

การศึกษาประสบการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ ยารวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ปิโยรส ประทุมรัตน์¹, กรแก้ว จันทภาษา²

¹นักศึกษาปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์ ความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน รวมถึงมุมมองของทีมสุขภาพต่อการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อระบุจุดปัญหาและโอกาสในการพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวคิดการออกแบบบริการ **วิธีการ:** การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน–มิถุนายน พ.ศ. 2568 ในคลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ผู้ดูแล 2 ราย และบุคลากรด้านสาธารณสุข 8 ราย การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสังเคราะห์ผลร่วมกับกรอบแนวคิดการออกแบบบริการ **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะท้อนปัญหาสำคัญเกี่ยวกับอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ การพึ่งพาผู้ดูแล ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยา รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ขณะที่ทีมสหสาขาวิชาชีพสะท้อนปัญหาความไม่ชัดเจนของบทบาทและกระบวนการดูแล ข้อจำกัดของระบบข้อมูล และเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ ตลอดจนข้อจำกัดในการให้สุขศึกษาและการติดตามผู้ป่วย การสังเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพจำลองของผู้ป่วย 4 กลุ่ม และแผนที่เส้นทางการรับบริการ ซึ่งสะท้อนจุดปัญหาและโอกาสในการพัฒนาในแต่ละช่วงของการดูแล แนวทางการพัฒนาระบบบริการประกอบด้วยระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุก เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม **สรุป:** การประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบบริการช่วยให้สามารถบูรณาการมุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจปัญหาเชิงระบบของการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเป็นองค์รวม และเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และความสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ การออกแบบบริการ ประสบการณ์ผู้ป่วย วาร์ฟาริน โรงพยาบาลชุมชน

รับต้นฉบับ: 26 เม.ย. 2569, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 21 พ.ค. 2569, รับลงตีพิมพ์: 27 พ.ค. 2569

ผู้ประสานงานบทความ: กรแก้ว จันทภาษา ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 **E-mail:** korcha@kku.ac.th

Exploring Experiences and Challenges in Caring for Patients Receiving Warfarin Therapy in Community Hospitals: A Qualitative Study

Piyorote Pratoomrat¹, Kornkaew Chanthapasa²

¹Master's Degree Students, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objectives: To investigate the experiences, needs, and challenges of patients receiving warfarin therapy, as well as the perspectives of the healthcare team regarding service delivery in a community hospital. Furthermore, it sought to identify pain points and opportunities for service system improvement utilizing the concept on service design.

Methods: This qualitative study was conducted between April and June 2025 at a warfarin clinic in a community hospital in Sakon Nakhon Province. Informants consisted of 10 patients, 2 caregivers, and 8 healthcare providers. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions using semi-structured interview guides. Qualitative data were analyzed using content analysis and synthesized using the service design framework. **Results:** Patients and caregivers highlighted critical challenges regarding barriers to service accessibility, dependence on caregivers, knowledge and beliefs concerning medications, and daily drug-use behaviors. The multidisciplinary healthcare team expressed concerns regarding role ambiguity, fragmented care processes, limitations in information systems and clinical decision support tools, as well as constraints in patient education and follow-up care. The synthesis of these findings led to the development of four distinct patient personas and comprehensive service journey maps. These tools effectively visualized pain points and identified developmental opportunities across all phases of care. Proposed service interventions included proactive patient follow-up systems, clinical decision support tools, and tailored educational models suited to each patient persona. **Conclusion:** The application of service design concept successfully integrated the perspectives of patients, caregivers, and healthcare providers, enabling a holistic understanding of systemic challenges in community hospital-based warfarin care. These insights serve as a foundational framework for developing service systems that enhance continuity of care, patient safety, and alignment with patients' real-world contexts.

Keywords: qualitative research, service design, patient experience, warfarin, community hospital

บทนำ

วาร์ฟาริน (warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ผู้ที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อย่างไรก็ตาม วาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และมีความแปรปรวนในการตอบสนองต่อยาสูง การใช้ยาจึงจำเป็นต้องติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะเลือดออกและการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (1) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินมีค่าเฉลี่ย time in therapeutic range (TTR) เพียงร้อยละ 53.56 ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานสากลที่แนะนำให้มากกว่าร้อยละ 65–70 โดยผู้ป่วยที่มีค่า TTR ต่ำกว่าร้อยละ 65 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น 3.07 เท่า ภาวะเลือดออกรุนแรงเพิ่มขึ้น 1.90 เท่า ภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น 2.34 เท่า และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.11 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ INR ได้ตามเป้าหมาย (2) นอกจากนี้ ยังมีรายงานการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินอยู่ระหว่างร้อยละ 3.0–14.1 และ 3.13 ครั้งต่อ 100 patient-years (3)

