



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากการไป กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สร ๑๒๐๘.๑๐/๑ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ใน การประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๖ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๒ ราย ดังนี้

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล              | ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ                         | ส่วนราชการ  |
|----------|------------------------|---|---|
| ๑.       | นางสาวอรัญญา คงสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพ<br>ชำนาญการพิเศษ<br>(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br>โรงพยาบาลสิชล<br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม |
| ๒.       | นางวิสุทธิ์ แซ่หลี     | เภสัชกร<br>ชำนาญการพิเศษ<br>(ด้านเภสัชกรรมคลินิก) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br>โรงพยาบาลสิชล<br>กลุ่มงานเภสัชกรรม                                   |

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๙๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วง ให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายจรุ่ง บุญกาญจน์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล  
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ**  
**ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช**

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล            | ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม   | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | ส่วนราชการ/ตำแหน่ง<br>ที่ได้รับการคัดเลือก  | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | หมายเหตุ    |
|----------|------------------------|--|-------------------|---|-------------------|-------------|
| ๑        | นางสาวอรัญญา คงสวัสดิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br><u>โรงพยาบาลสิชล</u><br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ<br>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)   | ๑๑๙๔๘๙            | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br><u>โรงพยาบาลสิชล</u><br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม                | ๑๑๙๔๖๙            | เลื่อนระดับ |
|          |                        | ชื่อผลงานส่งประเมิน "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล"<br>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลโดยใช้โมเดลการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐"<br>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"  |                   |   |                   | ๑๐๐%        |
| ๒        | นางวิสุทธิ์ แซ่หลี     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br><u>โรงพยาบาลสิชล</u><br>กลุ่มงานเภสัชกรรม<br>เภสัชกรชำนาญการ<br>(ด้านเภสัชกรรมคลินิก)   | ๑๑๙๒๓๑            | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช<br><u>โรงพยาบาลสิชล</u><br>กลุ่มงานเภสัชกรรม<br>เภสัชกรชำนาญการพิเศษ<br>(ด้านเภสัชกรรมคลินิก) | ๑๑๙๒๓๑            | เลื่อนระดับ |
|          |                        | ชื่อผลงานส่งประเมิน "การเปรียบเทียบระยะเวลาอคุอยรับยา และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลัง การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"<br>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเรื้อรัง"<br>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ" |                   |   |                   | ๑๐๐%        |

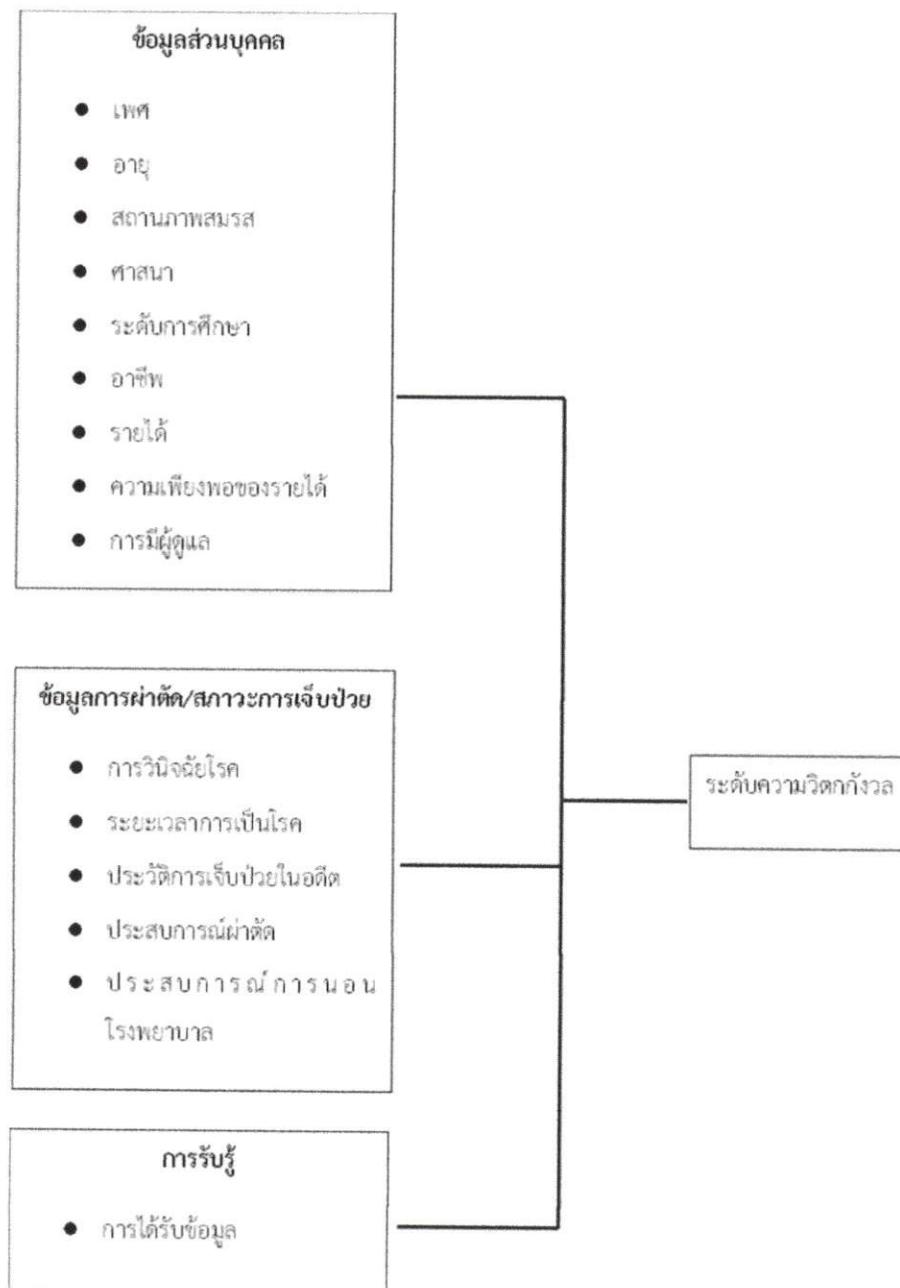
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔-เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะแพชชิญ ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. ๑๙๗๐) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบโดยมีตัวแปรส่วนของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นสถานการณ์ที่เข้ามากระทบให้เกิดความวิตกกังวล ดังนี้



## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

#### หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยตามมา และด้วย เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้คนมีอายุยืนยาว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้บุคคลเมื่อเกิดการ เจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การดำเนินไปของโรค ระยะเวลาในการรักษา และผลกระทบรักษาที่จะเกิดขึ้น ก่อให้เกิดความไม่แน่นอน และความวิตกกังวลตามมา อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ใน โรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งเปลี่ยนบทบาทจากคนปกติมาเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ต้องใช้ ระยะเวลาในการรักษา ต้องแยกจากครอบครัวที่พักอาศัย ต้องหยุดพักงานในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย การเจ็บป่วย ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ได้แก่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ขาดการออกกำลังกาย ถูกดูแลและอาหาร และ มีผลกระทบต่อการนอนหลับ ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจถูกกล่าวหาความเป็น ส่วนตัว ขาดความเป็นอิสระและการเป็นตัวของตัวเอง ต้องหยุดงานส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน แก่ครอบครัวตามมา ต้องแยกจากครอบครัวทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป บางรายอาจไป ปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำทุกวัน แต่เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถกระทำได้ ตามปกติ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดความวิตกกังวลได้

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหัวน ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต เกรงว่าจะเกิด อันตรายหรือความเสียหายเนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคล (Stuart & Sundeen, ๑๙๙๕) หากมีความวิตกกังวลมากหรือเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้ ซึ่งความวิตกกังวลแบ่ง ได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเชชิญ และความวิตกกังวลแห่ง ความวิตกกังวลขณะเชชิญ เป็น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามาระบบทะลุและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตราย หรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหัวน กระวนกระวาย ซึ่ง ผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลได้แตกต่างกันไปในแต่ละ บุคคล ส่วนความวิตกกังวลแห่ง เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป จนเป็นลักษณะ ประจำตัวของแต่ละบุคคล (Spielberger, ๑๙๗๐) ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจึงเป็นความวิตกกังวลขณะเชชิญ

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดศรีรัมราษฎร์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M<sub>1</sub> เตียงตามกรอบ ๓๐๐ เตียง เปิดให้บริการจริงจำนวน ๔๐๐ เตียง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม รองลงไปคือ ภูมารเวชกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม และศัลยกรรมกระดูก สำหรับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม อายุกรรมในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ พบร่วมกับจำนวนเพิ่มขึ้น ได้แก่ ๙,๔๕๑ ราย และ ๙,๔๔๖ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ รองลงไป คือ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ จากการบททวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยทางศัลยกรรม เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก (สุวี, ๒๕๕๗) ผู้ป่วยผ่าตัดตา (วารุณี, ๒๕๖๐) ผู้ป่วยส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร (ชัยวัฒน์ และมยรี, ๒๕๖๒) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลการให้อ้อมูล หรือโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย

