารมณ์ | บุหรี่และแอลกอฮอล์ | สังเกตสุขภาพตนเอง |
|---------------------|---|--|---|--|---|
| รูปแบบการให้ความรู้ | -จัดอบรมให้ความรู้ทุกๆ เดือน -จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | ให้ความรู้กิจกรรมสูงอายุ แกว่งแขน เดิน ถูทรายออก กำลังกาย ไม้ พลอง | -ให้ความรู้ ทำ จิตใจให้แจ่มใส เบิกบาน ประโยชน์ของการ นอนหลับพักผ่อน ผลเสียของ อารมณ์ขุ่นมัว | -ให้ความรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ลดละเลิก สุขภาพแข็งแรง ลด ภาวะแทรกซ้อนและ ประหยัดค่าใช้จ่าย | -ให้ความรู้เกี่ยวกับ การวัดระดับน้ำตาล วัดความดันโลหิต ระดับที่ปกติและที่ ผิดปกติ |
| | -เยี่ยมบ้าน กระตุ้นให้ กำลังใจ | | | | |
| เนื้อหาสาระ | -ประโยชน์ อาหารและ อาหารที่ เหมาะสม -โรคและ ภาวะแทรกซ้อน | -ประโยชน์ของ การออกกำลังกาย -ระยะเวลาใน การออกกำลังกาย | -การให้กำลังใจ ประโยชน์ของการ ตรวจและรักษา ตามนัด --ผลดีฝึกสมาธิ สวดมนต์ | -ปฏิบัติตัวในการลด ละ เลิก ทำได้จริง ก็ จะทำตามแบบอย่าง | -การปฏิบัติตัวที่ ถูกต้อง -รักษาระดับน้ำตาล และระดับความดันให้ อยู่ในระดับปกติ |
| การประเมินผล | -เยี่ยมบ้าน ร่วมกับการ บันทึกความถี่ ในการปฏิบัติ | -เยี่ยมบ้านการ บันทึกการออก กำลังกายปฏิบัติ ได้ถูกต้อง | -การปฏิบัติ กิจกรรมส่งเสริม อารมณ์ ให้ร่าเริง แจ่มใส ไร่บ้าง | -ติดตามการปฏิบัติ จากเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การปฏิบัติตาม | -เยี่ยมบ้าน วัดความ ดันโลหิตและการอ่าน ค่าความดัน การจด บันทึก |

ตาราง 2 แสดงจำนวน และ ร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และฐานะทางเศรษฐกิจ

| ลักษณะทั่วไป | จำนวน(n=35) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 8 | 22.9 |
| หญิง | 27 | 77.1 |
| อายุ(ปี) (Mean=67, SD.=4.86, max=80, min=60) | | |
| 60-67 | 18 | 51.4 |
| ≥68 | 17 | 48.6 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 3 | 8.6 |
| ประถมศึกษาขึ้นไป | 32 | 91.4 |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 19 | 54.3 |
| หม้าย/หย่า/แยกกัน | 18 | 45.7 |
| อาชีพหลัก | | |
| เกษตรกร | 13 | 37.1 |
| รับจ้างทั่วไป | 9 | 25.7 |
| ไม่ได้ทำงาน | 12 | 34.3 |
| ค้าขาย | 1 | 2.9 |
| ฐานะทางเศรษฐกิจ | | |
| พอใช้ มีเหลือเก็บ | 13 | 37.1 |
| พอใช้ ไม่เหลือเก็บ | 14 | 40.0 |
| ไม่พอใช้ | 3 | 8.6 |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน | 5 | 14.3 |

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง อายุระหว่าง 60-67 ปี เฉลี่ย 67 ปี ระดับการศึกษา ระดับ ประถมศึกษาขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ และ

ประกอบอาชีพเกษตรกร ฐานะทางเศรษฐกิจ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ 3 เดือน

| ปัจจัย | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ผลต่าง | t | sig |
|----------------------------|-------------|--------------------------|--------|--------|--------|
| ความรู้ | | | | | |
| ก่อนดำเนินการ | 4.8 | 1.78 | 2.1 | 5.396 | 0.000* |
| หลังดำเนินการ | 6.9 | 1.46 | | | |
| ความเชื่อและทัศนคติ | | | | | |
| ก่อนดำเนินการ | 22.00 | 2.93 | 12.5 | 17.176 | 0.000* |
| หลังดำเนินการ | 34.69 | 3.15 | | | |

| ปัจจัย | คะแนนเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน | ผลต่าง | t | sig |
|----------------|-------------|--------------------------|--------|-------|--------|
| การมีส่วนร่วมฯ | | | | | |
| ก่อนดำเนินการ | 43.60 | 5.00 | 7.3 | 5.753 | 0.000* |
| หลังดำเนินการ | 50.90 | 5.60 | | | |

*p<0.001

จากตารางที่ 3 พบว่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าก่อนดำเนินการ คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 4.8 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.78 ความเชื่อ และทัศนคติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 22.00 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.93 และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 43.60 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.00 หลังดำเนินการ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 6.9 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.46 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติ เท่ากับ 34.69 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.15 และ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 50.90 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.60 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนดำเนินการ เท่ากับ 2.1 12.49 และ 7.3 คะแนน ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี พัฒนารูปแบบผ่านผู้เชี่ยวชาญและระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพ. รพสต. ประธานชุมชน ผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ประเด็น ดังนี้คือ 1) การสนับสนุนส่งเสริมรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกมื้อ 2) จัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์และการสนับสนุนที่เหมาะสม 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมให้อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส นั่งสมาธิ ทำบุญไหว้พระทุกวัน สม่่าเสมอ

และการสนับสนุน 4) จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ลด ละ เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสนับสนุน 5) สนับสนุนส่งเสริมให้สังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง วัดความดันโลหิตเป็นประจำ และการสนับสนุนต่อเนื่องเข้มข้น ระยะดำเนินการ 3 เดือน พบว่า การเพิ่มศักยภาพบุคคล การให้ความรู้ การกระตุ้นติดตาม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจในบุคคล สนับสนุนให้บุคคล ปรับเปลี่ยนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการสอดคล้องกันกับการศึกษาที่ทดลอง สร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของ ไปรมา กลิ่นนิริฐ (2558) ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 70 คน พบว่า หลังดำเนินการผู้ป่วยที่ได้รับแผนการสร้างเสริมพลังอำนาจในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาด้านการมีปฏิสัมพันธ์ และกิจกรรมโภชนาการ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การศึกษาของ สุนันท์ ศรีวิรัตน์ และ อรอนงค์ แซ่กี้ (2560) ศึกษาแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 35 ปี ที่มีค่าน้ำตาลในเลือด 100 mg/dL ขึ้นไป จำนวน 37 คน รูปแบบการศึกษาใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงทุกคน มีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ เป็นการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม เป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาครั้งนี้ ที่นำการมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เมื่อดำเนินการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองการใช้กับชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดการสูบบุหรี่ของประชาชนอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ของมาโนชญ์ ชุนคำ, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช (2561) พบว่า พฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่ ดีกว่าก่อนดำเนินการ⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นหลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันมีนัยสำคัญ

ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ภาพรวมก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ของ พรพจน์ สารทอง (2561) ที่แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล ผลการศึกษา พบว่า การทำงานของไตดีขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสูบบุหรี่ลดลง ระดับดี การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา และคณะ (2563) ศึกษาความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อในความสามารถ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดยโสธร ของ อังศุมาลิน โคตรสมบัติ และ เพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์ ที่พบว่า

ระดับน้ำตาล ความดันโลหิตลดลง ทำให้ชะลอความเสี่ยงของไต และคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ของจินตนา บุญพร (2563) พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ผู้ป่วยจัดการตนเอง และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การศึกษานี้พิจารณาในมุมมองผู้ให้บริการที่ผ่านการทบทวนจึงเป็นการมองให้ครอบคลุมทั้งผู้รับบริการที่มีความต้องการ และผู้ให้บริการที่ต้องสอดคล้องกันเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่เหมาะสม⁽¹³⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการสร้างโปรแกรม หรือพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุจึงเป็นการกระตุ้น ติดตาม ประเมินผลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการรับฟัง ร่วมแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นกระบวนการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและปัญหาของพื้นที่ จึงควรจะมีการเชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมในการออกแบบ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นประเด็นหลักที่ได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ เร่งดำเนินการปรับปรุง และส่งเสริมการพัฒนาการมีส่วนร่วมให้เหมาะสม ต่อไป

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ 2) การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ 3) อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส นั่งสมาธิ ทำบุญไหว้พระ ทุกวัน สม่่าเสมอ 4) ลด ละ เลิกบุหรี่ และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) สังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเอง วัดความดันโลหิตเป็นประจำ ร่วมกับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เข้มข้น ในระยะดำเนินการ 3 เดือน เป็นรูปแบบสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้

ความเชื่อและทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการดำเนินการตามรูปแบบเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งตำบลและขยายผลสู่อำเภออื่นๆ ในจังหวัดต่อไป

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ไปบูรณาการเป็นโครงการประจำที่บรรจุอยู่ในแผนงาน/โครงการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เน้นการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้องเหมาะสม และขยายผลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรนำการศึกษาการรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพไปศึกษาต่อยอดเพิ่มเติม โดยเฉพาะรูปแบบการวัดประสิทธิผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ในประเด็น “ฉันไม่กินอาหารหวาน มัน หรือ เค็มจัด” “ฉันไม่ปรุงหรือเติมเครื่องปรุง” และ “ฉันนอนหลับสนิท ไม่ตื่นกลางดึก” นอกจากนี้ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มควบคุม เพื่อให้การวัดประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่ออื่นๆ กับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นการวางรากฐานการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะเพิ่มโอกาส ในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อและ โรคติดต่อในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางประภา ราชา พยาบาลวิชาชีพ เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาล พิจิตร และนางกฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพิจิตร ดร.สำราญ สิริภคมงคล หัวหน้ากลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย ดร.สวรรยา สิริภคมงคล หัวหน้างานวิจัยและวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

จังหวัดนครสวรรค์ นายประสูตร เพ็ชรภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปามะคาบ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ทำให้รายงานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Aging and health: fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2022 December 17]. Available from: http://www.int/media-centre/factsheets/fs_404/en/
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ปี61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://1th.me/XDRmG>.
3. สายสมร พลตงนอก, สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์, กาญจนศรี สิงห์ภู. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2558.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension; 2558.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการป้องกันการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD CLINIC PLUS. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (CLASSICAL TEST THEORY). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. ไปรมา กลิ่นนิรัญ. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

- วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น 2558;3(2):213-30.
8. สุพันธ์ ศรีวิรัตน์, อรอนงค์ แซ่กี้. การเสริมพลัง
การดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ
35 ปีขึ้นไปในการป้องกันโรคเบาหวานโดยการ
สนับสนุนของครอบครัวและชุมชน. วารสาร
สุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ 2560;31(3):43-7.
 9. มาโนชญ์ ขุนคำ, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. ผลของ
โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลด
การสูบบุหรี่ของ ประชาชน อำเภอปึงสามัคคี
จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการพยาบาลและ
สุขภาพ 2561;12(1):48-57.
 10. พรพจน์ สารทอง. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอไต
เสื่อมแบบบูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอ
เรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม 2561;15(3):76-84.
 11. นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ธีระวุธ ธรรมกุล, ขวัญทิพย์
เฮงไป๋. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการ
มีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน
2563;6(3):34-47.
 12. อังศุมาลิน โคตรสมบัติ, เพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์.
การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ3b และหรือภาวะ
หัวใจล้มเหลวในจังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุข
จังหวัดขอนแก่น 2563;2(1):41-57.
 13. จินตนา บุญพร. การพัฒนารูปแบบการจัดการ
ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
ของอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสาร
เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(2):
322-40.

ความสมดุลคุณภาพชีวิตการทำงานและการเสริมแรงพลังบวก ให้กับทีมสุขภาพ อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

Work-life balance and positive reinforcement for the wellness team of Pang Sila Thong District Kamphaeng Phet Province

อลงกต พวงพุ่ม ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปingsสามัคคี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตการทำงานภาพรวมและรายด้านของทีมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน และกำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ประชากรที่ศึกษาคือทีมสุขภาพ ผู้บริหารองค์กร (อบต./ทต. สสอ. รพ.) และผู้ปฏิบัติงานทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลแบบผสมวิธีคือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่า t-test ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร มีคุณภาพชีวิตการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.75) กลุ่มตัวอย่างที่มี ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน ระดับความสมดุลการทำงานต่างกัน จะมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน ($p < 0.05$) ความสมดุลชีวิตการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r = 0.641$) โดยพบว่าความสมดุลชีวิตการทำงาน ($\beta = 0.528$) และการศึกษา ($\beta = -0.219$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพได้ร้อยละ 33.5 ($R^2 = 0.335, p < 0.05$) แนวทางการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ โดยต้องการ “เสริมแรงพลังบวก” เกี่ยวกับ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) มีอิสระในการทำงาน 3) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและทีมงาน 4) การได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ 5) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือควรกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรแบบมีส่วนร่วม มอบหมายงานตามความรู้ความสามารถ และควรทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลชีวิตการทำงาน คุณภาพชีวิตการทำงาน ความผูกพัน และผลงานของทีมสุขภาพที่มีต่อองค์กร

คำสำคัญ : การเสริมแรง, คุณภาพชีวิตการทำงาน, ทีมสุขภาพ, สมดุลชีวิตการทำงาน

Abstract

This survey research was to compare of overall and individual quality of work life of health teams classified by personal factors. Factors related to the quality of work life and set guidelines for enhancing the balance between life and the collaboration of the Pang Sila Thong District Health Team Kamphaeng Phet Province. The study population was the health team, organizational executives (sub-district administrative organization), and all workers in sub-district

health-promoting hospitals. The combined data collection method are: 1) quantitative research, a questionnaire was used with a sample of 80 people, and 2) qualitative research, with a group discussion process selecting a specific sample group of 20 people. Data were analyzed by descriptive statistics, t-tests, correlation coefficient, multiple regression coefficients, and content analysis. The research results can be summarized as follows.

The study found that: Pang Sila Thong District Health Team Kamphaeng Phet Province the overall quality of work life was at a moderate level (68.75%), available samples' education levels, job positions, monthly income different levels of work balance had different overall and Individual quality of life ($p < 0.05$). Overall work-life balance was moderately positively correlated with quality of work-life ($r = 0.641$), It was found that work-life balance ($\beta = 0.528$) and education ($\beta = -0.219$) could jointly predict the quality of work-life in the health team 33.50% ($R^2 = 0.335$, $p < 0.05$). Guidelines for enhancing life balance and collaboration among health teams with the need to “Reinforcing positive energy” about 1) Participation in decision-making 2) Freedom of work 3) Confidence in the performance of oneself and team 4) Potential development 5) profession advancement.