ผู้ป่วยวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย การรับรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการติดตามการรักษา ตัวอย่างเช่น ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับยาและปัจจัยที่มีผลต่อ INR การพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดยาและการเดินทาง ตลอดจนข้อจำกัดทางสังคมและภูมิศาสตร์ที่ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ต่อเนื่อง (4,5) ซึ่งยิ่งทวีความสำคัญในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เวลาในการให้บริการ และระบบสนับสนุนการรักษา จากมุมมองของผู้ให้บริการ ระบบการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดสำคัญในระดับโครงสร้าง เช่น การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การดำเนินงานที่ไม่เป็นระบบและไม่บูรณาการระหว่างสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการรักษา (6)

งานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยวาร์ฟารินในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการประเมินผลลัพธ์

ทางคลินิก เช่น การควบคุมค่า INR หรือการลดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้วิธีการแทรกแซงทางเภสัชกรรม เช่น การให้คำปรึกษา การติดตามผลการใช้ยา และการใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อสนับสนุนการติดตาม (7,8) อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งทำความเข้าใจ “ประสบการณ์จริง” ของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองต่อความเป็นมนุษย์และบริบทท้องถิ่น

การออกแบบบริการ (service design) เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคของผู้ใช้บริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs) และสอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ใช้บริการ กระบวนการสำคัญประกอบด้วย empathize (การทำความเข้าใจผู้ใช้บริการ), define (การกำหนดปัญหา), ideate (การสร้างแนวคิด), prototype (การพัฒนาต้นแบบ) และ test (การทดสอบต้นแบบ) โดยขั้นตอน empathize และ define มีบทบาทสำคัญในการค้นหา pain points และความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ (9) เครื่องมือสำคัญ ได้แก่ persona, patient journey map และ service blueprint ซึ่งช่วยให้สามารถมองเห็นเส้นทางการรับบริการและจุดอ่อนของกระบวนการบริการทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้อย่างเป็นระบบ (10) ทั้งนี้ Altman และคณะ (11) รายงานว่า การประยุกต์ใช้ design thinking ในระบบสุขภาพช่วยพัฒนารูปแบบบริการให้มีความเหมาะสม ใช้งานได้จริง และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเมื่อเทียบกับแนวทางแบบดั้งเดิม

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการประยุกต์ใช้แนวคิด service design และ design thinking เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดย Han และคณะ (12) รายงานว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวร่วมกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยสนับสนุนการจัดการยาอย่างเหมาะสม ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ต่อมา การศึกษาของ Suauthai และคณะ (13) ในปี 2022 อธิบายว่า design thinking เป็นแนวคิดที่ช่วยค้นหา pain points และพัฒนาต้นแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ การศึกษาของปริญทร์ ประกิจสุวรรณ และคณะ

(14) ในปี 2566 ยังพบว่า การวิเคราะห์ patient journey และ service blueprint ในบริการตรวจสุขภาพช่วยระบุปัญหาความล่าช้า การขาดข้อมูลระหว่างรับบริการ และความซับซ้อนของกระบวนการบริการ ซึ่งนำไปสู่การออกแบบบริการที่ช่วยพัฒนาประสบการณ์ของผู้ป่วยและคุณภาพการบริการได้อย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ การศึกษาของชนัญชิตา ผุสดี และคณะ (15) ในปี 2568 ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบบริการในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับยา methotrexate พบว่า การใช้เครื่องมือ empathy map และ persona ช่วยสะท้อนประสบการณ์ ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การออกแบบบริการเภสัชกรรมทางไกลที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการได้ ขณะที่การศึกษาของ Xue และคณะ (16) ในปี 2026 พบว่า service design ช่วยให้สามารถระบุปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดูแล การไหลเวียนข้อมูลที่กระจัดกระจาย และข้อจำกัดด้านการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการ ซึ่งนำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดยังมีจำกัด และยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์ใช้เครื่องมือของ service design เช่น persona, patient journey map หรือ service blueprint เพื่อทำความเข้าใจ pain points และพัฒนาระบบบริการในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบ จึงยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การรับบริการและแนวทางพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร เริ่มดำเนินงานคลินิกวัณโรคปอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายวัณโรคปอดสุขภาพที่ 8 โดยจัดบริการคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง ในวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน ในรูปแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) ผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 84 รายในปี พ.ศ. 2564 เป็น 95 รายในปี พ.ศ. 2565 และ 112 รายในปี พ.ศ. 2566 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีค่า TTR เฉลี่ยเพียงร้อยละ 53.01–56.80 ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่แนะนำสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการให้

สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งประยุกต์ใช้แนวคิด service design เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด และทีมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์จุดปัญหาและโอกาสในการพัฒนาระบบบริการ ผ่านเครื่องมือของ service design เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความปลอดภัย มีความต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมากยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบบริการ Double Diamond Model หรือ 4D Model (discover, define, develop, deliver) ในระยะการค้นหา (discover) และการนิยามปัญหา (define) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ระบุจุดปัญหา (pain points) ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคปอดและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และโอกาสในการพัฒนาระบบบริการ (10) การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่อนุมัติ HE672096) เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2567 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 – 30 มิถุนายน 2568