ก่อนการผ่าตัดหรือการส่องกล้อง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อรุณศรี, ๒๕๕๘) ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจหลอดลม (พจนา, รัศมี และทวีศักดิ์, ๒๕๖๑) ผู้ป่วยส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร (นฤมล, ๒๕๖๒) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัด หรือส่องกล้อง แต่ยังไม่มีการศึกษาในภาพรวมของผู้ป่วยอายุรกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้มามาวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ได้อย่างมีคุณภาพ เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีดี ส่งให้สุขภาพกายดีขึ้นตามไปด้วย กระบวนการดูแลรักษาโรคทางกายจึงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยพื้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติต่อไป

### **วัตถุประสงค์**

- ๕.๑ เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ๕.๒ เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ๕.๓ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### **การดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสมัยพันธ์ (Correlational Research)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๙,๐๐๐ ราย

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ่ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๓๘๗.๑๒ ราย ใน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๓๘๕ ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖

### **กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา**

- (๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)
  ๑. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
  ๒. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร พัง พุดคุย ภาษาไทยได้
  ๓. เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระยะวิกฤตฉุกเฉิน หรือมีอาการกำเริบ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหอบเหนื่อย
  ๔. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ ๑-๒ ของการนอนโรงพยาบาล
- (๒) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)
  ๑. ผู้ป่วยพูดชาลับสน สื่อสารลำบาก
  ๒. ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ที่ไม่สามารถสื่อสาร หรือช่วยเหลือตนเองได้
  ๓. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน
  ๔. ผู้ป่วยมีอาการทางจิต

## เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเพชิญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายค่าใช้จ่าย พื้นที่อยู่อาศัย สถานภาพในครอบครัว และการมีผู้ดูแล

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์นอนโรงพยาบาล และการได้รับข้อมูล

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเพชิญ (STAI Form X-I) ของส皮ลเบอร์เกอร์และคณ (Spielberger, et al. ๑๙๗๐) จำนวน ๒๐ ข้อ เป็นความหมายด้านบวก ๑๐ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๑,๒,๔,๘,๑๐,๑๑,๑๓,๑๔,๑๖,๑๗ และ ๒๐ ความหมายด้านลบ ๑๐ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๓,๕,๖,๗,๑๒,๑๓,๑๕,๑๗,๑๘ และ ๑๙ ระดับความรู้สึกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ตั้งแต่ “ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

### ข้อความที่แสดงความหมายด้านลบ

|             |             |
|-------------|-------------|
| มากที่สุด   | ให้ ๕ คะแนน |
| ค่อนข้างมาก | ให้ ๓ คะแนน |
| มีบ้าง      | ให้ ๒ คะแนน |
| ไม่มีเลย    | ให้ ๑ คะแนน |

### ข้อความที่แสดงความหมายด้านบวก

|             |             |
|-------------|-------------|
| มากที่สุด   | ให้ ๑ คะแนน |
| ค่อนข้างมาก | ให้ ๒ คะแนน |
| มีบ้าง      | ให้ ๓ คะแนน |
| ไม่มีเลย    | ให้ ๕ คะแนน |

คะแนนความวิตกกังวลเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุด ๒๐ คะแนน สูงสุด ๕๐ คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลมาก โดยมีการแบ่งคะแนนความวิตกกังวลเป็น ๓ ช่วงคือ

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ระดับต่ำ     | คะแนน ๒๐-๔๐ คะแนน     |
| ระดับปานกลาง | คะแนน ๔๑-๖๐ คะแนน และ |
| ระดับสูง     | คะแนน ๖๑-๘๐ คะแนน     |

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่านได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม ๑ ท่าน อาจารย์พยาบาล ๑ ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ๑ ท่าน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำแบบวัดความวิตกกังวลไปทดสอบแก่ผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลfa (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ cronbach (Cronbach , ๑๙๕๐) เท่ากับ ๐.๘๑ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่ระดับ

๐.๗ ผู้วิจัยจึงเชื่อมั่นว่าแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงตรงในการวัด และสามารถใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้

### การรวมข้อมูล

๑. ทำบันทึกข้อมูลของนุ้มติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
๒. ทบทวนวรรณกรรม เขียนโครงสร้างวิจัย เพื่อขอจิยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๓. เมื่อผ่านคณะกรรมการจิยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เรียบร้อย ดำเนินการเก็บข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และเกณฑ์ยุติ การศึกษาที่กำหนด
๔. แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ลงนามในยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติพื้นฐานการทำวิจัยในมนุษย์ ๓ ด้าน ได้แก่ การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล หลักของผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม
๕. กลุ่มตัวอย่างจะเป็นคนทำแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช หากผู้ป่วยไม่สะดวกในการอ่านข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ดูแลสามารถอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟังได้ โดยให้ผู้ป่วยบอกค่าคะแนนความวิตกกังวล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจะออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ หากไม่เข้าใจใจข้อความใด ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมของเนื้อหาวิชาการเท่านั้น
๖. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้รหัสข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA ดังนี้

- ๑.๑ ข้อมูลที่วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ และร้อยละ
- ๑.๒ ข้อมูลระดับความวิตกกังวล วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ t-test ในข้อมูลที่มี ๒ กลุ่ม และใช้ ANOVA ในข้อมูลที่มีตั้งแต่ ๓ กลุ่มขึ้นไป
- ๑.๓ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลโดยสถิติ ordered logistic regression

#### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

| หัวข้อ   | ๒๕๖๕ |     |     |     |     | ๒๕๖๖ |     |      |     |  |
|--|------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|--|
|  | ต.ค  | พ.ย | ธ.ค | ม.ค | ก.พ | มี.ค | พ.ค | มิ.ย | ก.ค |  |
| กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย/<br>วัตถุประสงค์                                   | ←    | →   |     |     |     |      |     |      |     |  |
| ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/<br>คำจำกัดความวิจัย/นิยามศัพท์                       | ←    | →   |     |     |     |      |     |      |     |  |
| เขียนโครงร่างการวิจัย กำหนดรูปแบบ<br>การวิจัย ประชากร และวิธีการสุ่ม<br>ตัวอย่าง | ←    | →   |     |     |     |      |     |      |     |  |
| จัดทำเครื่องมือ และตรวจสอบ<br>คุณภาพของเครื่องมือ                                | ←    | →   |     |     |     |      |     |      |     |  |
| ส่งโครงร่างขอพิจารณาจัดยื่นรiformation<br>วิจัย                                  |      |     | ←   | →   |     |      |     |      |     |  |
| ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่<br>กำหนดไว้                                      |      |     |     |     | ←   | →    |     |      |     |  |
| เก็บรวบรวมข้อมูล   |      |     |     |     | ←   | →    |     |      |     |  |
| วิเคราะห์ข้อมูล  |      |     |     |     |     | ←    | →   |      |     |  |
| สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการ<br>วิจัย   |      |     |     |     |     |      | ←   | →    |     |  |
| เผยแพร่ผลการวิจัย  |      |     |     |     |     |      | ←   | →    |     |  |

#### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

ได้ผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการ จำนวน ๑ เรื่อง ภายใน ๑ ปี

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### ๕.๑ เชิงปริมาณ

๑. ได้ผลงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑ เรื่อง

๒. ได้เผยแพร่ผลงานวิชาการ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑ เรื่อง

##### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. อายุ, ศาสนา, ระดับการศึกษา, รายได้, การวินิจฉัยโรค, โรคประจำตัว และการมีผู้ดูแลขณะนอนโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่

๒. ผู้ป่วยที่มี ๒๐-๓๙ ปี ลดโอกาสของการมีระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้นได้ ๘๙% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๓. ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม ลดโอกาสของการมีระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้นได้ ๗๙% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ

๔. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้น ๗.๐๑ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา หรือ ปวช มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้น ๑๒.๘ เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียน

๕. ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงของการมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ๕.๖๑ เท่า ของผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

๖. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินอาหาร มีโอกาสเสี่ยงของการมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ๘.๑๑ เท่า ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นๆ มีโอกาสเสี่ยงของการมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ๓.๑๘ เท่า ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจ

๗. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงของการมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ๒.๓๓ เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

๘. ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลขณะนอนโรงพยาบาล ลดโอกาสของการมีระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้นได้ ๘๖% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปสอนนักศึกษาแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อจะได้มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์วินิจฉัยให้เข้ารักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง หรือให้การรักษาที่จำเพาะ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจึงต้องอาศัยการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินอาการผู้ป่วยซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระยะวิกฤติฉุกเฉิน หรือมีอาการกำเริบ

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปwarning หรือพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวล เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่สอดคล้องกับความเป็นปัจเจกบุคคล

๒. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ จักษุ โสต ศอ นาสิก เป็นต้น นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวล และออกแบบศึกษาไปข้างหน้า Prospective study โดยการใช้การจัดการรูปแบบต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) เผยแพร่ผลการวิจัย โดยการนำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral Presentation เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในงานประชุม วิชาการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๙-๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมแกรนด์ปราร์ค นครศรีธรรมราช