This study suggests that a participatory human resource development plan should be formulated. Assign tasks based on knowledge and abilities and an in-depth study on factors affecting work-life balance should be undertaken. Quality of work life, engagement, and contributions of the health team to the organization.

Keywords : reinforcement, quality of work life, health team, work-life balance

บทนำ

ในสภาพการปัจจุบันจะเห็นได้ว่าบุคคลต้องทำงานหนักอย่างเร่งรีบและต้องแข่งกับเวลาซึ่งมีงานวิจัยพบว่าภาวะการแข่งขันในยุคโลกาภิวัตน์นี้มีผลร้ายต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานเนื่องจากต้องการเงินมาจุนเจือและเลี้ยงดูครอบครัว แม้แต่ผู้หญิงก็ต้องออกไปทำงานนอกบ้านซึ่งเป็นการเพิ่มภาระหน้าที่ทั้งบทบาทการเป็นภรรยา แม่ ลูก หรือแม้แต่ผู้บริหารองค์กร ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และความกดดันต่างๆ ซึ่งจะนำมาสู่โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตามมาได้ ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามบริบทที่บุคคลนั้นมีความเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคคลที่มีสถานภาพโสดกับบุคคลที่แต่งงานแล้วก็แตกต่างกัน ในบทบาทหน้าที่ที่ต่างกันก็จะมีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่ต่างกันเพราะมีภาระแตกต่างกันวัฒนธรรมองค์กรและการบริหารจัดการองค์กรก็มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่แตกต่างกัน มีการศึกษา

พบว่าองค์กรที่มีนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของพนักงานจะช่วยในการส่งเสริมกระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นสามารถรักษาพนักงานไว้ได้ ทำให้อัตราการขาดงานและการลาออกลดลงได้⁽¹⁾ ดังนั้น ประเด็นเรื่องความสมดุลของชีวิตและการทำงาน (Work life Balance) จึงได้รับความสนใจมากขึ้นทั้งในส่วนภาครัฐบาลและเอกชนของประเทศต่างๆ ทั่วโลก จึงเป็นที่มาของคำว่า “คุณภาพชีวิตการทำงาน : Quality of Working Life”

คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันเพราะคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญ เป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า เมื่อคนต้องทำงานและอยู่ในที่ทำงานเป็นส่วนใหญ่จึงควรมีสถานะที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้เกิดความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มีความมั่นคงทั้งสุขภาพทางกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ทำให้มีการพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพ และส่งเสริมให้ได้ผลผลิตและการบริการที่ดีทั้งคุณภาพและปริมาณโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี ต้องการการยอมรับและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ดังนั้นหากองค์กรสามารถสรรหาคนดี มีความรู้ ความสามารถเข้ามาปฏิบัติงาน จะเป็นการเสริมพลัง (empowerment) และสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเหล่านั้นอยู่ปฏิบัติงานกับองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตการทำงานยังมีผลต่อการทำงานคือทำให้งานดีไปด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่องานและความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจตลอดจนงบประมาณและบุคลากร และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ให้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด⁽²⁾ ซึ่งการแยกสังกัดของหน่วยบริการนี้มีผลต่อการติดต่อประสานงานและมีความยุ่งยากในการปฏิบัติงานร่วมกันเพราะต้องประสานผ่านองค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้วส่งการมายังหน่วยบริการ จึงต้องใช้เวลานานมากขึ้นกว่าจะได้ทำงานร่วมกัน และเป็นผลให้บุคลากรต่างฝ่ายต่างปฏิบัติงานตามนโยบายต้นสังกัดของตนเอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทอง เป็นองค์กรหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เนื่องจากการถ่ายโอนของหน่วยบริการตามแผนกระจายอำนาจฯ ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่ง เตรียมถ่ายโอนไป อบจ. อีก 1 แห่ง จึงเหลือหน่วยบริการในสังกัดเพียง 1 แห่ง ซึ่งมีข้อจำกัดทางทรัพยากรทั้งด้าน คน เงิน ของ แต่จำนวนผู้รับบริการกลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมีการให้บริการของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นเครือข่ายในการให้บริการทั้งในสังกัดและถ่ายโอน ซึ่งต่างจากหน่วยบริการถ่ายโอนที่ปฏิบัติงานเพียงตอบสนองนโยบายของผู้บริหาร ไม่ได้คำนึงถึงรูปแบบบริการตามเกณฑ์

คุณภาพมาตรฐานและตัวชี้วัด (KPI) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำให้บุคลากรภาครัฐที่มีจำนวนจำกัดเกิดความเหนื่อยล้าบนความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการ ตลอดจนผลการดำเนินงานที่ต้องผ่านตัวชี้วัด (KPI) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อแรงจูงใจของทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก แต่การดำเนินงานต้องขับเคลื่อนในภาพอำเภอโดยต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยบริการทุกแห่งในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนและตัวชี้วัดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของทีมสุขภาพทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

จากความสำคัญของทรัพยากรมนุษย์และการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการภาครัฐต่อระบบบริการสุขภาพ บนพื้นฐานของความต้องการของประชาชนแบบไร้ขีดจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อความสมดุลชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษางานวิชาการฉบับนี้ขึ้น ซึ่งผลการศึกษาคาดว่าจะสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อระบบสุขภาพของประชาชนอำเภอปางศิลาทองแบบยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อกำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

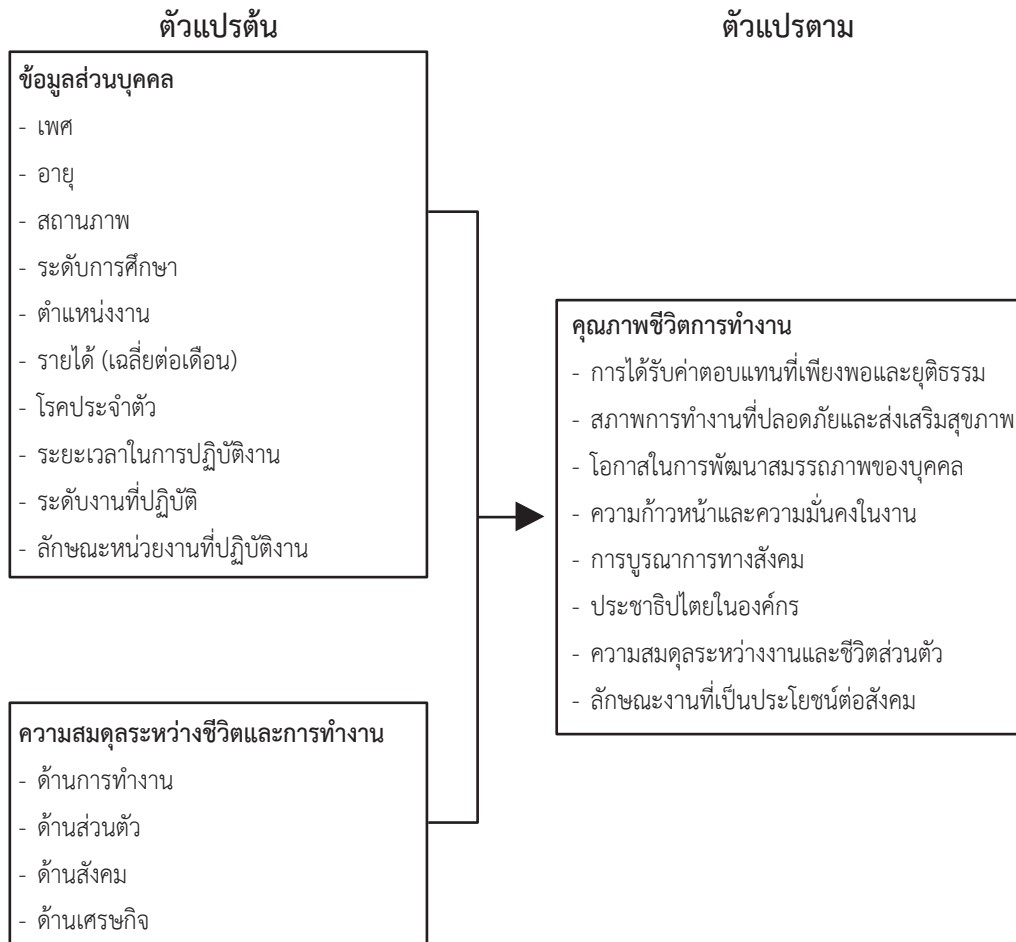
สมมติฐานการวิจัย

1. ทีมสุขภาพของอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน แตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล
2. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ โรคประจำตัว ระยะ

เวลาในการปฏิบัติงาน ระดับงานที่ปฏิบัติ ลักษณะหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

3. การเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจทางบวกเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ ใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบผสมวิธี คือการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจเปรียบเทียบและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลชีวิตการทำงานของทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร (ทั้งที่ถ่ายโอนและในสังกัดของ สสอ.ปางศิลาทอง) จำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกแบบเจาะจงจากทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ทั้ง 80 คน ซึ่งครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของทีมนักสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง

มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน)
- 2) ยินดีร่วมการวิจัย และสมัครใจให้ข้อมูล (เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน) โรคประจำตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับงานที่ปฏิบัติ ลักษณะหน่วยบริการ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของทีมนสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเรียงจาก 5, 4, 3, 2, 1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนเรียงจาก 1, 2, 3, 4, 5 การแปลผลระดับความคิดเห็นจากร้อยละของคะแนนเต็ม จัดคะแนนในภาพรวมเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽³⁾ ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 = สูง, ร้อยละ 60-79 = ปานกลาง, น้อยกว่าร้อยละ 60 = ต่ำ ส่วนการแบ่งระดับความคิดเห็นรายด้านและรายข้อใช้เกณฑ์โดยวิธีอิงกลุ่ม (Norm reference) ถือตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย[3] โดยใช้สูตร (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด/จำนวนขั้น) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 = ต่ำ, คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 = ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 = สูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมนสุขภาพ จำนวน 63 ข้อ ลักษณะแบบ สอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็นเช่นเดียวกับส่วนที่ 2 เกณฑ์การแปลผลระดับความคิดเห็นและการแบ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการอธิบายระดับของตัวแปรจำแนกรายด้านและรายข้อผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC = 0.92) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมนสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในกรณีที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) และปัจจัยทำนาย Stepwise multiple regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

ตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมนสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ของหน่วยงาน คือเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) จำนวน 6 คน บุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทอง จำนวน 2 คน โรงพยาบาลปางศิลาทอง จำนวน 2 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ลักษณะแนวคำถามแบบปลายเปิด เข้าใจง่าย และเป็นคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ตามประเด็นการสนทนา ดังนี้ การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) และการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมนสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง ก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มแนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ หาข้อตกลงของแนวปฏิบัติในการสนทนากลุ่ม รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง โดยมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการจดบันทึกย่อข้อมูลสำคัญ ก่อนจบการสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการได้ทำการสรุปสิ่งที่ได้ให้ที่ประชุมรับทราบและได้อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกเสียงโดยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลทิ้งเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นลง หลังการสนทนา

กลุ่มผู้วิจัยได้ทำการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียง ออกเป็นบทสนทนา จัดลำดับข้อความที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยนำกลับไปให้ตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลบางรายยืนยัน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 65 03 16 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.75) มีอายุระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 31.25) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.25) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 52.50) ตำแหน่งงานลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 41.25) รายได้ต่อเดือน 10,000-30,000 บาท (ร้อยละ 46.25) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 63.75) เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 87.50) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 78.75) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล

| ข้อมูล (n = 80) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. เพศ | | |
| - ชาย | 17 | 21.25 |
| - หญิง | 63 | 78.75 |
| 2. อายุ.....ปี | | |
| - <30 ปี | 17 | 21.25 |
| - 30-40 ปี | 25 | 31.25 |
| - 41-50 ปี | 22 | 27.50 |
| - >50 ปี | 16 | 20.00 |
| $\bar{x} = 40.22, SD. = 11.605, \text{min} = 22, \text{max} = 70$ | | |
| 3. สถานภาพสมรส | | |
| - โสด | 29 | 36.25 |
| - สมรส | 45 | 56.25 |
| - หม้าย/หย่า/ร้าง | 6 | 7.50 |
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| - ต่ำว่าปริญญาตรี | 33 | 41.25 |
| - ปริญญาตรี | 42 | 52.50 |
| - ปริญญาโท | 5 | 6.25 |
| 5. ตำแหน่งงาน | | |
| - ข้าราชการ | 29 | 36.25 |
| - พนักงานราชการ | 1 | 1.25 |
| - พนักงานกระทรวง | 9 | 11.25 |
| - ลูกจ้างชั่วคราว | 33 | 41.25 |
| - จ้างเหมาบริการ | 8 | 10.00 |

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

| ข้อมูล (n = 80) | | จำนวน | ร้อยละ |
|---|--|-------|--------|
| 6. รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน).....บาท | | | |
| - <10,000 บาท/เดือน | | 29 | 36.25 |
| - 10,000–30.000 บาท/เดือน | | 37 | 46.25 |
| - >30,000 บาท/เดือน | | 14 | 17.50 |
| \bar{x} = 18383.80, SD. = 12942.52, min = 3300, max = 69040 | | | |
| 7. โรคประจำตัว | | | |
| - มี | | 20 | 25.00 |
| - ไม่มี | | 60 | 75.00 |
| 8. ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี | | | |
| - <10 ปี | | 51 | 63.75 |
| - 10–25 ปี | | 21 | 26.25 |
| - >25 ปี | | 8 | 10.00 |
| \bar{x} = 9.96, SD. = 9.357, min = 1, max = 37 | | | |
| 9. ระดับงานที่ปฏิบัติ | | | |
| - ผู้ปฏิบัติงาน | | 70 | 87.50 |
| - หัวหน้างาน/กลุ่มงาน | | 3 | 3.75 |
| - หัวหน้าหน่วยบริการ | | 7 | 8.75 |
| 10. ลักษณะหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน | | | |
| - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | | 9 | 11.25 |
| - โรงพยาบาลชุมชน | | 7 | 8.75 |
| - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | 63 | 78.75 |
| - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | 1 | 1.25 |