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคปอด จำนวน 10 คน และผู้ดูแลที่มารับบริการกับผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรคปอด จำนวน 2 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับยาวัณโรคปอดอย่างน้อย 1 ปี และมีลักษณะอย่างน้อย 1 ใน 5 ข้อ ดังนี้ 1) มีประวัติขาดนัดการรักษามากกว่า 1 สัปดาห์ 2) มีค่า INR มากกว่าหรือเท่ากับ 9 หรือมีภาวะเลือดออกที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 3) มีค่าเฉลี่ย TTR น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 4) มีการใช้ยาร่วมตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy) 5) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น มีคะแนน Barthel ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 หรือใช้รถเข็น/รถนอน ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแล

หลักแทน โดยผู้ดูแลต้องมีอายุระหว่าง 20–65 ปี เป็นสมาชิกในครอบครัว และมีบทบาทในการดูแลด้านยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง

กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 2 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการในคลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน และได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการศึกษาในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการฝึกสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์จำลองก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อพัฒนาทักษะการตั้งคำถาม การฟังอย่างลึกซึ้ง และการลดอคติระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้รับบริการ และแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ โดยแนวคำถามสำหรับผู้รับบริการพัฒนาจากแนวคิด NHS Patient Experience Framework (17) ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การรับบริการ การใช้ยา ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรักษา รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ขณะที่แนวคำถามสำหรับผู้ให้บริการพัฒนาจากกรอบแนวคิดองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ (six building blocks of health system) ขององค์การอนามัยโลก (18) เพื่อสำรวจมุมมองเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และโอกาสในการพัฒนาบริการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแผนผังเส้นทางประสบการณ์ผู้ป่วยเบื้องต้น (preliminary patient journey map) จากการทบทวนขั้นตอนการให้บริการคลินิกวาร์ฟารินเดิม การสังเกตกระบวนการให้บริการ และการทบทวนวรรณกรรมด้านการออกแบบบริการ (12) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์ ปัญหา ความรู้สึก และจุดสัมผัสบริการ (touchpoints) ในแต่ละช่วงของกระบวนการรักษาได้อย่างเป็นระบบ ก่อนนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และพัฒนาเป็น patient journey map ฉบับสมบูรณ์ภายหลังการศึกษา

เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหารมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินและงานเภสัชกรรมคลินิก จำนวน 2 ท่าน ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่ที่ศึกษา ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิถูกนำมาปรับปรุงความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมของประเด็นคำถาม และความเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูล ก่อนนำไปทดลองใช้และปรับแก้เพิ่มเติมก่อนการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ

ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้รับบริการโดยจัดส่งเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการให้อนุญาตบันทึกเสียงล่วงหน้าทางไปรษณีย์อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนวันนัดหมาย หลังจากนั้น เข้าพบผู้ให้ข้อมูลในวันที่มารับบริการตามนัดที่คลินิกวาร์ฟาริน พยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ช่วยแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยจึงอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยดำเนินการสัมภาษณ์ ณ บ้านของผู้ป่วยหรือห้องให้คำปรึกษาด้านยาของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างร่วมกับเทคนิคการซักถามเชิงลึก (probing) และใช้ preliminary patient journey map เป็นเครื่องมือประกอบการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์ ปัญหา ความรู้สึก และจุดสัมผัสบริการในแต่ละช่วงของกระบวนการรักษาได้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ หากระหว่างการสัมภาษณ์เกิดประเด็นสำคัญเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะซักถามต่อเนื่องตามประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์อย่างอิสระ

ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการสัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัวและผ่อนคลาย โดยเริ่มต้นด้วยการสนทนาทั่วไปก่อนเข้าสู่ประเด็นคำถามหลัก พร้อมย้ำว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรักษา และรายงานผลในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการตอบคำถามบางประเด็นหรือ

ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการบันทึกเสียงร่วมกับการ จดบันทึกภาคสนาม และกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อ รักษาความลับ

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล เดียวกับพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความเสี่ยงของ โอกติจากบทบาทและความไม่สมดุลของอำนาจ โดยลด บทบาทความเป็นผู้ให้การรักษาระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องแบบหรือสัญลักษณ์ทางวิชาชีพ และแนะนำตนเองในบทบาทนักวิจัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ให้ ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นและสะท้อนประสบการณ์ ได้อย่างอิสระ

การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการ

ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการโดยตรง ผ่านระบบสื่อสารภายในของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้วิจัยส่ง เอกสารชี้แจงโครงการ หนังสือแสดงความยินยอม และแนว คำถามการสนทนากลุ่มล่วงหน้าผ่านทางอีเมลหรือไลน์ ส่วนตัว ภายหลังได้รับความยินยอม ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่มล่วงหน้าอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ โดยกำหนดช่วงเวลาให้ผู้เข้าร่วมทุกคนสามารถเข้า ร่วมได้พร้อมกัน การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 90 นาที ดำเนินการ ณ ห้องประชุมคุณภาพของโรงพยาบาล ในช่วง เวลา 12.00-13.30 น. ซึ่งไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานใน การดูแลผู้ป่วย

สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น ผู้ดำเนินการสนทนาด้วยตนเอง และขออนุญาตผู้เข้าร่วม เพื่อบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ครบถ้วนและถูกต้อง โดยระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยจด บันทึกภาคสนามเกี่ยวกับประเด็นสำคัญ บรรยายการสนทนา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม เพื่อใช้ ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การสนทนาดำเนินการโดยใช้แนวคำถามการ สนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และมุมมองเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน กระบวนการ ให้บริการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือข้อจำกัดของการ ดำเนินงานที่ผ่านมา ตลอดจนข้อเสนอนะและความต้อง การในการพัฒนาระบบบริการ ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็น

กันเองและส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดย เน้นการเรียนรู้และพัฒนาระบบบริการร่วมกัน

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล เดียวกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจึงตระหนักถึง ความเสี่ยงของอคติจากความสัมพันธ์ในการทำงาน ลำดับ ชั้นทางวิชาชีพ และอคติจากการตอบคำถามในลักษณะที่ เป็นที่ยอมรับทางสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้เข้าร่วมหลีกเลี่ยงการ วิพากษ์ปัญหาของระบบบริการ ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวม ไม่มี ผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือความสัมพันธ์ใน การทำงาน นอกจากนี้ ผู้วิจัยส่งเสริมบรรยากาศการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเปิดกว้าง ไม่ตัดสินความ คิดเห็น และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนแสดง ความ คิดเห็นอย่างเท่าเทียม เพื่อลดอิทธิพลของตำแหน่งหรือ วิชาชีพในการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด หลีกเลี่ยงการชี้นำคำตอบ มีการสะท้อนกลับ และทวนความ เข้าใจระหว่างการสนทนา เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สะท้อนมุมมอง ของผู้เข้าร่วมอย่างแท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนา กลุ่มถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ พร้อมตรวจสอบความ ถูกต้องร่วมกับไฟล์บันทึกเสียงและบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัย อ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลและทำ ความเข้าใจบริบทของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วย วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระสำคัญ (thematic analysis) โดย เริ่มจากการกำหนดรหัสข้อมูล (coding) จากคำ วลี หรือ ข้อความสำคัญ แล้วจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เป็นหมวดหมู่ และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (themes) เพื่อ สะท้อนประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแอสไพริน

ผู้วิจัยตรวจสอบและทบทวนรหัสข้อมูลและ ประเด็นหลักอย่างต่อเนื่อง โดยย้อนกลับไปพิจารณาข้อมูล ดิบเพื่อให้ข้อสรุปมีความสอดคล้องกับข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความข้อมูล และมีการอภิปรายผลการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทบทวนความเหมาะสมของรหัสข้อมูลและประเด็นหลัก (peer debriefing)

ภายหลังการวิเคราะห์เชิงธีม ผู้วิจัยนำผลการ วิเคราะห์มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการออกแบบบริการ

เพื่อพัฒนา preliminary personas และวิเคราะห์เส้นทางประสบการณ์ผู้ป่วย (patient journey map) โดยจัดเรียงข้อมูลตามลำดับจุดสัมผัสบริการ เพื่อระบุจุดปัญหา ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และโอกาสในการพัฒนาระบบบริการในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน ทั้งนี้ preliminary personas และ patient journey map ที่พัฒนาขึ้นได้รับการทบทวนร่วมกับทีมวิจัยและผู้ให้บริการเพื่อช่วยตรวจสอบความสอดคล้องกับบริบทการให้บริการจริงและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการศึกษา

ผลการวิจัย

ประสบการณ์และความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนมีประสบการณ์การรับบริการที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับบริบทชีวิตประจำวันในหลายมิติ ทั้งด้านการเข้าถึงบริการ ความเข้าใจเกี่ยวกับยา ความเชื่อด้านสุขภาพ บทบาทของผู้ดูแล และข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีระดับความสามารถในการจัดการตนเองและการเข้าถึงระบบบริการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความต้องการต่อระบบบริการที่หลากหลายตามบริบทของแต่ละบุคคล

1. อุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สะท้อนว่าการเดินทางมารับบริการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความต่อเนื่องในการรักษา เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในการเดินทางมาพบแพทย์ ทำให้การมาตามนัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของครอบครัวมากกว่าความพร้อมของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า