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

(๑) นางสาวอรัญญา คงสวัสดิ์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  


(นางสาวอรัญญา คงสวัสดิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วันที่ ๑๗/๕/๒๕๖๖ /กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ  |
|-----------------------------|---|
| ๑. นางสาวอรัญญา คงสวัสดิ์   |  |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นายนุญยืน ศรีสว่าง)  
 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่ ๑๐/๗/๖๙  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 (นายเอกโชค พิรธรรมานนท์)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่ ๑๐/๗/๖๙  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)**

**๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลโดยใช้โมเดลการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐**

**๒. หลักการและเหตุผล**

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ ความสำเร็จ บุคลากรที่มีคุณภาพ มีความสามารถในการทำงาน และมีความรู้ที่จะช่วยพัฒนาองค์กร ให้สามารถต่อสู้กับสภาพการแข่งขันในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (สำราญ โพธิ์เวช, ๒๕๕๐) ซึ่งการพัฒนาบุคลากรให้ดีที่สุดนั้นมีได้หมายความว่า จะหยุดพัฒนาเมื่อได้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะคติ และจริยธรรมที่ดีเข้ามาทำงานแล้ว แต่ในทางตรงกันข้าม การพัฒนาบุคลากร จำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทันยุคทันสมัย เนื่องจากการพัฒนาบุคลากรจะเป็นกำลังสำคัญในการ ขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย และประสบความสำเร็จพร้อมที่จะยกระดับความสามารถและ พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมในทุกระดับให้เดินหน้าโดยไม่หยุดเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา (บริษัท ซีพี ออลล์จำกัด, ๒๕๖๓)

ปัจจุบันการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรมีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่ได้รับความนิยมใน ปัจจุบัน ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้ ๗๐:๒๐:๑๐ เป็นการผสมผสานกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ในสัดส่วน ที่เหมาะสมและชัดเจนเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ ร้อยละ ๗๐ เน้นการเรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์จากการทำงานจริง ร้อยละ ๒๐ การเรียนรู้ผ่านผู้อื่น และร้อยละ ๑๐ การเรียนรู้ผ่านการ ฝึกอบรม โดยแต่ละสัดส่วนล้วนเติมเต็มกันและกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (พัชรา วนิชวงศ์, ๒๕๖๐) ซึ่งทักษะการทำงานสำคัญ และสามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็วคือ การลงมือ ปฏิบัติ การได้ทดลองจากหน้างานจริงจนเกิดทักษะความชำนาญการ เกิดประสบการณ์ (Learning by Job Experience) และเป็นการเรียนรู้ที่ต้องเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการ แลกเปลี่ยนความรู้ การให้คำแนะนำ ซึ่งกันและกัน หรือเพื่อนร่วมงาน (Learning by other) และเป็นการเรียนรู้และการพัฒนาที่ต้องเสริมด้วยโปรแกรมการอบรมตามหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตามหน้าที่การปฏิบัติงาน (Learning by course) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างรอบด้าน (อากรณ์ ภู่ วิทยพันธุ์, ๒๕๕๙) โดยประสบการณ์ที่ได้จากการทำงาน มีประโยชน์แก่บุคลากรมากที่สุด เพราะจะ ทำให้บุคลากรได้ค้นพบทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตน และยังสามารถเรียนรู้จากความ ผิดพลาด คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๐ และต้องอาศัยการช่วยเหลือแนะนำ (Mentoring) และการสอน (coaching) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๐ ประโยชน์ที่พนักงานได้รับคือกำลังใจ และข้อมูลที่ป้อนกลับ เพื่อนำมาปรับปรุงในการทำงาน และเน้นการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกอบรมเพิ่มเติม เป็นสัดส่วน ร้อยละ ๑๐ (ปิยันันท์ สวัสดิ์ศรุณhaar, ๒๕๖๑)

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ ๕ จำนวนเตียงตามกรอบ ๓๐๐ เตียง เตียงจริง จำนวน ๔๐๐ เตียง พัฒนาศักยภาพบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางครบทุกสาขา เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลังพบว่า โรงพยาบาลสิชลมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดจากโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งนโยบายการบริหารงานที่โรงพยาบาลสิชลยึดถือปฏิบัติตามตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ คือ คุณภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค และเป็นธรรม ในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes) โดยเริ่มตั้งแต่ ๑) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry) ๒) การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ๓) การวางแผน (Planning) ๔) การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery) ๕) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) และ ๖) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งต้องอาศัยศักยภาพของบุคลากร และกระบวนการทำงานเป็นทีม ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบตามความเชี่ยวชาญ สร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานในองค์กร และช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้แต่ละทีมส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิต

หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสิชล ให้บริการผู้ป่วยในอายุรกรรมเฉลี่ยวันละ ๖๐ ราย คำนวณภาระงาน (Productivity) เฉลี่ยตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๑๕๘ ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่ต้องมีภาระงานเพียงร้อยละ ๙๐-๑๑๐ โดยมีอัตรากำลังพยาบาลทั้งหมด ๑๒ คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้จำนวน ๕ คน เมื่อวิเคราะห์บุคลากรพยาบาล พบว่า มีอายุงานมากกว่า ๑๐ ปี จำนวน ๓ คน อายุงาน ๕-๑๐ ปี จำนวน ๓ คน และอายุงานน้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๖ คน จะเห็นได้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๕ ปี จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การทำงานจริง โดยมีพยาบาลที่มีศักยภาพหรือประสบการณ์การทำงานสูงอยู่เป็นพื้นที่เลี้ยงให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้รอบด้าน สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาดหรืออุบัติการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา อุบัติการณ์ Unplan ICU จำนวน ๑๖ ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Acute Respiratory Failure และ septic shock วิเคราะห์ได้ว่าเกิดจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถประเมินภาวะ Acute Respiratory Failure และ septic shock ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ Unplan ICU ตามมา นอกจากนี้ยังเกิดอุบัติการณ์ Medication error ระดับ D จำนวน ๑ ราย และการบันทึกทางการพยาบาลไม่ได้มาตรฐานตามหลักการบันทึก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนสามารถเรียนรู้และพัฒนา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำได้

จากการเจริญเติบโตและพัฒนาโรงพยาบาลแบบก้าวกระโดด ส่งผลให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรไม่ทันกับจำนวนปริมาณงานที่เพิ่ม และขับขันขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้ปฏิบัติงานยังคงเท่าเดิม

ประกอบกับความเร่งรีบในการปฏิบัติงานให้ทันเวลาอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดขึ้น เกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ข้อร้องเรียนต่าง ๆ ตามมา สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อองค์กรในภาพรวมลดลง จากประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรลดลง และประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมก็ลดลงเรื่อย ๆ เช่นเดียวกัน ศักยภาพบุคลากรจึงเป็นปัจจหาสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อให้บุคลากรสามารถรับมือกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น และสามารถจัดการกับข้อมูลต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเป็นมืออาชีพ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model)

### แนวความคิด

รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model) เป็นหลักการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดย Morgan McCall, Michael Lombardo และ Robert Eichinger ร่วมกับ Centre for Creative Leadership จนเป็นโมเดลในการพัฒนาและเรียนรู้ที่ได้รับการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในองค์กรชั้นนำต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งทฤษฎี ๗๐ : ๑๐ นั้น คือ การมองภาพรวมของการเรียนรู้และพัฒนาเทียบกระบวนการทั้งหมดนับเป็น ๑๐๐% ใน ๗๐% จะเป็นกระบวนการลงมือทำเพื่อให้เกิดประสบการณ์การทำงานจริง เที่ยงผลลัพธ์ของการพัฒนาอย่างชัดเจน และช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เช่น On the job training (OJT) หรือการมอบหมายโครงการให้ปฏิบัติ ในขณะที่ ๒๐% คือ กระบวนการพัฒนาที่เลี้ยงหรือโค้ช เพื่อการแนะนำแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติจริง และช่วยติดตามดูแลความคืบหน้าของโครงการที่มอบหมาย ส่วน ๑๐% คือ การเรียนรู้ในห้องเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติ หรือพฤติกรรมที่ควรมีในการทำงาน โดยความสำเร็จของการเรียนรู้ของบุคลากรที่จะเกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน สามารถแบ่งเป็นสัดส่วนการเรียนรู้ได้ (อาจารย์ ภูวิทยพันธุ์, ๒๕๕๙) ดังนี้

- ๑) การพัฒนาในส่วน ๗๐% หรือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การทำงาน (Learn and Develop through Experience) คิดเป็น ๗๐% ของสัดส่วนในการเรียนรู้ทั้งหมด
- ๒) การเรียนรู้ ๒๐% เป็นผลมาจากการเรียนรู้โดยผู้อื่น (Learn and Develop through Others) ซึ่งประกอบไปด้วย การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง รวมไปถึงการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่ายที่อยู่นอกองค์กร และ
- ๓) ส่วนสุดท้ายของการเรียนรู้อีก ๑๐% มาจากการเข้ารับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ หรือการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ หรือการเรียนรู้ผ่านระบบ E-learning (Learn and develop through Structured courses/programs)