ตาราง 2 แสดงคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

| ตัวแปรต้น | กลุ่มตัวแปร | ค่าสถิติ F และคู่ที่แตกต่าง | | | | | | | | |
|---------------|------------------|-----------------------------|------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| ระดับการศึกษา | 1. ต่ำกว่า ป.ตรี | 3.360* | 2063 | 1.082 | 0.275 | 0.787 | 1.533* | 5.414* | 4.08 | 1.381 |
| | 2. ป.ตรี | (1, 2) | 6 | | | | (1, 2) | (1, 2) | (1, 2) | 4* |
| | 3. สูงกว่า ป.ตรี | | | | | | | (1, 3) | (1, 3) | |
| ตำแหน่งงาน | 1. สายวิชาชีพ | 9.510* | 5093 | 4.700* | 2.694 | 0.389 | 23.489 | 13.342 | 4.89 | 2.838 |
| | 2. สายสนับสนุน | | 2* | | | | ** | ** | 9* | |

ตาราง 2 แสดงคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

| ตัวแปร | กลุ่ม | ค่าสถิติ F และคู่ที่แตกต่าง | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| รายได้ต่อเดือน | 1. <10,000 บาท | 6.303* | 4.26 | 4.776* | 2.355 | 0.500 | 10.924 | 6.686* | 3.83 | 2.683 |
| | 2. 10,000 - 30,000 | (1, 2) | (1, 2) | (1, 2) | | | (1, 2) | (1, 2) | (1, 2) | |
| | 3. >30,000 บาท | (1, 3) | | (1, 3) | | | (1, 3) | (1, 3) | (2, 3) | |
| ระดับความสมดุลฯ | 1. ปานกลาง | 25.728 | 9.59 | 16.027 | 16.874 | 19.917 | 25.983 | 18.724 | 9.19 | 11.69 |
| | 2. สูง | ** | 9* | ** | ** | ** | ** | ** | 4* | 9* |

*p<0.05, **p<0.001 โดยใช้สัญลักษณ์ ดังนี้
 A = คุณภาพชีวิตโดยรวม, B = การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม, C = สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ, D = โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล, E = ความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน, F = การบูรณาการทางสังคม, G = ประชาธิปไตยในองค์กร,

H = ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว, I = ลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน ระดับความสมดุลคุณภาพชีวิตกับงาน ต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสมดุลชีวิตการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพ

| ตัวแปร | คุณภาพชีวิตการทำงาน | | |
|------------------------------|---------------------|---------|-------------------|
| | r | P-value | ระดับความสัมพันธ์ |
| ความสมดุลชีวิตการทำงานโดยรวม | 0.641 | <0.001 | ปานกลาง |
| ด้านการทำงาน | 0.586 | <0.001 | ปานกลาง |
| ด้านการส่วนตัว | 0.438 | <0.001 | ต่ำ |
| ด้านการสังคม | 0.500 | <0.001 | ปานกลาง |
| ด้านเศรษฐกิจ | 0.521 | <0.001 | ปานกลาง |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 3 พบว่าความสมดุลชีวิตการทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (r = 0.641, p<0.001) ด้านการทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (r = 0.586, p<0.001) ด้านการส่วนตัวมีความ

สัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (r = 0.438, p<0.001) ด้านการสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (r = 0.500, p<0.001) และด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (r = 0.521, p<0.001)

ตาราง 4 แสดงปัจจัยทำนายระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง

| ตัวแปร | b | SE (b) | Beta | t | P-value |
|--|--------|--------|--------|--------|---------|
| ความสมดุลชีวิตการทำงาน (X ₁) | 0.503 | 0.088 | 0.528 | 5.682 | 0.000 |
| การศึกษา (X ₂) | -0.171 | 0.073 | -0.219 | -2.357 | 0.021 |
| Constant | 1.282 | 0.268 | - | 4.790 | 0.000 |

R = 0.579 R² = 0.335 AdjR² = 0.318 F = 19.438 p = 0.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร เป็นอันดับแรกและมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนาย ได้แก่ ความสมดุลชีวิตการทำงาน ($\beta = 0.528$) และการศึกษา ($\beta = -0.219$) โดยตัวแปรทั้งสองนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 33.5

สมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร

$$Z\bar{Y} = 1.282 + (0.503 * Zx_1) - (0.171 * Zx_2)$$

$Z\bar{Y}$ = ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพ

Zx_1 = ความสมดุลชีวิตในการทำงาน

Zx_2 = การศึกษา

โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพได้ร้อยละ 33.5 ($R^2 = 0.335 \times 100$)

จากสมการคะแนนมาตรฐานแสดงว่า เมื่อค่าความสมดุลชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพ (Zx_1) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น .503 หน่วย และเมื่อค่าการศึกษา (Zx_2) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพจะลดลง .171 หน่วย

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 20 คน เพื่อสร้างแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกัน อีกทั้งเป็นการเสริมแรงพลังบวกให้กับทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ตามประเด็นดังต่อไปนี้

1) การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ประกอบด้วย

1.1) บทบาทขององค์กร ได้แก่ การสร้างภาวะผู้นำ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างทีมงาน การส่งเสริมความร่วมมือ และการสร้างบรรยากาศในการทำงาน

1.2) บทบาทของทีมสุขภาพ ได้แก่ การมีส่วน

ร่วมในการตัดสินใจ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง และความเป็นอิสระในการดำเนินงาน

2) การสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง

2.1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางศิลาทอง ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพ การเยี่ยมเสริมพลัง (AI) และการประเมินเพื่อการพัฒนา (DI)

2.2) โรงพยาบาลปางศิลาทอง ได้แก่ การสนับสนุนด้านความรู้-ความสามารถ ในการปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของทีมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพ (Guideline, CPG) และค่าใช้จ่าย fixed cost

2.3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพประชาชนร่วมกับทีมสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพ (กปท.) และการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข

2.4) ทีมสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาตนเอง ร่วมเรียนรู้ ร่วมปฏิบัติ โดยการทำงานเป็นทีม การเรียนรู้ การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี การร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพโดยคำนึงถึงประโยชน์สุขของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงานร่วมกัน

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร โดยทีมสุขภาพต้องการ “เสริมแรงพลังบวก” เกี่ยวกับ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ความมีอิสระในการทำงาน 3) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและทีมงาน 4) การได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ 5) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ

การอภิปรายผลการวิจัย

ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร มีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยทำงาน มีการศึกษาสูงและมีสถานภาพสมรสจึงต้องจัดสรรเวลาให้สมดุลระหว่างงานกับชีวิต

ครอบครัว แต่เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีรายได้ต่อเดือนต่ำและไม่มีรายได้เสริมอื่นๆ ทำให้มีความวิตกกังวล จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐธิดา ปิยะปัญญา (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.43$, $SD. = 0.69$) และพบว่าด้านที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางและเป็นอันดับท้ายสุดคือด้านการได้รับผลตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ ($\bar{x} = 3.09$, $SD. = 0.67$)⁽⁴⁾ เอกลักษณ์ ชุมภูชัย (2561) ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร กรณีศึกษาพนักงานที่ทำงานอยู่ภายใต้การดูแลของบริษัท สกิลพาวเวอร์ เซอร์วิส (ประเทศไทย) จำกัด (แมนพาวเวอร์ สาขาลำพูน) พบว่าพนักงานมีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.25$)⁽⁵⁾ กิตติ ชุณหศรีวงศ์ (2562) ศึกษาความสมดุลของชีวิตการทำงานและครอบครัวของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่าระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโดยรวมอยู่ในเชิงบวกระดับปานกลาง⁽⁶⁾ สายชล คงทิม (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁷⁾ สุภา เข้มแข็งปรีชาพันธ์, ระวี สัจจโสภณ, ศุภรัักษ์ อธิคมสุวรรณ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย พบว่าความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยที่อยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมของการทำงาน ด้านความมั่นคงในการทำงาน ด้านภาระงานที่มีดุลยภาพ ด้านการสนับสนุนจากองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเติบโตและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน⁽⁸⁾ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวัลย์, เอกกมล ไชโยม, ภราดร ยิ่งยวด (2564) ศึกษาอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยพบว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (= 78.90, $SD. = 16.52$)⁽⁹⁾ วงศ์วิวัฒน์ ศิริเพชร และกฤษฎา มุ้ยหมัด (2564) ศึกษาปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในกลุ่มบริษัทผู้ผลิตพลาสติกในเขตพื้นที่พระราม 2 พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานในกลุ่มบริษัทผู้ผลิตพลาสติกภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของสุภัทธรณีย์ ขุนสิงห์สกุล และพชรดนัย วัชรธนพัฒนธาดา (2565) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพ

การทำงานในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร พบว่าคุณภาพชีวิตในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.66$, $SD. = 0.62$) และประสิทธิภาพในการทำงานในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพนักงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.92$, $SD. = 0.29$)⁽¹¹⁾ การศึกษานี้พบว่า ทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีระดับการศึกษาตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน ระดับความสมดุลคุณภาพชีวิตกับงานต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับกนกอร ธรรมแสง (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตในการทำงานและความสุขในการทำงานของนักกีฬาอาชีพ พบว่านักกีฬาอาชีพมีช่วงอายุที่แตกต่างกันจะมีระดับสมดุลชีวิตในการทำงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹²⁾ และการศึกษาของมุตตอพา หมัดบินเฮด (2565) ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐอำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง พบว่าบุคลากรที่มีอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01⁽¹³⁾

ความสมดุลชีวิตการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r = 0.641$) ส่วนด้านการทำงาน ด้านการสังคม และด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r = 0.586$, $r = 0.500$, $r =$

0.521 ตามลำดับ) และด้านการส่วนตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยพบว่าความสมดุลชีวิตการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยทำนายได้ร้อยละ 33.5 สอดคล้องกับสราวลี แสงแสวง (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเงินเนอเรชั่น X และเงินเนอเรชั่น Y พบความสัมพันธ์ของความสมดุลของชีวิตในการทำงานโดยรวมและรายด้านกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ ดวงสมร มะโนวรรณ (2561) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และได้รับรองสถานพยาบาลของ JCI พบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ด้านการได้รับผลตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสถานที่ทำงานปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านความมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนร่วมงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานและด้านการเป็นประโยชน์ต่อสังคม มีอิทธิพลในทิศทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้การศึกษาของเมธากร ศรียะพันธุ์ (2562) ศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร: กรณีศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานยังส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โดยที่ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้ร้อยละ 63.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวัลย์, เอกกมล ไชโยม และภราดร ยิงยวด (2564) พบว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยได้ร้อยละ 27.8⁽⁹⁾ และการศึกษาของมูสตอฟา หมัดบินเฮต (2565) พบว่าปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ

บุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานสามารถอธิบายประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐอำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุงได้ร้อยละ 51.10⁽¹³⁾

แนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพอำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร โดยต้อง “เสริมแรงพลังบวก” ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ความมีอิสระในการทำงาน 3) ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและทีมงาน 4) การได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ 5) ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากทีมสุขภาพเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอต่อความรับผิดชอบและสามารถทำงานได้สำเร็จ สามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยคาดหวังว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และเชื่อมั่นในการทำงานแบบมีส่วนร่วม การสร้างทีมงานที่แข็งแกร่งโดยการบริหารบุคลากรบนพื้นฐานของการให้ออกาสและความเสมอภาคกัน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างทั่วถึงในการพัฒนางานและความก้าวหน้าในวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการทำงานได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงานของบุคคล 2) การได้รับการยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4) ความรับผิดชอบ และ 5) ความก้าวหน้า⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับ Herzberg (1968) กล่าวว่าปัจจัยที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติงานได้อย่างสบายใจและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ 1) การที่สามารถทำงานได้บรรลุผลสำเร็จ 2) การที่ได้รับการยกย่องนับถือเมื่อทำงานสำเร็จ 3) ลักษณะเนื้อหาของงานนั้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจ 4) การที่ได้มีความรับผิดชอบมากขึ้น 5) ความก้าวหน้าในการทำงาน และ 6) การที่ได้โอกาสพัฒนาความรู้และความสามารถในการทำงาน⁽⁵⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของ Myers ซึ่งได้เสนอแนวทางในการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป้าหมายของงานจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) คนทำงานมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย 2) ผู้ปฏิบัติจะต้องรับทราบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 3) งานที่ปฏิบัติจะต้องตรงกับความรู้ความสามารถและความพอใจของผู้ปฏิบัติ 4) งานที่ทำควรมีลักษณะที่ท้าทายความสามารถ 5) งานนั้นจะต้องทำให้สำเร็จให้ได้⁽¹⁸⁾ และอรورا กล้าหาญ (2563) พบ

ว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร ด้านการได้รับการยอมรับในสังคม ด้านการได้รับประชาธิปไตยในการทำงาน และด้านความสมดุลของชีวิตทำงานและครอบครัว มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานการรถไฟแห่งประเทศไทย สำนักงานใหญ่ ธนพรธร อนุเวช (2564) พบแนวทางการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์ในองค์กร 2) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 3) ด้านเงินเดือน สวัสดิการและการให้รางวัล 4) ด้านความสำเร็จในการทำงาน 5) ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่⁽¹⁸⁾ และการศึกษาของพรพิมล ปานเงิน (2566) พบแนวทางการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน ได้แก่ ปรับเพิ่มฐานเงินเดือน เพิ่มค่าตอบแทน เพิ่มสวัสดิการ ประเมินผลการเลื่อนเงินเดือนเลื่อนตำแหน่งตามความรู้ความสามารถ มอบหมายงานให้ชัดเจน จัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้จากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ปฏิบัติงานและกำหนดแผนการอบรมตามลักษณะงานโดยให้ผู้ปฏิบัติงานเลือกหลักสูตรที่สนใจเองได้⁽¹⁹⁾

ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีส่วนสำคัญในการนำไปใช้กำหนดแนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อระบบสุขภาพของประชาชนอำเภอปางศิลาทองแบบยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรควรกำหนดปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องและเหมาะสมกับปัจจัยส่วนบุคคลตลอดจนความรู้ความสามารถของทีมีสุขภาพ และสนับสนุนการทำงานเป็นทีม

2. องค์กรควรกำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพตามความต้องการเพื่อเติมเต็มในส่วนขาดโดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสมดุลชีวิตการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมีสุขภาพว่าส่งผลต่อความผูกพันหรือผลงานขององค์กรอย่างไรบ้าง

2. ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อสมดุลชีวิตการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทีมีสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรัณชรัทธ์ วิทโยภบาลกุล, ปณิตดา เรืองสงค์, กรัณชรัตน์ เต็มวิทย์ขจร, อัสมิง อับดุลราชี. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2559.
2. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. [Internet] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2565] เข้าถึงจาก: <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyhAF/view>
3. โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2564;11(2):1-26.
4. วิรัช สงวนวงศ์วาน, ณัฐนิชา ปิยปัญญา. คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพระนครตะวันออกเฉียงใต้ 2559;3(2):77-90.
5. เอกลักษณ์ ชุมภูชัย. การศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร กรณีศึกษาพนักงานที่ทำงานอยู่ภายในการดูแลของบริษัท สกิลพาวเวอร์ เซอร์วิส (ประเทศไทย) จำกัด (แมนพาวเวอร์ สาขาลำพูน). สักทอง: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.) 2561;24(ฉบับพิเศษ):125-138.