“ยายบ่ได้ขับรถจักรยานยนต์ดอก ต้องให้ลูกหลานพาไปตรวจ... ถ้าลูกเขาติดงานกะบ่ได้ไป” (P05)

ขณะที่อีกรายสะท้อนว่า “ลูกกะต้องลางานมาพาไป เพราะเขาไปเองบ่ได้ บ่มีรถ” (P01) นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านการเดินทางแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังสะท้อนถึงภาระด้านค่าใช้จ่ายและเวลาที่เกิดขึ้นจากการมารับบริการ โดยเฉพาะค่าเดินทางและการลางานของผู้ดูแล

“มือไต่หมอนัดไปโรงพยาบาล กะให้หลานพาเอารถใหญ่ไป กะให้ค่าน้ำมันเขา 200 บาททุกเทื่อ” (P04)

ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยติดเตียง การเข้าถึงบริการยังมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยบางรายต้องพึ่งพาการเจาะเลือดที่บ้านจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

“เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาจิ้มเลือดให้ แล้วแม่กะเอาเลือดไปส่งที่โรงพยาบาลเอาเอง” (P10)

อย่างไรก็ตาม บริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเลือกไปยาตามแผนการรักษาเดิมเมื่อไม่สามารถมาตามนัดได้

“ลางเทื่อผิदनัดหมอยายกะกินตามเก่าไปก่อนนั้นละ เพราะหมอเคยให้ไว้คือนี่” (P06)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางรายยังสะท้อนความต้องการต่อระบบนัดหมายที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของครอบครัว เช่น การนัดหมายผู้ป่วยหลายคนในครอบครัวในวันเดียวกัน เพื่อลดภาระการเดินทาง

“อยากให้มีหมอนัดยายกับป้ามาพร้อมกันมือเดียวเลย... ไปเทื่อเดียวให้มันแล้วโลด” (P04)

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า pain points ของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดเชิงบริบท ทั้งด้านการเดินทาง การพึ่งพาผู้ดูแล และความยืดหยุ่นของระบบบริการ ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยา ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับมุมมองของทีมสหวิชาชีพที่สะท้อนว่า ข้อจำกัดด้านการเดินทางและการพึ่งพาผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการเจาะเลือดที่บ้าน

2. ความเข้าใจ ความเชื่อ และพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาและการติดตามค่า INR ไม่เพียงพอ แม้จะรับประธานยามาเป็นระยะเวลานาน โดยผู้ป่วยบางรายปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่เข้าใจเหตุผลของการรักษาอย่างแท้จริง

“บ่ได้กะสำหยัง แต่ฉีดยาบ่ได้ ก็เชื่อคำเว้าหมอ แต่ก็ไม่รู้ว่าทำไมห้าม” (P04)

ขณะที่ผู้ป่วยบางรายพยายามแสวงหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพ

“เวลาพิ้งสสัยฟักก็ถามเช่น ถั่วเหลืองฟักก็เข้าไปเสิร์ชอ่านในมือถือ” (P08)

ด้านพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนมีปัญหากการลืมรับประทาน ซึ่งสัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันและสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต

“นอนแต่หัวค่ำ ลืมบอยอยู่ ลืมแล้วกะแล้วไปเลย”

(P03)

“ขึ้นไปนอนบนบ้าน แต่ยาอยู่ข้างล่างบ้าน นึกขึ้นได้ก็จะเหนื่อย เลยขี้เกียจลงมา” (P05)

บทบาทของผู้ดูแลมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้จ่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลในการจัดยาและตัดสินใจด้านการรักษา

“ลูกเขาสมาจัดให้ ดีขึ้นมาจะสมาจัดให้ ทั้งเช้าแลงยา” (P09)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายยังคงใช้สมุนไพรหรืออาศัยประสบการณ์เดิมในการดูแลตนเอง แม้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม

“สมุนไพรผมเก็บเอง แต่เก่าพอถุงเป็นหมอยา กะเขายู่ได้ละ” (P01)

ประเด็นดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความปลอดภัยในการใช้วาร์ฟารินไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับบริบทชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ ทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพต่างสะท้อนตรงกันว่า การให้สุขศึกษายังเป็น pain point สำคัญของระบบบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ความซับซ้อนของข้อมูล และความยากในการนำคำแนะนำไปปรับใช้ในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย

3. ความต้องการต่อระบบบริการ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะท้อนความต้องการต่อระบบบริการที่สามารถตอบสนองต่อบริบทชีวิตจริงมากขึ้น ทั้งด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การสื่อสารข้อมูล และการสนับสนุนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยต้องการรูปแบบบริการที่ยืดหยุ่น เข้าใจง่าย และสามารถช่วยลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ความต้องการสำคัญที่พบ ได้แก่ การมีระบบนัดหมายที่ยืดหยุ่น การประสานงานกับผู้ดูแล การมีบริการเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยที่เดินทางลำบาก การมีสื่อศึกษาที่เข้าใจง่าย และการติดตามต่อเนื่องภายหลังการรับบริการ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องการการสื่อสารที่ช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาและสามารถนำคำแนะนำไปปรับใช้ในบริบทชีวิตจริงได้มากกว่าการรับข้อมูลแบบทั่วไป