ดังนั้น การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรควรออกแบบโดยมองให้ครบถ้วน องค์ประกอบของการเรียนรู้ไม่ใช่แค่เพียงการเข้ารับการฝึกอบรมจากห้องเรียน หรือการเรียนรู้ผ่าน ๑๐% เท่านั้น แต่ต้องผสมผสาน การเรียนรู้ในรูปแบบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานทั้งการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การทำงานและการเรียนรู้จากผู้อื่น (Workplace Learning) ในส่วนของ ๗๐%

และ ๒๐% เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายการทำงานตามที่องค์กรตั้งไว้

### ข้อเสนอ

ข้าพเจ้าในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จึงขอเสนอการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล ทีมสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model)

๒. วิเคราะห์สภาพการทำงานเป็นทีมในปัจจุบัน วิเคราะห์ศักยภาพบุคลากร แบ่งตามประสบการณ์การทำงาน และวิเคราะห์การเรียนรู้ตามหลัก ๗๐-๒๐-๑๐

๓. ประชุมจัดทำกลยุทธ์ หรือเครื่องมือการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ ๑) กลยุทธ์ ๗๐% learning by experience ๒) กลยุทธ์ ๒๐% learning by exchange และ ๓) กลยุทธ์ ๑๐% learning by Education

๔. ประเมินความเหมาะสมของกลยุทธ์ตามรูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา ๗๐-๒๐-๑๐ และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

๕. ประกาศแผน และนำกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model)

๖. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ประเมินผลดำเนินงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model)

๘. ขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model) ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กร

### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไข

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา สูตร ๗๐-๒๐-๑๐ (๗๐-๒๐-๑๐ Learning and Development Model) เป็นแนวคิดใหม่ในการนำมาใช้พัฒนาศักยภาพบุคลากร จึงอาจมีความยุ่งยากซับซ้อนในขั้นตอนการพัฒนา โดยเฉพาะในส่วนของการเรียนรู้จากประสบการณ์ (๗๐% Learn and Develop through Experience) ซึ่งเป็นสัดส่วนการเรียนรู้และพัฒนาที่มากถึง ๗๐% จึงต้องอาศัยบุคลากรแม่แบบที่เป็น Role model ที่ได้รับการยอมรับ และเป็นรูปแบบการปฏิบัติงานที่แตกต่างไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติต่อ ๆ กันมา เน้นความท้าทาย ที่ต้องใช้

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การคิดเชิงวิเคราะห์ การวางแผนงานมากกว่าที่เคยปฏิบัติตาม บุคลากรอาจไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาตามรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องมีการเสริมพลัง ให้กำลังใจ และชื่นชมในทุกระยะของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยใช้รูปแบบดังกล่าว

สำหรับการเรียนรู้และพัฒนาจากผู้อื่น (๒๐% Learn and Develop through Others) เป็นการเรียนรู้จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะแพทย์ เป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาล ซึ่งแพทย์อาจจะมีข้อจำกัดด้านเวลาเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก หลายหอผู้ป่วย จึงต้องวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกัน โดยการกำหนดช่วงเวลาการเรียนรู้ร่วมกันที่เหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ในแต่ละวัน เพื่อให้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรพยาบาล ได้รับการเรียนรู้แบบไม่ตายตัว และเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่งในยุคปัจจุบัน โดยวิธีการเรียนรู้แบบ ๗๐-๒๐-๑๐ ที่ค่อนข้างยืดหยุ่นนำไปปรับใช้ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เช่น การพัฒนาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงผลลัพธ์การทำงานของพยาบาล สนับสนุนความต้องการการเรียนรู้ที่หลากหลาย และผลลัพธ์ในงานที่แตกต่างกันไป
๒. ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความสร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในหน่วยงาน เนื่องจากรูปแบบการเรียนรู้ต้องอาศัยการเรียนรู้จาก ๓ แหล่ง ผ่านประสบการณ์ทำงาน ของตนเอง ๗๐ เปอร์เซ็นต์ ผ่านการเข้าสังคมและทำงานร่วมกับผู้อื่น ๒๐ เปอร์เซ็นต์ และผ่านการขวนข่ายด้วยตัวเองอีก ๑๐ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งการเรียนรู้ ๒๐ เปอร์เซ็นต์ จำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่นในทีม และเปลี่ยนมุมมอง ประสบการณ์ หรือทักษะต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างการทำงาน การสนับสนุนวิธีการเรียนรู้ ๗๐-๒๐-๑๐ ทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ตรงกับความต้องการของทุกคนในทีมเป็นการสร้างความผูกพันระหว่างบุคลากร
๓. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีมเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากร จำเป็นต้องอาศัยการแขร์ความรู้ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากทุกคน เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรแบ่งปัน และเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดเป็นสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นทีม เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อแก้ปัญหา พัฒนานวัตกรรมใหม่ขึ้นมาจากการความคิดของทุกคน ทั้งยังส่งเสริมให้รับผิดชอบเป้าหมายที่ตนเองได้รับ มอบหมาย เป้าหมายของทีม และเป้าหมายขององค์กร
๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรระดับหัวหน้างาน เนื่องจากระดับหัวหน้าจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน รวมถึงการติดตามผลงาน จึงต้องมีการกำหนดเวลาประจำชุม พูดคุย และเปลี่ยนความคิดเห็น การสอนงาน หรือการเสนอแนะแบบรายบุคคล เพื่อดูพัฒนาการของบุคลากรแต่ละคน เรียนรู้วิธีการทำงานใหม่ ๆ ที่ได้จากการแขร์ความคิดของบุคลากรสร้างความรู้สึกปลอดภัยในทางจิตวิทยา ให้คนในทีมกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย ขัดความกลัว และเคราะฟ์ในความคิดของผู้อื่น

๕. ลดขั้นตอน เท็นผลลัพธ์ได้เร็วขึ้น การเรียนรู้แบบ ๗๐-๒๐-๑๐ แตกต่างจากการเรียนรู้ทั่วไป เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต และต้องอาศัยการปรับตัว หลาย ๆ อย่าง สามารถเรียนรู้ได้ทันทีจากงานที่ทำ จากคนที่ทำงานด้วย ไม่ต้องใช้เวลาไปเข้าอบรม หลักสูตรต่าง ๆ กระบวนการและการเรียนรู้แบบนี้ใช้เวลาอ่านน้อย บางอย่างรู้ผลได้ແທບจะทันที ได้ Feedback ทันที ปรับปรุงแก้ไขได้ทันที ทำให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างรวดเร็ว

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- |  |           |
|--|-----------|
| ๑. อุบัติการณ์การเกิดความเสียหายทางคลินิก Unplan ICU ลดลง  | ร้อยละ ๕  |
| ๒. อุบัติการณ์การเกิด Medication error ลดลง                | ร้อยละ ๕  |
| ๓. บันทึกทางการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด              | ร้อยละ ๙๐ |
| ๔. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | ร้อยละ ๘๕ |

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวอรรัญญา คงสวัสดิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๓/กรกฎาคม/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

### ๓) ด้านการประสานงาน

- ๓.๑ ประสานการทำงานร่วมกันในทีมงานโดยมีบทบาทในการซึ่งแนะนำ จูงใจ ทีมงานหรือหน่วยงานอื่นในระดับสำนักหรือกอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด
- ๓.๒ ชี้แจง ให้ข้อคิดเห็นในที่ประชุมคณะกรรมการหรือคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความร่วมมือในการดำเนินการร่วมกัน

### ๔) ด้านการบริการ

- ๔.๑ ให้คำแนะนำ ตอบปัญหา และชี้แจง เกี่ยวกับการเภสัชกรรม เภสัชสารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภคที่ยกเป็นพิเศษต้องมีการค้นคว้าอ้างอิงหรือใช้ข้อมูลจากภายนอกแก่น่วยงานราชการ เอกชน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อให้ผู้สนใจได้ทราบข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์
- ๔.๒ สอน พัฒนา ให้คำปรึกษาการถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยีทางเภสัชกรรม เภสัชสารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค แก่นักศึกษา บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- ๔.๓ จัดทำฐานข้อมูลหรือระบบสารสนเทศที่เกี่ยวกับงานเภสัชกรรม เภสัชสารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้สอดคล้องและสนับสนุนภารกิจของหน่วยงาน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การเปรียบเทียบระยะเวลาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๓-เดือนกันยายน ๒๕๖๔
๓. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เภสัชกรรมโรงพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบยาทั้งในบทบาทการบริหารจัดการเชิงระบบเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพ พร้อมใช้ พอดีกับ ภัยใต้ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และบทบาทผู้ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่มุ่งเน้นการใช้วิชาชีพเภสัชกรรมในการส่งเสริม ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการรักษาพยาบาลด้วยยา เภสัชกรจึงต้องไม่เพียงแต่จัดให้มีบริการต่าง ๆ ด้าน เภสัชกรรมเท่านั้นแต่จะต้องให้ความสำคัญและสนใจต่อผลลัพธ์ของการให้บริการและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาพรวม ซึ่งมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงพยาบาล มาตรฐานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลจึงเป็นมาตรฐานที่เภสัชกรโรงพยาบาล จะต้องนำลงสู่การปฏิบัติอย่างเข้มงวด สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประกอบด้วย (๑) ภาวะผู้นำและการจัดการงานเภสัชกรรม (๒) การบริการเภสัชสนเทศและการจัดการความรู้ (๓) การส่งเสริมการรักษาด้านยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (๔) การจัดหา การสำรวจยา การกระจาย และการควบคุมยา (๕) อุปกรณ์ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งข้อมูลทางยา และ (๖) การศึกษาวิจัย การประเมินผล ดังนี้