6. กิตติ ชุณหศรัวิวงศ์. ความสมดุลของชีวิตการทำงานและครอบครัวของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2562;7(2):465-483.
7. สายชล คงทิม. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน. (สารนิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก; 2562.
8. สุภา เข้มแข็งปรีชานนท์, ระวี สัจจโสภณ, ศุภรัักษ์ อธิคมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. วารสารสังคมศาสตร์วิจัย 2563;11:169-190.
9. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวัลย์, เอกกมล ไชยโม, ภราดร ยิ่งยวด. อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(2):344-352.
10. วงศ์วิวัฒน์ คีรีเพชร และกฤษฎา มุฮัมหมัด. ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในกลุ่มบริษัทผู้ผลิตพลาสติกในเขตพื้นที่พระราม 2. ในการประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 16; วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2564. ณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต. กรุงเทพมหานคร: 2564. หน้า 1557-71.
11. สุภัทธานีย์ ขุนสิงห์สกุล และเพชรณัย วัชรชนพัฒนาธาดา. คุณภาพชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม 2565;7(2):248-267.
12. กนกอร ธรรมแสง. ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตในการทำงานและความสุขในการทำงานของนักกีฬาอาชีพ. (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
13. มุสต่อฟา หมัดบินเฮด. คุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐอำเภอบางแก้วจังหวัดพัทลุง. (สารนิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
14. สรวาลี แซงแสงง. คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเงินเนอเรชั่น X และเงินเนอเรชั่น Y. (สารนิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
15. ดวงสมร มะโนวรรณ. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และได้รับรองสถานพยาบาลของ JCI. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2561;7: 178-190.
16. เมธากร ศรียะพันธุ์. ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร: กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (สารนิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
17. สุกัญญา จันทรมณี. แรงจูงใจและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัท ฮานา เหมิคอนดักเตอร์ (อยุธยา) จำกัด. (สารนิพนธ์). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2557.
18. ธนพรธ อนุเวช. แนวทางการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาร้อยเอ็ด. (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
19. พรพิมล ปานเงิน. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาสำนักงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม. [Internet] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566] เข้าถึงจาก: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2564_1649655634_6314830053.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Major Depressive Disorder with Alcohol

Dependence Patients : 2 Case Study

วัลลภกษมณั พัทรวิชช์ พย.ม.

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพทางจิตแสดงออกถึงความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า ซึม หดหู่ รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ถ้าอาการรุนแรงอาจมีการพยายามฆ่าตัวตายตามมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายใช้การดื่มสุราก็ปัญหาจากอาการของโรคและจากสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดภาวะซึมเศร้า จึงก่อให้เกิดภาวะติดสุราร่วมด้วย ดังที่ปรากฏในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับภาวะติดสุรา กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนำแนวคิดจิตบำบัดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยนอกจากการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรุนแรงจากอาการของโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเองแล้ว การพยาบาลครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัวและสามารถแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยสามารถควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และโดยเหตุที่ผู้ป่วยมีภาวะติดสุราการแก้ไขปัญหาเป็นการนำแนวคิดการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based Cognitive Behavior Therapy: F-CBT) มาประยุกต์ใช้ในจิตบำบัดด้วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคและวิธีการในอันที่จะลดพฤติกรรมดื่มสุรา เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยอาการทุเลาจากโรคซึมเศร้า และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม จากการติดตามในระยะ 3 เดือนหลังการบำบัดรักษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถเลิกสุรา โดยดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า, ภาวะติดสุรา

Abstract

Major depressive disorder was a disease with mental pathology, showing mood disorders. Patients had depressed moods, depression, feeling bored, frustration, despair, and lack of interest in the environment which affected daily life. If the symptoms were severe, suicide attempts may follow. Some depressed patients used alcohol to solve problems from their symptoms and the causes of depression. Therefore, it caused alcohol dependence, as appeared in two patients with major depressive disorder and alcohol dependence. In the process of nursing care patients applied the concept of psychotherapy in combination with drugs according to the doctor's treatment plan. Including providing supportive care to reduce the severity of symptoms of depression to prevent a suicidal attempt. In addition, the nursing care process encourages the patients to develop self-esteem, learning to adaptive skills, solve problems that cause depression

by being able to control their life situations, as well as promoting family participation in caring for patients. Results of the nursing care process through the use of Family-based Cognitive Behavior Therapy (F-CBT) for both patients found that the patients had relieved symptoms of the disease. Depressed and without suicide risk, the patients were able to adapt and face appropriate psychological problems. In three-month follow-ups, the patients could give up alcohol and normally live in family and society.

Keywords : Major depressive disorder, Alcohol dependence

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยผู้ป่วยมักแสดงอาการเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ท้อแท้ ซึมเฉย รู้สึกรับไม่ไหว ห่วงวิตกกังวล สิ้นหวังและไม่สามารถในการทำงานลดลง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนีดตนเองและมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนถึงอาจมีการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ จากการทบทวนทฤษฎีโรค^(1,2) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย คือ ด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่เกิดจากสารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคิดในทางลบ มองเหตุการณ์รอบตัวในแง่ร้าย มองสังคมและอนาคตในแง่ลบ จึงทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ทำให้บทบาททางสังคมลดลงหรือทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และกิจกรรมทางสังคมลดลง นอกจากนี้โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้านกล่าวคือ ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่างๆ ในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผลกระทบของโรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียจากความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ และตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายพบได้ถึงร้อยละ 20-35 ในส่วนของความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายพบได้ 150,000 DALYs หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ประมาณ 5,500 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าอยู่เดิมอาจใช้สุราหนักขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้า⁽³⁾ ภาวะติดสุราเป็นปัญหา

สำคัญในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย โดยมีความชุกของทั่วโลกประมาณร้อยละ 8-144 ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระทบปัญหาสุขภาพ ครอบครัว และหน้าที่การงาน นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ติดสุราโรคซึมเศร้าวร่วมด้วยถึง ร้อยละ 15.05 และในภาคเหนือ ร้อยละ 52.8 ของผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย⁽⁴⁾ และจากรายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช⁽⁶⁾ ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่ามีภาวะติดสุรารวมถึงร้อยละ 25.50, 28.08 และ 29.98 ตามลำดับ ปัจจุบันการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพคือ การรักษาแบบผสมผสานระหว่างวิธีการต่างๆทางชีว-สังคม (Bio-psychosocial) เช่น การบำบัดทางยาร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจิตสังคมบำบัดเป็นขั้นตอนสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุราสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลดปริมาณการดื่ม ลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่ม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำและการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ^(5,7,8,9) จากความสำคัญและเห็นประโยชน์จากการบำบัดรักษาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าวร่วมกับภาวะติดสุรา โดยนำแนวคิดการทำจิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based Cognitive Behavior Therapy: F-CBT)

จากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรม F-CBT (Family-based Cognitive Behavior Therapy Program)^(5,8,9,10) เป็นการบำบัดรายครอบครัว ผู้ติดสุรา

1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน ให้การบำบัดจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน จำนวนทั้งสิ้น 14 ครั้ง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์แต่ละครั้งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45 - 90 นาที มีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ปัญหา 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติอย่างเหมาะสมรวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา และมอบหมายการบ้าน โดยเอื้ออำนวยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหา การบำบัดประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการบำบัด 2) การสร้างความเปลี่ยนแปลง 3) การคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงและระยะสิ้นสุดการบำบัดรักษา ช่วยลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มและป้องกันการฆ่าตัวตายได้^(8,9) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดสุราควรมีการนำโปรแกรม F-CBT ไปใช้ในการดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราลดการดื่มสุราอย่างยั่งยืนและป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนะแนวทางการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัยการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่อายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F322) ที่มีภาวะติดสุรา (F1020) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม
3. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติผู้ป่วย การประเมินทางร่างกายและการประเมินทางจิตเวช ผลการตรวจสุขภาพจิตและการให้การพยาบาล ด้านร่างกายและจิตสังคม
4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างองค์รวมและสรุปกรณีศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ระหว่างปี 2563-2564 จำนวน 2 ราย

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย

ผลการตรวจร่างกายและการรักษาที่ได้รับดังนี้
กรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 45 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 ซม. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/60 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที

อาการสำคัญ นอนไม่หลับ ใจคอไม่ดี อ่อนเพลีย และมือสั่นทั้ง 2 ข้าง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยมีความเครียดเป็นหว่งบุตรชายคนเล็กที่ไปทำงานกรุงเทพฯ คิดมากจนนอนไม่หลับ แก้ไขความเครียดด้วยการสุรา 40 ดีกรี ดื่มทุกวัน ปริมาณการดื่มวันละ 1 ขวดใหญ่ มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว ถ้าไม่ได้ดื่มสุราจะมีอาการมือสั่น ใจคอไม่ดี จึงมาโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาคลายเครียด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อ 2 ปีก่อนรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยแผนการรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า แต่ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องและมีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารเคมี ไม่มีประวัติการชักหรืออุบัติเหตุทางสมอง ปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 3 ในจำนวนบุตร 5 คน ของพ่อแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย การศึกษาเข้าเรียนตามเกณฑ์ อุปนิสัยคือใจเย็น ไม่ค่อยพูด ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะเก็บไว้คนเดียว ผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราตอนอายุ 16 ปี เมื่อไปทำงานก่อสร้างที่กรุงเทพฯ โดยเพื่อนร่วมงานชวนดื่ม หลังจากนั้นจึงดื่มสุราทุกวันหลังเลิกงานเป็นเวลากว่า 10 ปี ผู้ป่วยมีบุตร 3 คน ผ่านการมีครอบครัวมาแล้ว 3 ครั้ง และการแยกทางกันทุกครั้ง ผู้คนรอบข้างจะกล่าวหาว่าเป็นเพราะมัวแต่ดื่มสุรา จึงไม่มีใครอยากอยู่ด้วย ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก จึงยังดื่มสุรา



มากขึ้นทุกวัน โดยคิดว่าจะช่วยบรรเทาความทุกข์ใจและช่วยให้อิ่ม จากการดื่มสุราทำให้ไม่สามารถทำงานต่อได้ จึงกลับมาอยู่บ้านกับมารดา หลังออกจากงานครั้งนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร ประกอบกับบุคคลในครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจในปัญหาของผู้ป่วย เคยพยายามหางานทำ แต่ทำไม่ได้นานเพราะมักจะเกิดการเจ็บป่วยจากการดื่มสุรา ทำให้หยุดงานบ่อย ปัจจุบันผู้ป่วยทำงานรับจ้างรายวันในสวนส้มโอ มีเงินพอใช้ไปวันๆ ไม่มีเงินเก็บ ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง

การประเมินสภาพแรกรับ ผู้ป่วยเดินมาคนเดียว สีหน้าเศร้าหมอง ท่าทางอิดโรยขอบตาคล้ำ พูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถามแต่พูดน้อย ถามคำตอบคำ เสียงเบา

การประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับไม่มีความเสี่ยง

การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use disorder identification test : AUDIT) ระดับมีความเสี่ยงอันตราย (Harmful drinking > 20 คะแนน)

การตรวจสภาพจิตและการประเมินทางจิตเวช ผู้ป่วยรับรู้อันตราย เวลา สถานที่ และบุคคลดี มีหูแว่วนานๆ ครั้ง ปฏิเสธสภาพหลอน ไม่มีอาการกลัว ไม่มีอาการหวาดระแวง กระบวนการคิดและใช้เหตุผล พบว่าการพูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง พูดน้อยถามคำตอบคำ ไม่ค่อยมีสมาธิ มีบุคลิกภาพแบบปิด ท่าทางมีความทุกข์ เสียงเบา ความสามารถในการดำเนินชีวิตปกติ

อัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสามารถ ต้องทำงานรับจ้างไปวันๆ เป็นที่พึ่งให้ลูกไม่ได้ มองไม่เห็นอนาคต คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงมีความคิดท้อแท้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ เพราะคิดว่าการอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ใช่สิ่งสำคัญในชีวิตจึงไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การดำรงชีวิตมักแยกตัวอยู่คนเดียวในครอบครัว ไม่สังคมกับใคร จึงขาดที่พึ่ง และขาดทักษะในการปรับตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจ LFT ผลปกติ

การวินิจฉัยโรค Depressive disorder with Alcohol dependence syndrome

การรักษา

- 1) Sertraline (50) 1xhs

- 2) Diazepam (5) 2xhs

- 3) Nortriptyline (10) 1xhs

- 4) เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบเปลี่ยน

ความคิดและพฤติกรรม (F-CBT)

กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 40 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 ซม. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/65 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้งต่อนาที

อาการสำคัญ เวียนศีรษะ วูบหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก หลังจากกินยาฆ่าแมลงไป 2 อีกร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยดื่มสุราจนเมา อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว ถูกมารดาบ่น จึงทะเลาะกับมารดาอย่างรุนแรงรู้สึกน้อยใจท้อแท้เบื่อหน่าย ตัดสินใจกินยาฆ่าหนอนเพื่อประชดมารดา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาหรือสารเคมี ไม่มีประวัติการชักหรืออุบัติเหตุทางสมอง ปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 2 ในจำนวนบุตร 2 คน ของพ่อแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย การศึกษาเข้าเรียนตามเกณฑ์ อุปนิสัยเรียบร้อย ไม่ค่อยพูด ไม่ค่อยคุย ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจจะเก็บไว้คนเดียว ผู้ป่วยแต่งงานตอนอายุ 18 ปี และอยู่กินกับสามี 10 ปี มีบุตรด้วยกัน 1 คน หลังจากนั้นแยกทางกับสามีเพราะปัญหาหนี้สินที่ตัวเองไม่ได้เป็นคนก่อแต่ต้องร่วมรับผิดชอบ จึงมีเพื่อนชวนไปทำงานที่พื้ชยา โดยเป็นการทำงานกลางคืนในสถานบันเทิงที่ต้องดื่มสุรากับนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติเริ่มแรกผู้ป่วยใช้การดื่มสุราเพื่อให้มีความกล้าในการที่จะพูดคุยและให้ความบันเทิงกับนักท่องเที่ยว หลังจากนั้นต้องดื่มสุราทุกวัน ถ้าไม่ได้ดื่มจะนอนไม่หลับ ตื่นเข้ามาไม่มีเรี่ยวแรง ไปทำงานไม่ไหว ทำงานไม่ไหว ทำแบบนี้อยู่ 10 กว่าปี จนอายุ 40 ปี ตัดสินใจคบหากับชาวต่างชาติฉันทันทีภรรยา จึงตัดสินใจกลับมาอยู่บ้าน แต่สามีไม่ได้มาอยู่ด้วยแยกกันอยู่คนละประเทศใช้วิธีติดต่อกันทางโทรศัพท์ และส่งเงินมาให้ใช้จ่ายในครอบครัว มารดาผู้ป่วยไม่ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและต้องการให้เลิกดื่มสุรา จึงมีปากเสียงกันบ่อยครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก จึงยิ่งดื่มสุรามากขึ้นทุกวัน โดยคิดว่าจะ

ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจและช่วยให้ลืม จากการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบว่าคนรอบข้างมองตนเองเป็นคนไม่ดีไม่ดี มีอาชีพที่น่าอับอาย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง จึงมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร

การประเมินสภาพแรกรับ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น มือสั่น สีหน้าเศร้าหมอง หน้ามืดวิงเวียน พุดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถาม พุดเสียงเบา

การประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง

การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use disorder identification test : AUDIT) ระดับมีความเสี่ยงอันตราย (Harmful drinking > 20 คะแนน)

การตรวจสภาพจิตและการประเมินทางจิตเวช ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลดี ไม่มีหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ไม่มีอาการกลัว ไม่มีอาการหวาดระแวง กระบวนการคิดและใช้เหตุผล พบว่าการพุดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง กระแสความคิดต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน มีบุคลิกภาพแบบพุดน้อย

เสียงเบา ความสามารถในการดำเนินชีวิตปกติ

อัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ทำงานที่สังคมไม่ยอมรับ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงมีความคิดท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ การดำรงชีวิตมักแยกตัวอยู่คนเดียวในครอบครัว เวลามีปัญหาไม่รู้จะปรึกษาใคร จึงขาดที่พึ่ง และขาดทักษะในการปรับตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจ LFT ผลปกติ
การวินิจฉัยโรค Severe depressive disorder with Alcohol dependence syndrome

การรักษา

1) ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ 60 ml/hr

2) Fluoxetine (20) 2xpc เช้า

3) Nortriptyline (25) 1xhs

4) Diazepam (2) 1xhs

5) Suicidal precaution

6) เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (F-CBT)

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา 2 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีและหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถสังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากการพยาบาล สรุปดังนี้

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|-----------------|--|---|---|
| 1. ลักษณะทั่วไป | ชายไทยอายุ 45 ปี สภาพสมรสหย่าร้าง อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา บุคลิกภาพแบบปิด พุดน้อย น่าเสียงเบาท่าทางมีความทุกข์ หน้าตาเคร่งเครียด การแต่งกายไม่ค่อยเรียบร้อย เสื้อผ้า และผมมีกลิ่นอับ ขึ้นเล็กน้อย | หญิงไทยอายุ 40 ปี สภาพสมรสคู่อาชีพเกษตรกรจบการศึกษาระดับประถมศึกษาบุคลิกภาพแบบปิด พุดคุยโต้ตอบแต่ค่อนข้างขำ สีหน้าหม่นหมอง คิ้วขมวด การแต่งกายค่อนข้างเรียบร้อย | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายอยู่ในช่วงวัยทำงาน วัยกลางคน ด้านการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ด้านบุคลิกภาพผู้ป่วยทั้ง 2 ราย บุคลิกภาพแบบปิด สังเกตเห็นสีหน้าหม่นหมอง อมทุกข์ การประเมินด้าน บุคลิกภาพจะเห็นว่าตรงตามทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า ^(1,2) ความรู้สึกด้านอารมณ์ที่แสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ชัดเจนในโรคซึมเศร้าคืออารมณ์เศร้า แสดงออกโดยสีหน้าท่าทางหรือคำบอกเล่า เช่นเดียวกับด้านการแต่งกายที่จะเห็นว่าใน |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|-----------------------------|--|---|--|
| 2. อาการและอาการแสดง | <p>นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ใจคอไม่ดีและมีอ้วนขึ้นทั้ง 2 ข้าง โดยมีพฤติกรรมดื่มสุรา 40 ดิกรีวันละ 1 ขวดทุกวัน</p> <p>จากการซักประวัติและสืบค้นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยพบว่า เป็นโรคซึมเศร้าเมื่อ 2 ปีก่อนเข้ารับการรักษาและได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าแต่การรักษาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งในระยะ 2 ปีที่เป็นโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน การประเมินทางจิตสังคม เมื่อมารับการรักษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการท้อแท้เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ เป็นที่ฟังให้ลูกไม่ได้</p> <p>การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (9Q) ได้ 19 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับ</p> | <p>หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารน้อย ไม่มีแรง โดยมีพฤติกรรมดื่มเบียร์วันละ 2-3 ขวด ทุกวัน</p> <p>จากการซักประวัติผู้ป่วยพบว่าเมื่อ 10 ปีก่อนไปทำงานกลางคืนในสถานบริการที่ต้องดื่มสุราทำให้มีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน ถ้าไม่ได้ดื่มสุราจะนอนไม่หลับ ทำงานไม่ไหว 2 ปีก่อนตัดสินใจคบหากับชาวต่างชาติ จึงออกจากงานกลับมาอยู่บ้าน มีรายได้จากที่สามีส่งให้ มารดาต้องการให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา จึงทำให้มีปากเสียงกันบ่อยครั้ง การประเมินทางจิตสังคม เมื่อมารับการรักษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วย น้อยใจที่มารดาไม่เข้าใจตนเอง มีอาการท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า</p> | <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 แต่งกายไม่ค่อยเรียบร้อย เสื้อผ้ามีกลิ่น แสดงถึงความไม่สนใจในตัวเอง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามหลักการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอธิบายว่า^(1,2) อาการหลักของโรคซึมเศร้าที่เห็นชัดเจนอีกด้านหนึ่งคือ ความสนใจในชีวิตประจำวันลดลง และบุคคลอื่นสังเกตเห็นอาการนี้ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการแต่งกายเรียบร้อย อาจเป็นผลจากเหตุหญิงมีความสนใจในตัวเองดีกว่าจึงส่งผลให้การแต่งกายเรียบร้อยกว่า</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงเข้าได้กับอาการของโรคซึมเศร้าตามที่ศึกษาจากทฤษฎีโรค^(1,2) ที่กล่าวว่าอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าประกอบด้วยอาการหลัก 2 อาการ ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน 2) ความสนใจใฝ่ดีลดลงในทุกกิจกรรม และอาการร่วม ได้แก่ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงรู้สึกตนเองไม่มีค่าความอยากอาหารลดลงทำให้น้ำหนักตัวลดลงและมีความคิดวนเวียนกับความตายซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงเหล่านี้คล้ายคลึงกันแต่ต่างที่รายที่ 2 มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน และความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ส่วนภาวะติดสุรา</p> |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|--|---|--|---|
| <p>3. การวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษา</p> | <p>รุนแรง)การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้ 0 คะแนน (ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย)</p> <p>การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ได้ 32 คะแนน (มีภาวะติดสุรา)</p> <p>การวินิจฉัยโรค Depressive disorder with Alcohol dependence syndrome</p> <p>การบำบัดรักษา แผนการรักษาของแพทย์เป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระยะแรกติดตามผล 2 สัปดาห์ จากนั้นพบว่าผู้ป่วยพร้อมนำเข้าบำบัดเพื่อเลิกสุราด้วยโปรแกรม F-CBT และวางแผนรักษาระยะยาวต่อเนื่อง 6 เดือน – 1 ปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ</p> | <p>การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (9Q) ได้ 22 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้ 15 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง) การประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ได้ 24 คะแนน (มีภาวะติดสุรา)</p> <p>การวินิจฉัยโรค Severe depressive disorder with Alcohol dependence syndrome</p> <p>การบำบัดรักษา แผนการรักษาของแพทย์ระยะแรกให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง และจำหน่ายเมื่อความรุนแรงของโรคลดลง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์นัดเข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกสุราด้วยโปรแกรม F-CBT และติดตามผลทุก 2 สัปดาห์จนเลิกสุราได้ และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงติดตามผลทุก 3 และ 6 เดือน ตามลำดับการรักษาด้วยยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ 60 ml/hr - Fluoxetine (20) 2xpc เข้า - Nortriptyline (25) 1xhs - Diazepam (2) 1xhs <p>การบำบัดทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (F-CBT) ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์เป็นเวลา 5 สัปดาห์ | <p>ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาจากสาเหตุต้องการใช้สุราเพื่อบรรเทาความเครียดและช่วยการนอนหลับ จากการศึกษาทฤษฎีโรคอธิบายว่า^(9,10) สุรามีฤทธิ์ลดความเครียด และความเศร้า ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการความรู้สึกสับสน นานลดลง จึงใช้สุราแก้ปัญหาตนเองและสบายใจขณะดื่มจนเข้าจึงเกิดภาวะติดสุรา</p> <p>จากอาการแสดงของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่พบว่าอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า⁽²⁾ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 จัดอยู่ในประเภท Persistent depressive disorder คือมีอาการของโรคซึมเศร้านานกว่า 2 ปี ส่วนรายที่ 2 อยู่ในกลุ่ม Major depressive disorder ส่วนภาวะติดสุราของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค^(9,10) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราจะมีความรู้สึกอยากดื่มมากขึ้น เพื่อให้จิตใจสบายหรือหลีกเลี่ยงความไม่สบายใจ โดยมีระดับความรุนแรงสูง จากอาการแสดงที่พบว่ามือสั่น คอแห้งขอบตาคล้ำ ด้านการบำบัด รักษา จากการทบทวนทฤษฎี โรคเป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าอธิบายว่า^(1,2,12) เป็นการช่วยเหลือให้อาการต่างๆ ของโรคหายได้อย่างสมบูรณ์ และไม่มี อาการหลงเหลือป้องกันอาการกำเริบซ้ำผู้ป่วยสามารถทำงานและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติใน</p> |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|--|---|---|---|
| <p>4. การพยาบาล</p> <p>4.1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> | <p>จากการประเมินสภาพร่างกาย การตรวจสภาพจิต สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปดังนี้</p> <p>ระยะแรกรับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีความสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น 2) ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า 3) มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม 4) มีโอกาสเกิดภาวะรุนแรง สืบสนจากภาวะขาดสุรา 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน <p>ระยะต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในพฤติกรรมเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง 3) การติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพในตนเอง | <p>จากการประเมินสภาพร่างกาย การตรวจสภาพจิต สามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปดังนี้</p> <p>ระยะรักษาในโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ 2) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม 3) ได้รับสารน้ำและอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซึมเศร้า 4) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <p>ระยะติดตามผลหลังจำหน่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสอนและทบทวนการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเมื่อประสบปัญหาทางใจ 2) การติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง 3) การเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง 4) การสนับสนุนให้ครอบครัวยอมรับและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม | <p>สังคมได้ ซึ่งในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แผนการรักษาสอดคล้องทฤษฎีโรค ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และจิตบำบัดร่วมกับการปรับพฤติกรรมลดการดื่มสุรา โดยนำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (F-CBT) มาใช้ในการบำบัดทางจิตใจ</p> <p>การวิเคราะห์จิตพลวัตและกลไกการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีจิตสังคม⁽⁷⁾ อธิบายว่าผู้ป่วยรายที่ 1 จากการวิเคราะห์บุคลิกภาพจะเห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่น จากการที่ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบปิด เป็นคนเก็บตัว เพื่อนน้อย และขาดทักษะสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นจึงไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการและความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อประสบปัญหาทางใจ การใช้กลไกทางจิต จึงเป็นการโทษตัวเอง มองตัวเองทางลบ รู้สึกน้อยใจในชีวิต คิดว่าตนเองไร้ค่า การใช้กลไกในการปรับตัว ด้วยการแยกตัว ยิ่งทำให้สัมพันธภาพ ระหว่างสมาชิกครอบครัวไม่ดีการใช้กลไกหลีกเลี่ยงหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เครียดด้วยการดื่มสุราจึงเกิดภาวะติดสุรา</p> <p>ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 จากการที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ราบรื่นเนื่องจากการตามักบ่นและตำหนิ เมื่อเกิดความเครียด ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตแก้ปัญหาด้วยการโทษตัวเอง</p> |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|----------------------------------|--|---|---|
| 4.2 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล | <p>เป้าหมายการพยาบาลมุ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดทางลบที่ลดคุณค่าตนเองและสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาลนำหลักสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหามาตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวแล้ว</p> <p>ระยะต่อเนื่องเป้าหมายคือผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเองได้ จึงเป็นการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ได้ในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>เป้าหมายการพยาบาลมุ่งให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและภาวะขาดสุรา โดยสามารถปรับวิถีชีวิตเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาลในระยะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่การรักษาหลักอยู่ที่การรักษาด้านร่างกายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเป็นการประสานและร่วมมือกับทีมผู้ป่วยในโดยเอื้ออำนวยให้กระบวนการบำบัดเป็นไปตามแผนการรักษา เมื่อความรุนแรงของโรคลดลงจึงใช้หลักสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ในการแก้ไขปัญหามาตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวแล้ว การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจาก</p> | <p>วิพากษ์วิจารณ์ตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองตนเองด้านลบและจากการที่มีบุคลิกภาพแบบปิดพุดน้อย เมื่อมีปัญหาที่ทำให้มีความวิตกกังวลและคับข้องใจหรือสภาพอารมณ์ถูกรบกวนกระเทือนจะใช้กลไกการปรับตัวด้วยการแยกตัวและหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าด้วยการดื่มสุราเพื่อหวังจะบรรเทาความเครียดเมื่อหาทางออกไม่ได้จึงคิดทำร้ายตนเองเพื่อหนีปัญหาจากการวิเคราะห์จิตพลวัตรและกลไกทางจิตของผู้ป่วยดังกล่าว</p> <p>จึงนำสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในลำดับต่อไป</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 จากการประเมินที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้าระดับปานกลางจากปัญหาการปรับตัวและมีความผิดปกติจากการใช้สุรามากขึ้น การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จึงครอบคลุมในด้านการสนับสนุนการปรับตัว การพัฒนาคุณค่าในตนเอง ทักษะในการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ และการแก้ไขพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่นำไปสู่การใช้สุราในผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีความรุนแรงของอารมณ์เศร้าระดับมาก โดยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างชัดเจน ดังนั้นการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล นอกจากกิจกรรมที่กล่าวในผู้ป่วยรายที่ 1 แล้ว</p> |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|--|--|---|--|
| | | โรงพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความคิดทางบวก สามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม | ยังมุ่งเน้นการป้องกันความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแนวโน้มของภาวะ แทรกซ้อนจากการขาดสุรา ดังนั้นการปฏิบัติ การพยาบาลครอบคลุมไปถึงกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการทางกาย ร่วมด้วยการพยาบาลระยะต่อเนื่อง โดยเหตุที่ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าเรื้อรังดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลจึงเน้นการติดตามเฝ้าระวัง ระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมตนเองได้จริงส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ดี การพยาบาลจึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว คงความ สามารถในการดูแลทางสังคมจิตใจได้อย่างต่อเนื่อง |
| 4.3 การทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน (F-CBT) เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา | <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะติดสุรา แผนการบำบัดรักษาการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน (F-CBT)^(4,7,8) โดยเป้าหมายการบำบัดมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรมและความเชื่อต่อการดื่มสุรา ไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ด้วยตนเอง</p> <p>รูปแบบการบำบัด ประกอบด้วยการทำจิตบำบัดทั้งสิ้น 14 ครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวันรวม ระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 45-90 นาที ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องการเกิดพฤติกรรมตามแนวคิดทางปัญญา (Cognitive model) และเข้าใจในการบำบัดตามโปรแกรม</p> <p>1.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย แนะนำตนเอง สนทนาเรื่องต่างๆ ไป และทำความรู้จักซึ่งกันและกัน</p> <p>1.2 ชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบสาเหตุของการติดสุราตามรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Interaction model) และการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้กรอบคิดเป็นฐาน</p> | โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการดื่มสุรา ^(5,8,9) ที่ใช้กับผู้ป่วยเป็นการประยุกต์กิจกรรมและวิธีการให้เหมาะสมกับการจัดบริการของคลินิกจิตเวชโดยไม่ละเลยหลักการสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยให้ถูกต้องและใช้เทคนิค วิธีการ ที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยตามความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง นอกจากนั้นกระบวนการในโปรแกรมนี้อย่างส่งเสริมการบำบัดทางจิตในการลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ดีอีกด้วย | |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2 | การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ |
|-----------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| | <p>1.3 อธิบายขั้นตอนการบำบัด วัตถุประสงค์และกระบวนการของการบำบัด มอบหมายการบ้านทุกครั้งหลังการบำบัด</p> <p>1.4 ประเมินอารมณ์ที่มีผลต่อการเป็นผู้ติดยา</p> <p>1.5 มอบคู่มือสำหรับ อธิบายการใช้คู่มือ ทดลองจดบันทึกจากสถานการณ์สมมติ</p> <p>1.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย</p> <p>1.7 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกกิจกรรมประจำวัน</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวบอกวัตถุประสงค์และกระบวนการบำบัดตามโปรแกรมได้</p> <p>2) ผู้ป่วยและครอบครัวระบุอารมณ์ต่อการเป็นผู้ติดยาได้</p> <p>3) ผู้ป่วยจดบันทึกได้ถูกต้อง</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการ ผ่อนคลาย</p> <p>2.1 สอบถามและทบทวนการบ้านเรื่องการบันทึกกิจกรรมประจำวัน</p> <p>2.2 สะท้อนการใช้เวลาในแต่ละวันกับการทำกิจกรรมต่างๆ และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมกรรมการติดยา</p> <p>2.3 สอบถามวิธีการผ่อนคลายที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>2.4 แนะนำทักษะในการผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ทำการฝึกหัดพร้อมกัน</p> <p>2.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมโยงการทำกิจกรรมประจำวันกับพฤติกรรมกรรมการติดยาได้</p> <p>2) ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการผ่อนคลาย</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยา</p> <p>3.1 สอบถามและทบทวนการบ้านเรื่องการฝึกการผ่อนคลาย</p> <p>3.2 อธิบายการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยา</p> <p>3.3 อธิบายความเชื่อมโยง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกอยากติดยา</p> <p>3.4 อธิบายการบำบัดพฤติกรรมกรรมการติดยาตามโปรแกรมทั้ง 14 ครั้ง และบทบาทของครอบครัวที่ต้องเข้าร่วมการบำบัดทุกครั้ง ในการช่วยสนับสนุน เตือน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำการบ้าน</p> <p>3.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยเขียนรูปแบบการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยา 1 รูปแบบ</p> | | |



| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2 | การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ |
|-----------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| | <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวบอกความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์และสรีระได้</p> <p>2) ผู้ป่วยเขียนรูปแบบการเกิดปัญหาในสมุดบันทึกของตนเอง ได้ด้วยความช่วยเหลือของครอบครัว</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่และวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก</p> <p>4.1 ทบทวนถึงการบ้านที่ให้ผู้ป่วยเขียน</p> <p>4.2 ทบทวน Interaction model ย้ำให้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์กับความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.3 ชวนให้ผู้ป่วยคิดถึงสถานการณ์ที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.4 ชวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยกันคิดถึงวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>4.5 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยเขียนถึงสถานการณ์ที่มักทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มอย่างน้อย 1 สถานการณ์ และวิธีการจัดการกับสิ่งเร้าโดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวยกตัวอย่างและระบุสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการ ค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>5.1 ทบทวนถึงการบ้านที่ให้ผู้ป่วยเขียน</p> <p>5.2 ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดื่มของตัวเอง</p> <p>5.3 อธิบายและยกตัวอย่างความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่ทำให้อารมณ์อยากดื่ม และพฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>5.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม เพื่อนำมาพูดคุยในครั้งต่อไป</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยยกตัวอย่างและระบุลักษณะความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 6 เพื่อทบทวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่อง วิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และผลกระทบของความคิดอัตโนมัติทางลบต่อความรู้สึกอยากดื่มสุรา พฤติกรรมการดื่มสุราและสรีระ</p> | | |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2 | การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ |
|-----------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| | <p>6.1 สอบถามและทบทวนถึงการบ้าน ปัญหาในการทำการบ้าน และหาทางแก้ไขร่วมกัน</p> <p>6.2 นำการบ้านมาวิเคราะห์ในการระบุมุมมองที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม และความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และไม่ทำให้พฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>6.3 อธิบายวิธีการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>6.4 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกปฏิบัติ</p> <p>6.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยสามารถระบุมุมมองที่ไม่น่าเป็นประโยชน์และไม่ทำให้ความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มลดลง</p> <p>2) เข้าใจวิธีการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและพฤติกรรมการดื่มได้</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 7 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเรื่องการ แก้ปัญหา</p> <p>7.1 นำการบ้านมาทบทวน</p> <p>7.2 อธิบายการแก้ปัญหา มุมมองต่อปัญหา และรูปแบบของการแก้ปัญหา</p> <p>7.4 ถามมุมมองในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>7.5 สอบถามวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วย</p> <p>7.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกปัญหามา 1 ปัญหา เพื่อฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>7.7 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกการฝึกเลือกปัญหาการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1) ผู้ป่วยและครอบครัวยกตัวอย่างมุมมองในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเองได้</p> | | |
| | <p>ครั้งที่ 8-13 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะ ค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>8.1 นำการบ้านมาพูดคุยถึงความเข้าใจและปัญหาที่เกิดขึ้นในการฝึก</p> <p>8.2 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและเกิดพฤติกรรมการดื่ม แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ</p> <p>8.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำการปรับแก้ปัญหาร่วมกัน เมื่อความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความจริง</p> | | |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายชื่อ 2 | การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ |
|-----------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| | <p>8.4 มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอารมณ์อยากดื่มและพฤติกรรมการดื่ม เพื่อฝึกการประเมิน พิสูจน์และปรับเปลี่ยนในครั้งต่อไป</p> <p>8.5 ประเมินผลการบำบัดในแต่ละครั้ง</p> <p>*ทำเช่นเดียวกันในครั้งที่ 8-13 เพื่อให้เกิดทักษะ โดยให้ผู้ป่วยฝึก โดยการช่วยเหลือของครอบครัว</p> <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none">1) ผู้ติดสุราและครอบครัวค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากดื่มและเกิดพฤติกรรมการดื่มได้2) ผู้ติดสุราและครอบครัวประเมินและปรับเปลี่ยนความคิดได้ | | |
| | <p>ครั้งที่ 14 เพื่อสรุป ทบทวน และหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ</p> <p>14.1 ตรวจสอบความคิดที่ทำให้รู้สึกอยากดื่ม และเกิดพฤติกรรม การดื่ม บันทึกการตอบสนองต่อความคิดดังกล่าว</p> <p>14.2 ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุป ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา</p> <p>14.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ</p> <p>14.4 ให้ผู้ป่วยประเมิน Audit Time line</p> <p>14.5 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวหาคติประจำใจเพื่อให้ผู้ติดสุราไว้ใช้ในการลดพฤติกรรมการดื่ม</p> <p>14.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินการบำบัดทั้งหมดและเปิดให้ซักถามข้อสงสัยที่อาจจะยังคงมีอยู่</p> <p>14.7 ผู้บำบัดกล่าวให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณเพื่อปิดโปรแกรม</p> <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none">1) ผู้ป่วยและครอบครัวสรุปทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาได้2) ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันหาแนวทางป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้3) ผู้ป่วยมีคติประจำใจในการลดพฤติกรรมการดื่มได้ | | |
| | <p>การประเมินผลภายหลังการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิด ความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา สถานการณ์ที่ต้องเผชิญอย่างเหมาะสม และครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วย ในการค้นหาและจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบให้คำแนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนั้นถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรม F-CBT จะสิ้นสุดลง ครอบครัว ซึ่งได้รับการฝึกในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมยังคงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้</p> | | |

| ประเด็นการศึกษา | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 | การวิเคราะห์เปรียบเทียบ |
|-----------------|--|--|--|
| 5. การประเมินผล | <p>การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการสอบถามญาติพบว่าผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา</p> <p>การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือนหลังบำบัดรักษา</p> | <p>การติดตามผลหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงในระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาในเดือนที่ 3 พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>การติดตามประเมินพฤติกรรมดื่มสุรา พบว่าไม่มีการดื่มสุรา</p> <p>การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือนหลังบำบัดรักษา</p> | <p>ผลการประเมินในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่พบว่าความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัดจนรวมทั้งไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและลดการดื่มสุราได้ แสดงถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมในโปรแกรมบำบัดสุรา</p> <p>อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังต้องการการติดตามประเมินในระยะยาวถึง 1 ปี เพราะปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยยังคงอยู่ได้แก่ ในผู้ป่วยรายที่ 1 คือ การไม่มีงานทำที่แน่นอนต้องรับจ้างรายวัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับมารดาบ้าง ปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำได้โดยทฤษฎีโรคที่สนับสนุนอธิบายว่า^(1,2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกำเริบใน 1 ปีหลังการติดตาม โดยเฉพาะในกลุ่มอาการหลงเหลือ ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงต้องใช้เวลามากกว่า 1 ปี จึงมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ</p> |

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะปัจจุบันสภาพสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายและรุนแรงมากขึ้น อาการแสดงของโรคซึมเศร้าครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบคือ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการแสดงออกทางกายดังที่ปรากฏในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคซึมเศร้าโดยพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง โดยเฉพาะในรายที่ 2 มีเหตุการณ์ทำร้ายตนเองด้วย การบำบัดรักษาจึงเป็นการรักษาด้วยยาควบคู่

กับจิตบำบัด นอกจากนั้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุรา จากพื้นฐานความเชื่อว่าการใช้สุราจะช่วยบรรเทาความเครียด ผลจากการติดสุราอาจทำให้รบกวนการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นในแผนการรักษาจึงนำการทำจิตบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบวิธีเป็นฐาน (F-CBT) มาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสุรา แผนการพยาบาลมีจุดเด่นที่การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ไม่มีการฆ่าตัวตาย และสามารถหยุดดื่มสุราได้ติดต่อกันถึง 6 เดือน ซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลนำบทบาทตนเองมาใช้อย่างครบถ้วนทั้งด้านการบำบัดด้วยยาทางจิตเวช การบำบัดทางจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต และการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ สอดคล้องกับแนวคิดบทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันระดับตติยภูมิ⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความซับซ้อนคือ การมุ่งเน้นกิจกรรมลดภาวะแทรกซ้อนที่มีความยุ่งยากหรือความรุนแรง ให้บุคคลสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมด้วยตนเองได้อย่างปกติสุข ซึ่งผลลัพธ์จากการพยาบาลที่พบว่านอกจากผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคซึมเศร้าและภาวะติดสุราแล้ว ยังเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีตัวตน มีคุณค่า พุดถึงตัวเองด้วยความพอใจ โดยกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ มีความเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง บอกว่าหยุดดื่มสุราแล้วมีแรงทำงานช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้ ไม่เป็นภาระกับคนอื่น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ การที่จะคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยให้เข้าใจตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ทัศนคติในตนเอง และไม่มีความคิดลบที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา อีกทั้งเป็นการป้องกันโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำนั้น ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางพัฒนาและยอมรับตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยกำหนดแผนระยะยาวให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำหน้าที่และดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอารมณ์แสดงออกในลักษณะเศร้าหมอง เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ และหากมีอาการรุนแรงจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราเพื่อหวังให้ช่วยบรรเทาอาการจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะติดสุราในโรคซึมเศร้านอกจากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมตามมาด้วย จึงจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นำความรู้ทฤษฎีโรคซึมเศร้าที่มุ่งการบำบัดรักษาด้วยยาและการนำแนวคิดการทำจิต

บำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้กรอบครัวเป็นฐาน (F-CBT) มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสุรา ผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการของความรุนแรงโรคซึมเศร้าวลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยกล้าคิด กล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ มีความเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนในด้านภาวะติดสุราพบว่า ผู้ป่วยมีแนวทางที่จะควบคุมพฤติกรรม การดื่มสุราอย่างชัดเจนและสามารถลดการดื่มสุราได้จากการติดตามในระยะ 6 เดือนหลังการบำบัดรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถเลิกสุราได้ โดยดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติ รายงานผู้ป่วยนี้จึงนำเสนอผลสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะติดสุราและนำไปสู่การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามานธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลรามานธิบัติ; 2560.
2. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2558.
3. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุศลพรรณ, พรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้าพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร 2561;45(4):144-158.
4. รินทราย อรุณรัตน์พงศ์, ขวัญนัท ชาญศิลป์. ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(1):27-34.
5. อัญชลี ฉัตรแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2565;37(1):100-113.
6. โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช. รายงานประจำปี. 2564.
7. สายฝน เอกวางกุล. สัมพันธภาพและการ