โดยภาพรวม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยวาร์ฟารินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนมีความต้องการระบบบริการที่ไม่เพียงมุ่งควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิก แต่ยัง

ต้องสามารถตอบสนองต่อบริบทชีวิตจริง ความสามารถในการดูแลตนเอง และข้อจำกัดด้านสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

ประสบการณ์และปัญหาในการจัดการบริการจากมุมมองผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการสะท้อนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินทั้งในด้านโครงสร้างการให้บริการ กระบวนการทำงาน ระบบข้อมูล การติดตามผู้ป่วย ตลอดจนข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการตรวจวิเคราะห์ค่า INR ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

1. ความไม่ชัดเจนในบทบาทและกระบวนการดูแลในคลินิกวาร์ฟาริน

ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างการดำเนินงานของคลินิกวาร์ฟารินยังขาดความชัดเจนของบทบาทในขั้นตอนสำคัญ เช่น การแจ้งผล INR การซักประวัติ และการปรับขนาดยา โดยการดำเนินงานส่วนหนึ่งยังอาศัยแนวปฏิบัติตามความเคยชินมากกว่ากระบวนการมาตรฐาน บุคลากรสะท้อนว่าการสื่อสารภายในทีมยังไม่เป็นระบบ โดยเภสัชกรรายหนึ่งระบุว่า

“ยังไม่เคยกำหนดชัดเจนว่า ใครควรเป็นผู้แจ้งผล INR ทำให้คนใช้บางรายไม่รู้ค่าผลเลือดของตัวเอง” (เภสัชกร 2)

ขณะที่แพทย์รายหนึ่งเห็นว่า การปรับขนาดยา มักเป็นงานที่เภสัชกรสามารถดำเนินการได้อย่างละเอียด เนื่องจากมีเวลาในการซักประวัติและประเมินปัจจัยด้านอาหารหรือยาร่วมมากกว่า

“เภสัชมีเวลาซัก [ซักประวัติ] ละเอียดกว่า ทำให้ปรับยาได้แม่นยำกว่าในบางครั้ง” (แพทย์ 1)

นอกจากนี้ การที่มีพยาบาลจากหลายแผนกหมุนเวียนมาช่วยงาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดข้อมูลตกหล่นจากการซักประวัติ รวมถึงการไม่มีแพทย์ประจำคลินิก ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะการติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีผลต่อ INR

“บางครั้งพี่พยาบาลจากต่างแผนกมาช่วยซักประวัติ ก็อาจจะไม่ชำนาญเท่าคนที่อยู่ประจำ เลยอาจถามไม่ครบ หรือไม่รู้ว่าอะไรสำคัญ” (พยาบาล 1)

“จริง ๆ แล้ว ถ้าเป็นแพทย์ประจำคลินิกเป็นคนดูแล เราก็จะรู้ปัญหา [...] คนไข้ก็จะรู้สึกว่าเขาต้องปรับให้ดีขึ้นในการมาเจอหมอครั้งหน้า” (แพทย์ 1)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนโอกาสในการพัฒนา เช่น การพัฒนาแนวทางการดูแลร่วม (shared protocol) เพื่อกำหนดบทบาทและลำดับขั้นตอนการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ การออกแบบชุดคำถามและแบบฟอร์มซักประวัติมาตรฐาน และการปรับผังการให้บริการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

2. ข้อจำกัดของเครื่องมือและระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

คลินิกการฟารินยังขาดเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและระบบข้อมูลกลางที่ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน บุคลากรสะท้อนว่า การค้นหาข้อมูลต้องอาศัยหลายแหล่ง และข้อมูลสำคัญบางส่วนไม่ได้ถูกบันทึกอย่างต่อเนื่อง

“บางทีคนไข้ลืมสมุดประจำตัวมา ต้องเปิดย้อนดูในระบบหลายหน้า หรือบางครั้ง discharge แล้วมีการปรับยาแต่ไม่ได้บันทึก ทำให้ต้องย้อนดูประวัติ” (เภสัชกร 1)

นอกจากนี้ แนวทางการดูแลยังไม่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลให้ข้อมูลสำคัญ เช่น สถานะการใช้วาร์ฟารินตกหล่น และเพิ่มความเสี่ยงจากปฏิกิริยาระหว่างยา “บางทีก็ไม่ได้ซัก [ซักประวัติ] เรื่อง on warfarin แล้ว ก็ยังเห็นมีสิ่ง NSAIDs ถ้ามี pop-up เตือนก็น่าจะช่วยได้” (แพทย์ 2)