**มาตรฐานที่ (๑) ภาวะผู้นำและการจัดการงานเภสัชกรรม (Leadership and Pharmacy management)** ภาวะผู้นำและทักษะการจัดการงานเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนา และ ปรับปรุงการจัดการบริการด้านเภสัชกรรมให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการให้ความสำคัญต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการงานเภสัชกรรม จะมุ่งเน้นบทบาทวิชาชีพ ที่ครอบคลุมมาตรฐานการจัดการด้านยา (medication management standard) การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และ การคุ้มครองผู้บริโภค ในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ ครอบคลุม ผู้รับบริการ ชุมชน และสังคม ผ่านการจัดโครงสร้างองค์กร ระบบการจัดการให้อี้อ้อต่อการให้บริการเภสัชกรรม ตาม พันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

**มาตรฐานที่ (๒) การบริการเภสัชสนเทศและการจัดการความรู้ (Drug information services and knowledge management)** เภสัชกรจะต้องทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและเป็นปัจจุบันแก่ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา และบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพควรดำเนินการในลักษณะศูนย์บริการข้อมูลยา สารสนเทศทางเภสัชศาสตร์ และ ข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงาน โดย ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดหา แหล่งข้อมูลทางเภสัชศาสตร์ ได้แก่ วารสารและตำราทางด้านยาและการแพทย์ที่เป็นปัจจุบันไว้ประจำหน่วยงานเภสัชกรรมและ หน่วยให้บริการ ทั้งนี้รวมถึงระบบการเข้มต่อข้อมูลทางไกลจากห้องสมุด และ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล อื่น ๆ เภสัชกรจะต้องให้ บริการข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ๆ ที่ขอรับบริการ ตลอดจน ให้บริการแก่เภสัชกรที่ทำหน้าที่ติดตามดูแลปัญหาด้านยาของผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน และต้องมั่นใจว่า ผู้ที่ เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง สามารถนำไปปฏิบัติ ตลอดจนมีระบบ การ สนับสนุนงานบริการให้มีและเข้าถึงข้อมูลยา ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการบริการอย่างเหมาะสม เพียงพอ และทันเวลา เภสัชกรจะต้องมีการดำเนินการด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการของหน่วยงาน การพัฒนาคุณภาพงาน การพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม รวมทั้งการ พัฒนาตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างเหมาะสม เกิดการเรียนรู้ การสร้างชุมชนเรียนรู้ตามความ เหมาะสม

**มาตรฐานที่ (๓) การส่งเสริมการรักษาด้านยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Optimizing medication therapy)** เป้าประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการให้บริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาล คือ การดำเนินการให้มีการใช้ ยาอย่างสมเหตุสมผล มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เภสัชกรจะต้องร่วมมือกับบุคลากร ทางการแพทย์ทุกสาขา ที่จะจัดทำนโยบายและมาตรฐานวิธีปฏิบัติเพื่อ ประกันคุณภาพของการรักษาด้วย ยา รวมทั้งการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และบรรยายกาศที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม อย่างสม่ำเสมอ

**มาตรฐานที่ (๔) การจัดหา การสำรองยา การกระจาย และการควบคุมยา (Medication procurement, distribution and control)** หน่วยงานเภสัชกรรมต้องรับผิดชอบ การจัดหา การกระจาย และการควบคุมยาทุกชนิดที่ใช้ใน โรงพยาบาล และ/หรือเครือข่าย รวมทั้งการจัดทำนโยบาย การออกแบบระบบ และวิธีดำเนินการเพื่อให้มี การกระจายยาอย่างเหมาะสม ทันความต้องการ และคงคุณภาพในทุกจุด โดยประสานข้อมูลกับ คณะกรรมการต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการนำ เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินการ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการจัดหา การกระจาย และการควบคุมยา

**มาตรฐานที่ (๕) อุปกรณ์ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งข้อมูลทางยา (Facilities, equipment and drug informatics)** หน่วยงานเภสัชกรรม จะต้องมีสถานที่ที่ สะอาดต่อการเข้าถึง และให้ บริการผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่น ๆ มีพื้นที่ อุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างเพียงพอ เพื่อให้การจัดการ งานเภสัชกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและ สามารถให้บริการงานเภสัชกรรมได้อย่างมี คุณภาพ และมีระบบการขนส่ง หรือติดต่อภายในโรงพยาบาล พื้นที่ ตู้ชั้นวาง ตู้เย็นเก็บยาและ อุปกรณ์ในการเก็บรักษาฯ ต้องมีขนาดและปริมาณที่เพียงพอที่จะสร้าง ความปลอดภัยและสามารถ ควบคุมสภาวะแวดล้อมในการเก็บยาได้

**มาตรฐานที่ (๖) การศึกษาวิจัย การประเมินผล (Research and evaluation)** เภสัชกร ควรจะทำการศึกษาวิจัยพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย รวมทั้งมี ส่วนร่วมหรือสนับสนุนงานวิจัย ทั้งทางด้านการแพทย์และเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และทรัพยากรของโรงพยาบาล ตลอดจนให้มีระบบการติดตาม การประเมินผล ระบบที่ มีการวางแผนไว้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานเภสัชกรรมโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

###### หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๓๐๐ เตียง ได้จัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้บริการแบบบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One Stop Service) ทั้งยืนบัตร ซักประวัติ พบแพทย์ และรอ รับยา ณ จุดเดียว เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และลดระยะเวลาการรอคอย โดยการใช้ระบบ Paperless มีระบบสั่งยาของแพทย์ทางคอมพิวเตอร์ในระบบ Hos-xp มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีงานบริการ เภสัชกรรม เป็นส่วนสำคัญในการจัดบริการแบบบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้บริการจ่ายยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไขมันในเลือด สูง มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน ๑๐๐-๑๕๐ รายต่อวัน โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนรายการตั้งแต่ ๑ – ๑๔ รายการ ต่อราย (กลุ่มงานเภสัชกรรม, ๒๕๖๗)

รูปแบบการบริการเริ่มจากผู้ป่วยยืนบัตรนัด ซักประวัติ ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ แพทย์สั่ง ใช้ยาในระบบ Hos-xp เมื่อพบแพทย์เสร็จผู้ป่วยยืนสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่พยาบาลเพื่อรอออกใบนัด หลังจาก

นั้นจึงนำสมุดประจำตัวพร้อมบัตรนัดมาயื่นรับยาที่งานเภสัชกรรม เพื่อดำเนินการตามกระบวนการจ่ายยาได้แก่ การพิมพ์ฉลากยาโดยผู้ช่วยเภสัชกรคนที่ ๑ จัดยาโดยผู้ช่วยเภสัชกร คนที่ ๒ แล้วจึงนำส่งตะกร้ายไปยังเภสัชกรคนที่ ๑ และ ๒ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำจ่ายให้ผู้ป่วย และให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการบริการดังกล่าวทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการขอรับยา ลดระยะเวลาและลดความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาด แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนากระบวนการจ่ายยาโดยใช้ระบบ HOS-XP ท้องยาสามารถดูรายการคำสั่งยาในคอมพิวเตอร์ พิมพ์ฉลากยา และจัดยาให้คำปรึกษาด้านยา ก่อนจ่ายยา จนถึงเภสัชกรส่งมอบยาให้ผู้ป่วย

ระยะเวลาอ科อยรับยา จึงเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการจ่ายยา รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ หากระยะเวลาอ科อยรับยานานเกินกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น หรือเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด ย่อมแสดงให้เห็นถึงความไม่ร่าบรื่นหรือความไม่เหมาะสมของกระบวนการจ่ายยา งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก จึงได้พัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมคลินิกโดยไม่ติดต่อเรื่อง โดยการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบงาน ด้วยการใช้ระบบ Lean เพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการบริการแบบใหม่เป็นการ set ระบบการสั่งยาจากทุกห้องตรวจของแพทย์เป็นระบบพิมพ์ฉลากยาอัตโนมัติ ณ จุดบริการเภสัชกรรม โดยไม่ต้องรอสมุดประจำตัวผู้ป่วยจากพยาบาล เป็นการลดขั้นตอนการขอรับยาคลอกใบบันด์ และรอค่อยการพิมพ์ฉลากยา รูปแบบใหม่นี้เมื่อแพทย์สั่งยา ฉลากยาจะถูกพิมพ์อัตโนมัติ ณ จุดบริการงานเภสัชกรรม โดยมีผู้ช่วยเภสัชกร ๒ คน เป็นคนจัดยา หลังจากนั้นส่งตะกรายามายังเภสัชกร ๒ คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และจ่ายยาให้ผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถจัดยาและจ่ายยาได้อย่างต่อเนื่อง การเร่งกระจายผู้ป่วย ลดระยะเวลาการรอค่อยรับยา และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยา และมีความพึงพอใจในบริการ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ที่เป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระบวนการ และระบบ ซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การสั่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา (Khruawam, ๒๐๑๘) ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยาแบ่งได้เป็น ๔ ประเภท ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกร มีหน้าที่ให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคเรื้อรัง มีส่วนเกี่ยวข้องในความคลาดเคลื่อนทางยา ๓ ส่วน ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยา การจัดยา และการจ่ายยา โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาตามแนวคิดดังเดิม เช่นว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดจากบุคคล แต่แนวคิดใหม่เชื่อว่าการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ (Nisanon, Jurawattanoppol, & Monthakantakul, ๒๐๑๖)

ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานบริการเภสัชกรรมคลินิกโดยไม่ติดต่อเรื่องจึงสนใจที่จะศึกษาการเปรียบเทียบระยะเวลาอ科อยรับยา และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโดยไม่ติดต่อเรื่อง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดศรีธรรมราช เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาระบบการบริการงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการอื่น ๆ ต่อไป

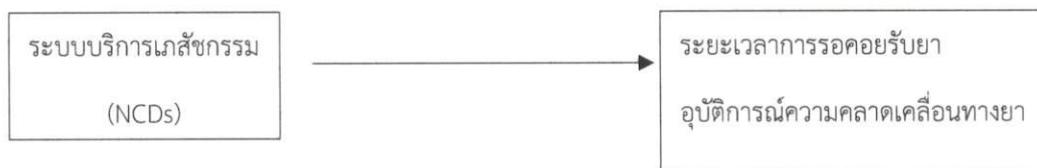
## วัตถุประสงค์วิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรับยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรม ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรม ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

## กรอบแนวคิดวิจัย

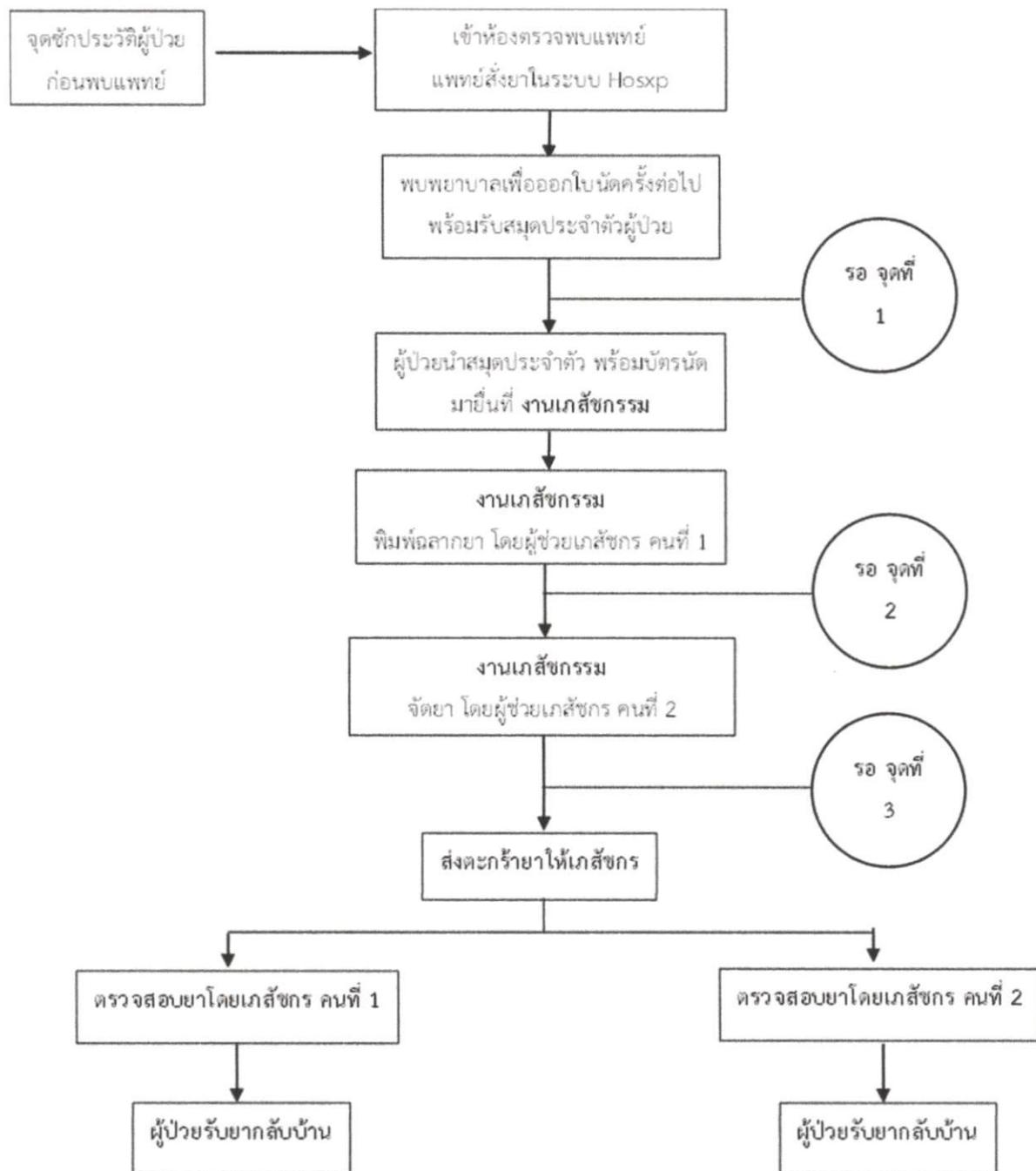
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารจัดการแบบลีน (Lean management) มาใช้ในกระบวนการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมเพื่อลดความสูญเปล่าในกระบวนการให้บริการผู้ป่วย ได้แก่การลดขั้นตอนการรอคอย จำนวน ๓ จุด รอคอย ได้แก่ จุดรอคอยที่ ๑ โรงพยาบาลออกใบนัดก่อนมารับยาที่ห้องยา จุดรอคอยที่ ๒ รอผู้ช่วยเภสัชกรพิมพ์ฉลากยาและจัดยา และจุดรอคอยที่ ๓ รอเภสัชกรตรวจสอบยาและจ่ายยา โดยการนำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ในการพิมพ์ฉลากยาอัตโนมัติ ณ จุดบริการเภสัชกรรม เมื่อแพทย์ส่งยาเสร็จประเมินผลด้วยระยะเวลาการรอคอยรับยา และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการ



## คำนิยาม

ระบบการบริการเภสัชกรรม (แบบเดิม) หมายถึง ระบบการบริการที่เริ่มจากผู้ป่วยยื่นบัตรนัด ซักประวัติผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ แพทย์สั่งใช้ยาในระบบ Hos-xp เมื่อพบแพทย์เสร็จผู้ป่วยยื่นสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่พยาบาลเพื่อรอออกใบนัด หลังจากนั้นจึงมายื่นรับยาที่งานเภสัชกรรม เพื่อดำเนินการตามกระบวนการจ่ายยา ได้แก่ ๑) การพิมพ์ฉลากยาโดยผู้ช่วยเภสัชกรคนที่ ๑ ๒) จัดยาโดยผู้ช่วยเภสัชกร คนที่ ๒ แล้วจึงนำส่งตะกร้ายาไปยังเภสัชกรคนที่ ๑ และ ๒ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำจ่ายให้ผู้ป่วย และให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย รายละเอียดดังภาพ ๑

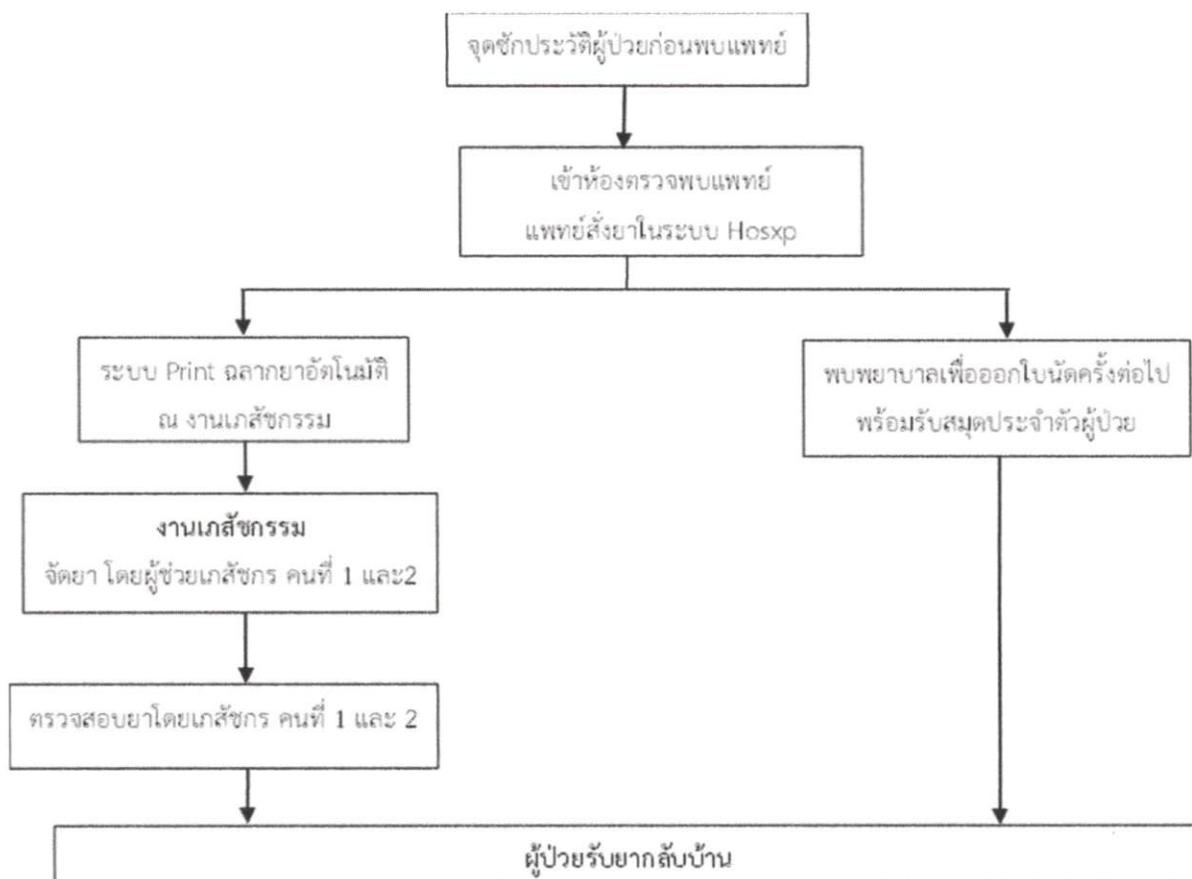
### ระบบบริการทางเภสัชกรรม (รูปแบบเดิม)