- สื่อสารเพื่อการบำบัด. ใน สายฝน เอกวารางกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา; 2559.
8. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม. เอกสารการอบรมการพัฒนาสมรรถนะ : ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย CBT ON FAMILY BASE วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2562. เชียงใหม่: มปท.; 2562. (เอกสารอัดสำเนา).
 9. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, ณัฏฐพิทยรัตน์เสถียร, เซาวนี ล่องชุมผล. โปรแกรมกปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานเพื่อบำบัดผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: มปท.; 2563.
 10. ภรภัทร สิมะวงศ์, และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565;37(1):1-18.
 11. โรงพยาบาลสวนปรุง. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. [สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม 2563]. สืบค้นได้จาก www.suanprung.go.th>func_c
 12. อรัญญา แพ้จ้อย, พิทักษ์ สุริยะใจ, นภัสสรณ์รังสิเวโรจน์, เสาวลักษณ์ ใจฟอง. รายงานวิจัยสถานการณ์การดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. เชียงใหม่: กรมการแพทย์; 2558.
 13. อุ๋นจิตร คุณารักษ์. ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวารางกุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก

Nursing care of septic shock patient

ทัศนีย์ รอดภัย ป.พย.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา สามารถลดอัตราการตายได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ต้องมีทั้งความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแล

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย 72 ปี รับไว้รักษาเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 เวลา 02.46 น. ด้วยอาการ มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ แน่นท้อง ประวัติการเจ็บป่วยเป็น DM มา 7 ปี ผลเลือด เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2564 พบว่ามี HbA_{1c} 6.9 % เป็น CKD stage 4 และ 1 เดือนก่อนเป็น CVA left hemiplegia paralysis จาก Cerebral infarction วินิจฉัยโรค Severe Sepsis หลังรับไว้รักษาผู้ป่วยมีความดันโลหิต 86/48 mmHg., MAP 61 mmHg., ซีพจร 96 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 40.2 °C, O₂sat 84%, SOS score 6 ได้รับการรักษา โดยให้ สารน้ำ NSS 1000 ml IV load และยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. ทางเส้นเลือด และให้ O₂ mask with bag ระหว่างรับไว้ดูแลพยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ และเทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ต้องเฝ้าระวังและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์เมื่อพบอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ รวมไปถึงการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้

คำสำคัญ : ภาวะช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาล

Abstract

Septicemia is a major life-threatening crisis. It is caused by severe and persistent Inflammatory, processes in the body cause shock leading to multiple organ failure. It is the cause of death in up to 1 In 4 patients with sepsis. Having an express route for patients with septicemia and formulating patient care guidelines with 3 components as follows 1) Creating mechanisms for early patient discovery. 2) fast infection treatment and circulatory recovery in conjunction with the palliative treatment of organs.; and 3) Working as a multidisciplinary team Synchronization and continuous monitoring and supervising the implementation of the practice in its entirety In time, the mortality

rate can be reduced. Yes, nurses play a multidisciplinary role. In screening, evaluating, caring, and continuously monitoring not to enter a crisis That requires both knowledge, skills, and expertise to take care of.

Case Study: A 72 -year-old Thai male patient Received treatment on December 18, 2021 with symptoms of fever, shortness of breath, and tightness in the stomach History of DM for 7 Years HbA_{1c} blood results on 17 November 2021 6.9% were CKD stage 4 and 1 month ago was CVA left hemiplegia paralysis from cerebral infarction. Severe sepsis was diagnosed after treatment. The patient had a blood pressure of 86/48 mmHg. MAP 61 mmHg., Pulse 96 times/min, Respiratory rate 28 times/min, Temperature 40.2 °C O₂ sat 84%, SOS score 6, on NSS 1000 ml IV. and Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. to increase blood pressure and giving an O₂ mask with the bag while taking care of a nurse must use knowledge, skills, and nursing techniques by the treatment guidelines Must be closely monitored and record symptoms of changes. Report to the doctor any unusual signs or symptoms. Including the decision to provide initial assistance. As a result, the patient recovered normally with a hospital stay of 8 days.

Results: The patient is safe from shock and can return to continuous care at home.

Keywords: shock, septicemia, Nursing care

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ⁽¹⁾ ที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด⁽²⁾ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมา⁽³⁾ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอยู่กับอายุ แหล่งการติดเชื้อชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย⁽⁴⁾

ประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 175,000 รายต่อปี และ ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 32.03 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง⁽⁵⁾ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา⁽²⁾ ได้กำหนด Surviving Sepsis Campaign (SSC) ในปี 2004, 2008 และ 2012 และประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วย

ติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความตระหนักของทีมงานผู้ดูแลถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตั้งแต่วินาทีแรก⁽⁶⁾ และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการแบบเร่งด่วน มีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนโลหิต การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะมากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรครภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90⁽⁵⁾

การมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic Fast Tract) ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ

- 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น
- 2) การรักษาการติดเชื้อและพื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลาสามารถอัตราตายลงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต⁽⁸⁾

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ของกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 222,203 และ 324 มีอัตราการเสียชีวิต 17.6, 27.07 และ 28.83 (เป้าหมาย < 26)⁽⁹⁾ ทางโรงพยาบาลได้มีการใช้ Sepsis fast tract, Protocol severe sepsis และ Septic shock ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ ที่รุนแรงรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงได้ศึกษาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อช่วยให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผล

ต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น

2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. ศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกโดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

4. สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร รับไว้รักษาเมื่อ 18 ธันวาคม 2564 เวลา 02.46 น. ด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ แน่นท้อง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานมา 7 ปี ผลเลือด เมื่อ 17 พฤศจิกายน 2564 พบว่า มี HbA_{1c} ได้ 6.9 % เป็น CKD stage 4 และ 1 เดือนก่อนเป็น CVA left hemiplegia bed ridden เมื่อ 7 วันก่อนมาตรวจรักษาด้วยเรื่องสายยางให้อาหารหลุด ญาติป้อนอาหารเองทางปาก มีการสำลักนอนรักษาในโรงพยาบาลจำหน่ายไปได้ 2 วัน วินิจฉัยโรค Severe sepsis

แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน 02.18 น. Conscious drowsiness ความดันโลหิต (BP) 133/67 mmHg., อุณหภูมิ (T) 40.2 °C, ชีพจร(P) 90 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 32 ครั้ง/นาที, O₂sat 84% SOS score 6, Blood lactate 5.8 mmol/L, E4 M5V3, pupil 2 mm RTLBE, motor Rt grade 2 at least Lt grade 0, rhonchi both lung, on O₂ mask with bag 10 LPM, Load NSS 1000 ml. intravenous (IV.) หลัง load NSS 1000 ml IV. , U/S IVC CI 41% ญาติแจ้งปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ, DTX stat ได้ 142 mg/dl. keep 80-200

mg/dl. เวลา 03.25 น. ย้ายเข้าหอผู้ป่วย BP 130/59 mmHg., P 96 ครั้ง/นาที R 26 ครั้ง/นาที เวลา 03.30 น. ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที MAP 61 mmHg รายงานแพทย์ ให้ Levophed 8 mg. + 5% D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. IV. Keep ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) \geq 65 mmHg. เริ่ม 10 ml./hr. ปรับ rate ถึง 30 ml./hr. BP อยู่ระหว่าง 100-80 /70-52 mmHg. , SOS score แรกรับที่หอผู้ป่วย, ที่ 2 ชม.หลังรับไว้, ที่ 6 ชม. หลังรับไว้, และที่ 24 ชม.หลังรับไว้ ได้ 7,7,8 คะแนน ตามลำดับ มีแผลกดทับสะเกือกซ้ายเกรด 2 ขนาด 2x2 ซม. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden score ได้ 8 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ very high risk, O₂ sat 98-100 % , NSS 1000 ml. IV. 80 ml/hr., Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมง, on NG tube, retained Foley catheter, NPO ยกเว้นยาผลเลือด K 5.5 mmol/L ได้ Kalimate 30 gm. ใส่ น้ำ 30 ml. oral q 4 ชั่วโมง 2 dose ผลเลือด Sodium 118.5 mmol/L, Hct 32 % ,WBC 19,740 cell/cu. mm, neutrophil 77 % , BUN 53 mg/dl,Cr 3.05 mg/dl, eGFR 19.72 ML/min/1.73mr, F/P ratio 120, Film CXR clear not seen infiltration, Film acute abdomen : no bowel dilate. no free air, Fluid intake = 3,857 ml. ,Fluid output = 2,600 ml.

19 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัว แต่แขน และขา 2 ข้างอ่อนแรง ยังคง on Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-30 ml/hr. Keep MAP \geq 65 mmHg. จนถึง 20.00 น. clamp และ off ในเวลาต่อมา 10.00 น. เปลี่ยน O₂ mask with bag 10 LPM เป็น O₂ canular 3 L/M ให้ยาเดิมรับประทานต่อ Enalapril (20 mg.) 1 tab oral OD pc., Atovastatin (40 mg.) 1 tab oral Hs, Risperidone (1 mg.) 1 tab oral tid pc., Lorazepam (2 mg.) 1 tab oral Hs,Sod. Valpreate Cr (50 mg.) 1 tab oral OD ,Omeperazole (20 mg.) 1 tab oral bid ac ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 60 ml/hr. ส่งปรึกษาโภชนากร ประเมินภาวะโภชนาการพบภาวะ severe malnutrition ผล NAF ได้ 15 คะแนน เริ่มให้อาหารทางสายยาง BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50 ml, O₂sat 100 % ,BP อยู่ระหว่าง 147-128 /83-65

mmHg. T 37.5 °C,P 74 /min , RR 24 /min, Fluid intake = 3740 ml. Fluid output = 2900 ml.

20 ธันวาคม 2564 รู้สึกตัวดี แขน-ขา 2 ข้างอ่อนแรงอาการทั่วไปดีขึ้น on NSS 1000ml. 60 ml/hr. IV. เพิ่ม BD (1:2;1) 200ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml , off O₂ canula ได้ O₂ sat 98-100 % ไม่มีไข้ รับอาหารทางสายยางได้ดี Fluid intake = 4,150 ml. Fluid output = 2,800 ml. แผลกดทับที่สะเกือกซ้ายไม่เพิ่มเกรด

21 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ ลด NSS 1000 ml. IV. เหลือ 40 ml/hr. CONSULT ภาวะภาพด้วยภาพ แขน-ขา 2 ข้างอ่อนแรง จากปัญหา old CVA left hemiplegia เดิม เพิ่ม BD (1:2;1) 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30 ml. สูตรไต DTX 101 mg/dl สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

22-25 ธันวาคม 2564 อาการทั่วไปปกติ off NSS 1000 ml. IV เพิ่ม BD (1:2;1), 250ml 4 มื้อ+น้ำ 30 ml. สูตรไต O₂sat 98-100 % Off Fortum 2 gm. ทุก 8 ชั่วโมง เมื่อครบ 7 วัน จำหน่าย

25 ธันวาคม 2564 เวลา 10.00 น.ยังคง On NG tube for feeding และ retained Foley catheter นัด Follow up 5 มกราคม 2565 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 8 วัน

จากการการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญห สุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนด แผนการดูแลและมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1****มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต****ข้อมูลสนับสนุน**

1. จากประวัติผู้ป่วย หายใจเหนื่อยหอบ ซีมลง
2. ที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วย Conscious drowsiness, E4 M5 V3, BP 133/67 mmHg หายใจเหนื่อยหอบ RR 32 ครั้ง/นาที มีไข้ T 40.2 °C, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที O₂ sat 84 %, SOS score 7 คะแนน, On O₂ mask with bag 10 LPM ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที MAP 61 mmHg
3. ผล Blood lactate 5.8 mmol/L , CBC พบ White Blood Cell (WBC) 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth), DTX 142 mg/dl

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP \geq 65 mmHg. , T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, O₂sat \geq 95 %
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm , Neutrophil 50-60 % , Urine output Urine output $>$ 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินทุก 15 นาที เมื่อ MAP \geq 65 mmHg ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่
2. ดูแลให้ได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM
3. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml. intravenous. load then 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ
4. ดูแลให้ได้รับยา Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. Keep MAP \geq 65 mmHg
5. ตวงปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep BP \geq 90/60 mmHg และ MAP \geq 65 mmHg

ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. รายงานแพทย์ ทราบและ record Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte)

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128/83-65 mmHg., MAP \geq 65 mmHg หลังจากได้รับยา Levophed 8 mg. + 5%D/W 250 ml. 10-50 ml/hr. 2 วัน T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที, O₂ sat \geq 95 %
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 23 ธันวาคม 2564, WBC 8,600 cell/cu.mm., Neutrophil 56 % , Urine output $>$ 30 cc./hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2**ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว****ข้อมูลสนับสนุน**

1. แกรับที่แผนกฉุกเฉิน มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ R 32 ครั้ง/นาที, O₂sat 84%, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที , F/P ratio 120
2. on O₂ mask with bag 10 LPM ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระบบหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. สัญญาณชีพ R 16-20 ครั้ง/นาที, O₂sat \geq 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว และ O₂sat ทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลให้ได้รับ O₂ mask with bag 10 LPM
3. เตรียมความพร้อมของเครื่องให้ออกซิเจน อัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula:HFNC) เมื่อผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น F/P ratio เท่ากับ 101-300

4. รายงานแพทย์เมื่อ เหนื่อยหอบมากขึ้น และ O₂ sat มีแนวโน้มลดลง

การประเมินผล

ผู้ป่วย on O₂ mask with bag 10 LPM สามารถ เปลี่ยนเป็น O₂ canular 3 L/M และสามารถ off O₂ canula ได้ในวันที่ 3 ของการรักษา O₂ sat 97 - 100 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ T 40.2 °C , หายใจเหนื่อยหอบ R 28 ครั้ง/นาที, P เบาเร็ว 96 ครั้ง/นาที O₂ sat 84%, BP 133/67 mmHg ถึงหอผู้ป่วย BP 86/48 mmHg. R 28 ครั้ง/นาที, MAP 61 mmHg, on O₂ mask with bag 10 LPM , SOS score 7 คะแนน,

2. ผล Blood lactate 5.8 mmol/L, CBC พบ White Blood Cell (WBC) 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 90/60-140/90 mmHg., MAP \geq 65 mmHg. , T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, O₂sat \geq 95 %
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจและส่งเลือดตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ

2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาทีในช่วงแรก และ ทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 หากคงที่ให้ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข

4. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน และเทคนิคปลอดภัยต่างๆ

5. ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย

6. ติดตามผล WBC และค่า neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

8. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 °C และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128/83-65 mmHg., MAP \geq 65 mmHg หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. IV. 2 วัน แนวโน้มไข้ลดลง T 36-37.5 °C, P 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที, O₂sat \geq 95 %

3. เมื่อได้ยา Fortum 2 gm. IV. ครบ 7 วัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 23 ธันวาคม 2564 WBC 8,600 cell/cu.mm., Neutrophil 56 % , Urine output > 30 cc/hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อแรกรับ Sodium (Na) 118. 5 mmol/L, Potassium (K) 5.5 mmol/L

2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลีย ผอม

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล**

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L Potassium ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.1 mEq/L
3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน - ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 30 ml. oral q 4 ชั่วโมง 2 dose
3. ดูแลให้ได้รับ NSS 1000 ml. IV. 80 ml/hr.
4. on Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ประเมินอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขน ขา คลื่นไส้ อาเจียน
7. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake - output ทุก 8 ชั่วโมง
8. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางหลังจาก NPO เป็น BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น BD (1:2;1) 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP อยู่ระหว่าง 147-128 /83-65 mmHg. T 36.3 – 37.2°C P 78-68 ครั้ง/นาที , R 24 ครั้ง/นาที O₂ sat 98-100 %
3. ระดับ Na 140.5 mmol/L, K 4.09 mmol/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีไข้ T 40.2 °C
2. อ่อนเพลีย นอนซึม
3. ผล Blood lactate 5.8 mmol/L, CBC พบ WBC 19,740 cell/cu.mm, Neutrophil 77% ผลการเพาะเชื้อจากเลือดทั้ง 2 หลอด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นและไม่มีไข้

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5°C
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/cu.mm, Neutrophil 50-60 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อน ออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที
3. ดูแลให้ได้รับยาต้านจุลชีพ Fortum 2 gm. IV. ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ (paracetamol) ตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 °C ทุก 4-6 ชั่วโมง
5. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ เช่น ดูแลปิดไฟ และไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย
6. ติดตามผลเลือด hemoculture เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา

การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

มีแผลกดทับเกรด 2 จากบ้านและมีโอกาสเกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่หรือแผลกดทับเดิมลุกลาม

ข้อมูลสนับสนุน

1. Braden score 8 คะแนนอยู่ในเกณฑ์ very high risk
2. มีแผลที่สะโพกซ้ายเกรด 2 ผิวหนังเปิดขนาดแผล 2x2 ซม.
3. สูงอายุ bed ridden
4. น้ำหนักตัวน้อย 40 กก.

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับใหม่เพิ่มและแผลเดิมหายเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

แผลที่สะโพกซ้ายเกรด 2 หายเป็นปกติและไม่เกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้ที่นอนลมไฟฟ้าและตรวจประเมินสภาพที่นอนลมทุกครั้งทีพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิด bottom out และปรับแรงดันลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักของผู้ป่วย
2. ประเมินจุดกดทับและจุดเปราะบาง เช่น กรดมีมีการเกร็งของแขน ขา รวมถึงสภาพผิวหนังที่ ไบหู ไหล่ ก้นกบ สะโพก สันเท้า ตั้งแต่แรกรับ
3. การดูแลความชุ่มชื้นของผิวหนังและบริเวณผิวหนังที่เปราะบาง โดยการทาโลชั่นและดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการถูกทำลายจากการเปียกชื้นของปัสสาวะ อุจจาระ
4. แนะนำญาติผู้ดูแล ทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที ด้วย สบู่เหลวสูตรสำหรับเด็ก
5. เปลี่ยนและจัดท่านอน ตะแคงขวาและท่านอนหงาย ไม่เกิน 30 องศา ทุก 2 ชั่วโมง จนนอนตะแคงซ้าย เนื่องจากมีแผลกดทับและดูแลความเปียกชื้นและสังเกตสภาพผิวหนังตำแหน่งที่เกิดทับก่อนเปลี่ยนท่านอน
6. การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้ผ้ารองตามยาวของตัวผู้ป่วย และเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการดึงลาก
7. การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวัน

8. สื่อสารกับญาติผู้ดูแลในการช่วยสังเกตสภาพผิวหนังผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณแผลที่ก้น เมื่อเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยและแจ้งพยาบาลทันที เมื่อผิวหนังเปลี่ยนสภาพหรือแผลที่ก้นมีความเปียกชื้นก่อนถึงรอบการทำแผล

การประเมินผล

ตลอดระยะเวลาการดูแลไม่เกิดแผลกดทับตำแหน่งใหม่ และแผลกดทับเดิมหายเป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน

1. สูงอายุและระดับความรู้สึกตัวลดลง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพลัดตกเตียงและดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียง ให้อยู่ในสภาพปลอดภัย
3. ยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งภายหลังทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติ และขออนุญาตใส่ถุงมือกันดิ่ง
5. ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการตกเตียง การใช้เหล็กกั้นเตียง การใช้กริ่ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีญาติดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง และไม่ดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8

เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ



2. CVA left hemiplegia, bedridden
3. สูงอายุ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ผล Urine exam ปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำการสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ
2. ดูแลระบบการระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบ ปิดให้มากที่สุด โดยไม่ถอดสายสวนออกจากท่อระบายปัสสาวะที่ไม่จำเป็น
3. ดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ไม่ให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน หักพับงอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกัน ปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น
4. ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก
5. ตีรังสายสวนปัสสาวะที่หัวเหน่า
6. เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะโดยพิจารณาตามความเหมาะสมเมื่อถุงรั่วหรือสกปรก โดยเขียนวันที่เปลี่ยนไว้ที่ถุงรองรับปัสสาวะ

การประเมินผล

1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ผล Urine exam ไม่พบความผิดปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

มีความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการจากการได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการเป็นโรคเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่า BMI 15.6
2. on NG tube feeding
3. ผล NAF ได้ 15 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ severe malnutrition

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับอาหารทาง NG tube feeding ได้ตามแผน ที่โภชนาการคำนวณพลังงานไว้ได้หมดในแต่ละมื้อ
2. Serum Albumin = 3.5 - 5.2 g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปรึกษาโภชนาการ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และ กำหนดแผนการให้อาหาร ในแต่ละมื้อและแต่ละวัน โดยใช้ Nutrition Alert Form (NAF) ในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ และคำนวณพลังงานแคลอรี่ที่ต้องได้ในแต่ละวันโดยใช้สูตร $66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัวปัจจุบันเป็นกิโลกรัม}) + (5 \times \text{ส่วนสูงปัจจุบันเป็นเซนติเมตร}) - (6.8 \times \text{อายุปัจจุบัน})$ ได้พลังงาน 1,200 Kcal/day โปรตีน 48.84 g/day
2. ดูแลให้ได้รับอาหารหลังจาก NPO ยกเว้นยา โดยเริ่มจาก BD (1:1) 150ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น BD (1:2;1) 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml
3. ประเมินการได้รับอาหารแต่ละวันให้ได้รับครบถ้วนตามโภชนาการกำหนด

การประเมินผล

รับอาหารทาง NG tube feeding ได้หมดในแต่ละมื้อ Serum Albumin 3.9 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการรักษาของโรค และสิ่งที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง

2. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว

3. อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย

4. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและซักถามสิ่งที่สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล เข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่าย

อย่างปลอดภัย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นอีก

2. เมื่อ 7 วันก่อนมาตรวจรักษาด้วยเรื่องสายยางให้อาหารหลุด ญาติป้อนอาหารเองทางปาก มีการสำลักนอนรักษาในโรงพยาบาลจำหน่ายไปได้ 2 วัน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื้อที่ที่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

D : Disease: สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการการทำ Nursing Round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

M : Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

E : Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ และระวังการพลัดตกหกล้ม

T : Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการสำลัก และการจัดการเมื่อสายยางให้อาหารขยับเลื่อนออกหรือหลุด การดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การทำแผลและการเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

H : Health care การดูแลสุขอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออาการ



ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แผลกดทับลุกลาม ปัสสาวะขุ่น

O : Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ

Diet: การเตรียมอาหารทางสายยาง การให้อาหารทางสายยางและสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

บทวิจารณ์

การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามนโยบาย service plan ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณารายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและติดตามโดยใช้ SOS score การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol severe sepsis และ Septic shock มีความรู้ ความสามารถทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาและมีความเสี่ยงสูง และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

บทสรุป

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกายในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อวัยวะต่างๆ จะทำงานล้มเหลวและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุพยาธิสรีรวิทยาภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017; 43(3):304-77.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med 2013;41(2):580-637.
3. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and septic shock: Current guidelines and definitions. AJN 2018;118(2):34-9.
4. คณะแพทยศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock (internet). 2560 (เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2566). เข้าถึงได้จาก: <http://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545>

5. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องเซ็ปซิส (Sepsis) (internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2566). เข้าถึงได้จาก : <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/2>
6. Makic, M. B. F. & Bridges, E. Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines and Definitions. *AJN* 2018;118(2):34-39.
7. รัฐภูมิ ขามพูนท. Septic Fast Track. ใน: ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์, สหชล ปุญญถาวร, บรรณาธิการ. *ICU Everywhere*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561. หน้า 128-137.
8. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2563;7(3):319-29.
9. โรงพยาบาลบางมูลนาก. งานเวชสถิติ. รายงานประจำปีโรงพยาบาลบางมูลนาก ปี 2565. พิฉิตร: โรงพยาบาล; 2565.

การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อ : มาตรการสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดโอกาสติดเชื้อ

ดร.ธานี โชติกคาม

บรรณาธิการวารสารฯ

การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ยังคงสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะที่โลกกำลังเผชิญกับการระบาดของโรคติดต่อมากมาย ทั้งโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ การรับรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันโรคที่ถูกต้อง สามารถช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อของประชาชนและลดการระบาดของโรคในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งแนวทางการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่ออย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมีดังต่อไปนี้

1. รักษาสุขอนามัย

การรักษาสุขอนามัยเป็นการทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีภูมิคุ้มกันที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้โรคติดต่อเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารสำคัญครบถ้วน เพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระชับร่างกาย การออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสมเท่ากับการมีระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงจะช่วยลดโอกาสใน

และสะอาด หลีกเลี่ยงการแช่ตัวในน้ำที่มีคนใช้ร่วมกัน และควรใส่หน้ากากอนามัยในสถานที่แออัดหรือมีควันและฝุ่นละออง เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายผ่านทางเสมหะ หรือการหายใจ (การใส่หน้ากากอนามัยช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อจากคนที่มีอาการป่วย และยังช่วยป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในสถานที่ที่คนหนาแน่นหรืออยู่ใกล้ชิดกัน)

3. การล้างมือ

การล้างมือเป็นวิธีง่ายๆ แต่มีผลกับการป้องกันโรคติดต่ออย่างมาก เมื่อเราสัมผัสสิ่งต่างๆ มือเป็นส่วนที่สัมผัสกันมากที่สุด อาจมีเชื้อโรคติดมา ดังนั้นควรล้างมือบ่อยๆ โดยใช้สบู่หรือแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อกำจัดเชื้อโรคที่อาจติดมากับมือ (ควรล้างมือโดยใช้สบู่และน้ำให้เปียกชุ่มอย่างน้อย 20 วินาที หรือถ้าไม่สามารถล้างมือได้ ควรใช้เจลแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน)



การติดเชื้อ นอกจากนี้ยังควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจทำให้ร่างกายอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากขึ้น

2. แต่งกายอย่างเหมาะสม

การแต่งกายอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่คุณภาพดี



4. การฉีดวัคซีน

การฉีดวัคซีนเป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ วัคซีนช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายให้สามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดีขึ้น ดังนั้นควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่วัคซีนสามารถป้องกันได้ และรับการฉีดวัคซีนตามกำหนด นอกจากนี้ การฉีดวัคซีนยังช่วยลดโอกาสในการระบาดของโรคในชุมชน (การฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ เช่น โควิด-19, ไข้หวัดใหญ่หรือโรคอื่นๆ)

5. การอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

การอยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ ควรทำความสะอาดบ้านและสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น ข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัว เครื่องมือ/อุปกรณ์ในครัว เครื่องนอน และเสื้อผ้าที่สวมใส่ เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม (ทำความสะอาดสิ่งของส่วนตัวและสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสบ่อยครั้ง เช่น เครื่องใช้ส่วนตัว โต๊ะ โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ ช่วยลดโอกาสในการแพร่กระจายของเชื้อโรค)

6. การหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับคนที่เป็โรค

หากมีผู้ใกล้ชิดหรือคนในบ้านที่เป็นโรคติดต่อ ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดและควรอยู่ห่างจากพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหากมีอาการป่วยควรปรึกษาแพทย์และใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้โรคติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ เช่น การไอ จาม



7. การหมั่นเฝ้าระวังและสังเกตความผิดปกติของตนเอง

ควรตรวจสอบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติ ควรพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาให้ทันเวลา



8. การเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงในสังคม

หากมีการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่หรือชุมชน ควรปฏิบัติตามมาตรการที่รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ

สุขภาพเป็นทรัพย์สินสมบัติที่มีค่าที่สุดในชีวิตของเรา การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคติดต่อ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตและสังคมสุขภาพดี

ด้วยความปรารถนาดี

จากกองบรรณาธิการวารสารวิจัย
และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปี ละ 2 ครั้ง 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles) ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

| | |
|------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ |
| ชื่อผู้เขียน | มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปริญญา) และสถานที่ปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย |
| เนื้อเรื่อง | ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน |
| บทคัดย่อ | คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ |
| บทนำ | อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย |
| วิธีการดำเนินการ | อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ |
| ผลการดำเนินงาน | อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ |
| วิจารณ์ | ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย |
| สรุป | ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป |

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑฒิพงค์, พัชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ ชาว กรรติพงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เภมการวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอ็ดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่.ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.0 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์ทดแทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป



7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้พิมพ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท



แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....

2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....

3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด.....วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

4. ขอส่งบทความ () 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)

() 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)

() 3. บทความพิเศษ (Special article)

() 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)

() 5. ปกิณกะ (Miscellany)

ชื่อเรื่อง ภาษาไทย :

ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ :

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถืออีเมล์

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย () ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

() เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Phichit Public Health Office