บุคลากรพยาบาลยังสะท้อนว่าระบบ guideline ในปัจจุบันไม่มีการแบ่งตามสถานการณ์การดูแลอย่างชัดเจน เช่น การจัดการผู้ป่วย INR ผิดปกติ ความถี่ในการนัดติดตาม และการเยี่ยมบ้าน

“เรายังไม่มี guideline ที่แบ่งเป็น part ชัดเจน เช่น คนไข้ OPD ค่า INR เท่านี้ต้องจัดการยังไง เยี่ยมบ้านเคสไหน ต้อง follow-up บ่อยแค่ไหน ก่อนถึงนัด คนไข้ IPD ก็เหมือนกัน” (พยาบาล 2)

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลกลาง (integrated warfarin record) การพัฒนาแนวทางการดูแลร่วม (shared protocol) และการออกแบบระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (pop-up alerts)

3. ความท้าทายในการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการใช้วาร์ฟารินของผู้ป่วย

ทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ยาร่วม และสัญญาณอันตราย อย่างไรก็ตาม การ

ถ่ายทอดข้อมูลยังมีข้อจำกัดด้านเวลา รูปแบบการสื่อสาร และความหลากหลายของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

“จากประสบการณ์ที่ให้บริการคลินิกการฟาริน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนมีผู้ดูแล แต่บางคนต้องจัดยากินเอง ทำให้มีความเสี่ยงจากการจัดยาไม่ถูกต้อง รวมถึงพฤติกรรมการกินอาหารที่อาจมีผลต่อค่า INR บางคนอาจยังไม่เข้าใจว่าอาหารบางชนิด เช่น ผักใบเขียว หรือวิตามินเค จะส่งผลต่อระดับ INR ได้ บางคนรู้แต่ก็ยังเลือกกิน หรือบางครั้งก็ซื้อยากินเอง เช่น ยาแก้ปวด ยาชุด ซึ่งอาจทำให้ค่า INR ผิดปกติ” (พยาบาล 1)

เภสัชกรยังระบุว่าเวลาที่ให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับความซับซ้อนของข้อมูล

“เรายังให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติได้น้อยมาก บางทีคุยกันแค่ไม่ถึง 5 นาที ทั้งที่จริงควรอธิบายว่าอะไรคือสัญญาณอันตราย อย่างเลือดออกยังเห็นได้ แต่ถ้าเป็นลิ่มเลือดอุดตัน อาการมันไม่ชัดเจน และเรื่องอาหารก็สำคัญมาก คนไข้บางคนกินผักสมุนไพรเป็นกิจวัตร แต่ไม่รู้ว่ามีผลต่อ INR” (เภสัชกร 1)

แม้จะมีการให้คำแนะนำในการรับยาครั้งแรก แต่การติดตามความเข้าใจของผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง และข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยบางครั้งอาจไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน

“ปัญหาคือคนไข้จะจำได้ไหม และจะปฏิบัติตามหรือเปล่า หลายคนกลัวโดนหมอดุ ไม่กล้าบอกว่าลืมกินยาหรือกินไม่ตรง บางครั้งข้อมูลที่ให้มาก็ไม่ใช่ข้อเท็จจริง ทำให้เราสืบหาสาเหตุของ INR ที่สูงหรือต่ำเกินไปได้ยาก” (เภสัชกร 2)

อีกทั้ง ผู้ที่พาผู้ป่วยมารับบริการมักไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ยาและอาหารไม่ครบถ้วน

“คนที่มาพาผู้ป่วยมาตรวจ บางทีก็ไม่ใช่คนที่ดูแลเรื่องยาเรื่องอาหารจริง ๆ เวลาเราถาม เขาก็ตอบไม่ค่อยได้ มันก็อาจมีผลต่อการซักประวัติและการปรับยา” (เภสัชกร 1)

จากข้อค้นพบสามารถระบุโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบสุขศึกษาแบบมีโครงสร้าง การใช้แบบฟอร์มและ checklist ร่วมกันในทีม และการพัฒนาสื่อสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. ความแปรปรวนของค่า INR และข้อจำกัดของกระบวนการตรวจวิเคราะห์

ความแปรปรวนของค่า INR เป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในคลินิกการฟาริน โดยเฉพาะใน

บริบทที่ต้องใช้การตรวจแบบ point-of-care testing (POCT) เพื่อให้ได้ผลรวดเร็วภายในระยะเวลาจำกัด

“POCT ใช้ fresh blood จากปลายนิ้ว ซึ่งค่ามีแนวโน้มคลาดเคลื่อน ขึ้นกับเทคนิคของแต่ละคน เช่น alcohol ไม่แห้ง เจาะไม่ลึก หรือมี tissue factor ปน ทำให้ค่าที่ได้แกว่ง ต้อง repeat บ่อย ๆ ถ้าจะให้แม่นยำที่สุด ควรใช้ citrate blood จาก vein แต่ก็ใช้ยากเพราะข้อจำกัดด้านเวลาของคลินิก” (เทคนิคการแพทย์)