ภาพ ๑ ระบบบริการทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล (รูปแบบเดิม)

๒. ระบบการบริการเภสัชกรรม (แบบใหม่) หมายถึง ระบบการบริการที่เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาในระบบ Hos-xp แล้วระบบจะพิมพ์ฉลากยาอัตโนมัติ ณ จุดบริการเภสัชกรรม ผู้ช่วยเภสัชกร จำนวน ๒ คน สามารถนำฉลากยามาจัดยาได้เลย แล้วส่งต่อเภสัชกรเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำจ่ายให้ผู้ป่วย โดยไม่ต้องรอสมุดประจำตัวผู้ป่วยจากพยาบาล เพื่อลดขั้นตอนการรอค่อยใน ๓ จุดบริการ ได้แก่ (๑) การรอค่อยพยาบาลออกบัตรนัด (๒) การรอค่อยผู้ช่วยเภสัชกรคนที่ ๑ พิมพ์ฉลากยา และ (๓) การรอค่อยผู้ช่วยเภสัชกรคนที่ ๒ จัดยา ดังภาพที่ ๒

### ระบบบริการทางเภสัชกรรม (รูปแบบใหม่)



ภาพ ๒ ระบบบริการทางเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล (รูปแบบใหม่)

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากการประมวลผลงานประจำสุ่มงานวิจัย (Routine to research, R<sub>2</sub>R) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบการศึกษาข้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลบริการงานเภสัชกรรมในระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอคอยรับยา และจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายการสั่งยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ที่มารับบริการเพียง จุดเดียวในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องชำระเงิน และเบิกจ่ายตรง เนื่องจากมีขั้นตอนทางการเงินมาเกี่ยวข้องทำให้มีผลต่อระยะเวลาอคอยรับยา ผู้ป่วยที่แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลหลังจากเข้ารับการตรวจ และเกณฑ์การยกเลิกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่รับยา และผู้ป่วย มีอาการฉุกเฉินต้องทำการรักษาเพิ่มเติมระหว่างรอรับยา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับยา และข้อมูลความ คลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงเนื้อหา จำนวน ๓ ท่าน และปรับแก้ตามคำแนะนำเพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และจำนวนรายการยาที่ได้รับ โดยเก็บข้อมูลจากระบบ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในระบบ Hosxp ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับยา ประกอบด้วย ระยะเวลาเริ่มรอคอยการรับยา (เวลาที่แพทย์เริ่ม สั่งยา) และเวลาที่สิ้นสุดการรออย (เภสัชกรจ่ายยาเสร็จเรียบร้อย) โดยเก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ในระบบ Hosxp ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย ความคลาดเคลื่อนด้านกระบวนการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนด้านกระบวนการจัดยา และความคลาดเคลื่อนด้านกระบวนการจ่ายยา โดยการบันทึกข้อมูล ความคลาดเคลื่อนทางยาใบแบบบันทึกโดยเภสัชกร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการการแจกแจง ความถี่ และหาค่าร้อยละ ระยะเวลาการรอคอยรับยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการรอคอยรับยาก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการทาง เภสัชกรรม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ chi square และ Independent t test

#### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

| หัวข้อ   | ๒๕๖๔ |     |     |     | ๒๕๖๕ |      |      |     |      |     |
|--|------|-----|-----|-----|------|------|------|-----|------|-----|
|  | ต.ค  | พ.ย | ธ.ค | ม.ค | ก.พ  | มี.ค | เม.ย | พ.ค | มิ.ย | ก.ค |
| กำหนดปัญหาที่จะดำเนินการวิจัย/<br>วัตถุประสงค์                                   |      |     | ↔   |     |      |      |      |     |      |     |
| ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/คำอวัย<br>การวิจัย/นิยามศัพท์                         |      | ↔   |     |     |      |      |      |     |      |     |
| เขียนโครงร่างการวิจัย กำหนดรูปแบบ<br>การวิจัย ประชากร และวิธีการสุ่ม<br>ตัวอย่าง |      | ↔   |     |     |      |      |      |     |      |     |
| จัดทำเครื่องมือ และตรวจสอบ<br>คุณภาพของเครื่องมือ                                |      | ↔   |     |     |      |      |      |     |      |     |
| ส่งโครงการร่างขอพิจารณาจัดยื่นรูปแบบ<br>วิจัย                                    |      | ↔   |     | →   |      |      |      |     |      |     |
| ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่<br>กำหนดไว้                                      |      |     |     |     | ↔    |      |      |     |      |     |
| เก็บรวบรวมข้อมูล   |      |     |     |     |      | ↔    |      |     |      |     |
| วิเคราะห์ข้อมูล  |      |     |     |     |      |      | ↔    |     |      |     |
| สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการ<br>วิจัย   |      |     |     |     |      |      | ↔    |     |      |     |
| เผยแพร่ผลการวิจัย  |      |     |     |     |      |      |      | ↔   |      |     |

#### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ พัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรม เพื่อลดระยะเวลาการอคอร์บยาในคลินิกโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๔.๓.๒ ได้ระบบบริการทางเภสัชกรรมรูปแบบใหม่ ที่ลดความสูญเปล่าในกระบวนการ ป้องกัน  
ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยา และมี  
ความพึงพอใจในบริการ

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### ๕.๑ เชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ได้รูปแบบการบริการทางเภสัชกรรม เพื่อลดระยะเวลาการอคอร์บยาในคลินิกโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำนวน ๑ รูปแบบ

๕.๑.๒ ได้ผลงานวิจัย เรื่อง การเปรียบเทียบระยะเวลาการอคอร์บยา และอุบัติการณ์ความ  
คลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน ๑ เรื่อง

๕.๑.๓ ได้เผยแพร่ผลงานวิจัย เรื่อง การเปรียบเทียบระยะเวลาอคุยรับยา และอุปนิธิการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน ๑ เรื่อง

#### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ การพัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมแบบใหม่ ช่วยลดความสูญเปล่าในกระบวนการ และลดขั้นตอนการบริการ ส่งผลให้ระยะเวลาอคุยรับยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชลดลง

๕.๒.๒ การพัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมแบบใหม่ สามารถลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการบริการเภสัชกรรมในคลินิกบริการอื่นๆ เพื่อลดระยะเวลาอคุย และลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการเกิด ความพึงพอใจ

๖.๒ ส่งเสริมการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยช่วยเพิ่ม ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ และช่วยให้เภสัชกรสามารถปฏิบัติหน้าที่ในงานบริการทางเภสัชกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การวิจัยครั้งนี้ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามา มีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบการบริการทางเภสัชกรรมรูปแบบใหม่ ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการออกแบบระบบ และการวางแผนการดำเนินงาน

๗.๒ การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในทุกขั้นตอนการบริการในทุกสาขาวิชาชีพในคลินิก ทำให้อาจมีความยุ่งยากซับซ้อนในกระบวนการ

๗.๓ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคุยการบริการแต่ละขั้นตอน ใช้วิธีการดึงข้อมูลจากระบบ HOSxp ทำให้อาจเกิดความยุ่งยากซับซ้อนในขั้นตอนการประสานงานกับงานสารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องตรงกัน

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ---- ไม่มี----

### ๙. ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ณ จุดบริการเภสัชกรรมในเชิงระบบ เพื่อจะได้ทราบสาเหตุที่แท้จริง และวางแผนพัฒนาระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ผลงานวิจัย ในวารสารสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรม  
สนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ เดือนกรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๕

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑๑.๑ นางวิสุทธิ์ แซ่หลี สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางวิสุทธิ์ แซ่หลี)

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ  
วันที่ ๑๗/๗/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ   |
|-----------------------------|--|
| ๑. นางวิสุทธิ์ แซ่หลี       |  |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นายภาณุพงษ์ พิริยะวนิช)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ ๑๗/๗/๒๕๖๖  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
(นายเอกชิต พิรธรรมานนท์)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ ...../...../.....  
ผู้บังคับบัญชาที่เห็นอธิบาย

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา  
ที่เห็นอธิบายที่ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง  
ระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)**

**๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยเรื้อรัง**

**๒. หลักการและเหตุผล**

จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้มีการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวชกรรม (telemedicine) เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ โดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมาพบกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ในปัจจุบันโรงพยาบาลสิชลกำลังดำเนินการในการให้บริการแบบ Telemedicine โดยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการการแพทย์ทางไกลถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญ ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลการใช้ยาโดยการให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการใช้ยา และป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา โดยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เป็นงานบริการด้านเภสัชกรรมที่ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยซึ่งอยู่ต่างสถานที่ผ่านการใช้เทคโนโลยี หรือช่องทางอื่นเป็นผู้แทนในการนำส่งบริการนั้น มีเภสัชกรเป็นผู้ควบคุมและรับผิดชอบในกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ข้าพเจ้าในฐานะเภสัชกรได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลที่ได้มาตรฐานทันสมัยสอดคล้องกับระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปโดยใช้ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

**๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

**บทวิเคราะห์**

Telehealth หรือการสาธารณสุขทางไกล เป็นวิธีการให้บริการทางการแพทย์ผ่านทางเทคโนโลยี สารสนเทศ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ทุกที่ ลดข้อจำกัดด้านระยะทาง และเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการทางด้านสาธารณสุข ตามนิยามขององค์กรอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ให้ความหมายของ Telemedicine ว่า “The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities” สำหรับประเทศไทย ยกย่องท่วงทรายสุขได้ให้คำนิยามการบริการการแพทย์ทางไกลไว้ว่า “การให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา ตรวจวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย”

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้องรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และต้องมีการดูแลรักษา และใช้ยาไปตลอดชีวิต ได้แก่ โรคร้ายติดเชื้อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น การเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้องรังส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สัมคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งระบบสุขภาพที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปเพื่อรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเรื้องดังกล่าวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น จึงมีการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ทางไกลเข้ามา มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้องที่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ระบบการบริการทางเภสัชกรรมทางไกลจึงเป็นส่วนหนึ่ง ในการให้บริการผู้ป่วยในระบบการแพทย์ทางไกลที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านการใช้ยา แนวความคิด

สภากาชาดไทย ได้ให้ความหมายของ Telepharmacy ไว้ดังนี้ “การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล คือ การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยา ทั้งนี้ตามมาตรฐานที่สภากาชาดไทยประกาศกำหนดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลขององค์กรวิชาชีพแล้ว จะต้องมีความสอดคล้องกับนโยบาย กฎหมาย และจรรยาบรรณของการให้บริการสุขภาพตลอดจนความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย ซึ่งการกำหนดแนวทางของมาตรฐานบริการเภสัชกรรมทางไกลควรครอบคลุมและมุ่งต่อง ๆ เหล่านี้ คือ การรักษาความเป็นส่วนตัว การจัดเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้อง การบำรุงรักษาเครื่องมือที่ใช้ การส่งต่อข้อมูลบริการ วิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพอื่น วิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การวางแผนการให้บริการ และวิธีการให้บริการในส่วนที่เป็นรอยต่อ กับส่วนอื่น ซึ่งรายละเอียดต่อง ๆ เหล่านี้ควรได้รับการตรวจสอบ รับรอง และสอบทานอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ที่ได้รับมอบหมาย

### มาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

๑. ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทางไกล
๒. จัดให้มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และการบันทึกประวัติผู้ป่วยและการให้บริการ
๓. จัดให้มีระบบการบันทึกข้อมูลเสียงหรือวิดีโອนไลน์ที่ให้บริการและติดตามผลการใช้ยา ของผู้ป่วยที่สามารถรักษาความลับของผู้ป่วย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้
๔. จัดให้มีระบบการบริบาลทางเภสัชกรรม ดังนี้
  - ๔.๑ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย เพื่อรับรวมข้อมูลที่จำเป็นในการให้บริการทางเภสัชกรรม ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยา ประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน และสมุนไพรและประวัติการสั่งใช้ยา

๔.๒ การวิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription analysis) และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Drug-related problem) ทั้งนี้ให้ครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ การประเมินความเหมาะสมของ การใช้ยาต่อผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งชนิดของยา รูปแบบของยา ความแรง/ความเข้มข้นของยา ขนาดยา ความถี่ของการให้ยา ระยะเวลาในการใช้ยา ความพอดีของยาที่สั่งจ่ายในแต่ละครั้ง เงื่อนไขเฉพาะในการใช้ยา วิธีการใช้ยาเทคนิคพิเศษ

๔.๒.๒ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายระหว่างยากับยา ยากับอาหาร ยากับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยากับสมุนไพร

๔.๒.๓ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๔.๒.๔ การประเมินความเหมาะสมของยา ตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น หลักเภสัชพัณฑ์ศาสตร์ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง ผู้ที่มีความบกพร่องทางเภสัชจโนทยศาสตร์ของยา เช่น ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6-PD

๔.๓ การให้คำแนะนำบริกรษาผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับยา การจัดการเมื่อผู้ป่วยลืมใช้ยา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเก็บรักษายา การสังเกตยาหมดอายุ การติดตามผลการใช้ยา การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยา

๔.๔ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

๕. ต้องมีมาตรฐานในการขนส่งที่สามารถรักษาคุณภาพและความคงตัวของยาตลอดการขนส่ง โดยคำนึงถึง อุณหภูมิในขณะขนส่งกับประเภทหรือชนิดของยา ส่งมอบยาครบถ้วน ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ณ สถานที่และเวลาที่กำหนด ป้องกันการสูญหาย มิให้นำไปใช้ในทางที่ผิดหรือก่ออชญากรรม ทั้งนี้อาจกำหนดให้มีระบบติดตามสถานการณ์ขนส่ง (Tracking) ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตรวจสอบได้

### ข้อเสนอ

๑. ประชุมคณะกรรมการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานระบบการบริการเภสัชกรรม ทางไกลร่วมกับทีมบริการการแพทย์ทางไกล
๒. ศึกษาระบบทেเลโอนโลยีสารสนเทศที่นำมาใช้ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ร่วมกับการบริการเภสัชกรรมทางไกล ร่วมกับทีมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
๓. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้บริการการแพทย์ทางไกล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
๔. กำหนดแนวทางการให้บริการผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล พร้อมให้ข้อเสนอแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
๕. จัดระบบการบริการทางเภสัชกรรมทางไกล ดังนี้

- ๔.๑ รับใบสั่งยา และตรวจสอบการเขียนทะเบียนผู้ป่วย  
 ๔.๒ พิจารณาให้การบริการเภสัชกรรมทางไกลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยตามมาตรฐาน  
 ๔.๓ ติดต่อผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล และนัดหมายการส่งมอบยา  
 ๔.๔ ให้ผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล แสดงตนว่ามีเชื่อต่องกับที่เขียนทะเบียนผู้ป่วยและชื่อในใบสั่งยา กรณีเป็นผู้รับยาแทนผู้ป่วย ให้แสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยตามที่ได้แจ้งไว้ เมื่อถูกต้องแล้ว เภสัชกรธิบายรายการยาที่จะได้รับ วิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง การใช้ยา คำแนะนำในการใช้ยา คำเตือนการใช้ยาฯลฯ  
 ๔.๕ จัดทำบันทึกประวัติการให้บริการแก่ผู้ป่วย (Patient profile and medical records) โดยต้องมีการบันทึกเสียงตลอดระยะเวลาการให้บริการเป็นอย่างน้อย  
 ๔.๖ ติดตามผลการใช้ยาของผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล
๖. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ พร้อมวางแผนแนวทางปรับปรุงแก้ไขระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลให้มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
- ๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
- ๕.๑ ผู้รับบริการได้รับบริการทางเภสัชกรรมทางไกลที่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ทุกที่ ลดข้อจำกัดด้านระยะทาง และเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการทางด้านสาธารณสุข สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล  
 ๕.๒ ได้รูปแบบระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล สำหรับโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเบาหวาน และความดันโลหิตสูง  
 ๕.๓ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ๆ ต่อไป เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น
- ๖. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**
- |   |            |
|---|------------|
| ๕.๑ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล  | >ร้อยละ ๘๕ |
| ๕.๒ ความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล  | <ร้อยละ ๕  |
| ๕.๓ การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา และสามารถป้องกัน/แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ในผู้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล | >ร้อยละ ๘๕ |

(ลงชื่อ).....*วิจิตร ใจดี*.....  
 (นางวิจิตร ใจดี)  
 ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ  
 วันที่ ๑๗/กรกฎาคม/๒๕๖๖  
 ผู้ขอประเมิน