ข้อจำกัดด้านเวลาดังกล่าวส่งผลให้ต้องเลือกรีวิวระหว่างความเร็วและความแม่นยำ

“การเจาะปลายนิ้วอาจจะเร็วกว่าจริง แต่ความไม่เสถียรของค่า INR มีผลต่อการปรับยาอย่างมาก ถ้าใช้ citrate blood จาก vein จะได้ค่าที่นิ่งกว่า แม่นยำกว่า แม้ว่าจะทำให้รบกวนผู้ป่วยได้บ้าง แต่ก็ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล” (เทคนิคการแพทย์)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาคุณภาพของตัวอย่างเลือดจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

“บางครั้ง citrate blood ส่งมาถึงห้องแลปล่าช้า หรือมีการควบคุมอุณหภูมิผิดวิธี ทำให้ค่า INR ผิดเพี้ยน เช่น สูงกว่าความเป็นจริง เพราะ tissue factor ทำงานมากขึ้นจากอุณหภูมิสูง” (เทคนิคการแพทย์)

ด้านพยาบาลสะท้อนถึงความแตกต่างของวิธีตรวจว่า “จริง ๆ แล้วการเจาะ vein ไม่ได้เสียเวลา เพราะการเจาะ

ปลายนิ้วบางคนเจาะ 3-4 รอบ ก็ยังไม่ได้ ถ้าเจาะ vein ตั้งแต่แรก ผลออกมาเร็วขึ้น แล้วเราก็จะเริ่มซักประวัติได้เลย ไม่ต้องเสียเวลา confirm” (พยาบาล)

ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงระบบของกระบวนการตรวจวิเคราะห์ ทั้งด้านเวลา เทคนิคการตรวจ และคุณภาพของตัวอย่างเลือด ซึ่งมีผลต่อความแม่นยำของค่า INR และการตัดสินใจปรับขนาดยา โดยสามารถระบุโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การทบทวนรูปแบบการตรวจ INR ให้เหมาะสมกับบริบท การพัฒนามาตรฐานการเก็บและขนส่งตัวอย่างเลือด และการปรับผังการให้บริการหรือระยะเวลาคลินิก เพื่อรองรับกระบวนการตรวจที่มีความแม่นยำมากขึ้น

บุคลิกภาพจำลองของผู้ป่วย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้พัฒนา preliminary personas เพื่อสะท้อนลักษณะและบริบทของผู้รับบริการกลุ่มสำคัญในคลินิกวาร์ฟาริน โดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับข้อค้นพบจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ การพัฒนา persona มุ่งเน้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีข้อจำกัดในการควบคุมระดับ INR เช่น การขาดนัด หรือมีค่า TTR $\leq$ ร้อยละ 50 ผลการวิเคราะห์นำไปสู่การพัฒนา preliminary personas จำนวน 4 กลุ่มดังรูปที่ 1 ซึ่งสะท้อนความแตกต่างด้านความสามารถใน



รูปที่ 1. บุคลิกภาพจำลองของผู้ป่วยวาร์ฟาริน (persona) ในโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 1. สรุปบุคลิกภาพจำลองของผู้ป่วยวาร์ฟารินที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

Persona	ลักษณะสำคัญ	pain points	needs
ผู้ป่วยที่พึ่งพาตนเองสูง	สามารถดูแลตนเองและมารับบริการได้ แต่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและอาศัยประสบการณ์เดิม	- ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาและปัจจัยที่มีผลต่อ INR - ภาวะในการจดจำข้อมูลและคำแนะนำจำนวนมาก - ข้อมูลสุกศึกษาซับซ้อนและไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ	- สื่อความรู้ที่เข้าใจง่ายและสามารถทบทวนได้ - เครื่องมือช่วยเตือนและสนับสนุนการใช้ยา - ช่องทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง
ผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้ดูแล	ต้องอาศัยผู้ดูแลในการเดินทางและการจัดการสื่อสารผ่านผู้ดูแลเป็นหลัก	- การสื่อสารข้อมูลไม่ต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ - ข้อมูลจากผู้ดูแลอาจไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อน - ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการจัดการยา	- ระบบสื่อสารกับผู้ดูแลที่ชัดเจน - การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล - ระบบติดตามต่อเนื่อง
ผู้ป่วยที่พึ่งพาระบบบริการเชิงรุก	ไม่สามารถเดินทาง ต้องพึ่งบริการเยี่ยมบ้านหรือการเจาะเลือดที่บ้าน	- ขาดการประเมินแบบเผชิญหน้า ทำให้ข้อมูลทางคลินิกไม่ครบถ้วน - พึ่งพาผู้ดูแลในการสื่อสาร ทำให้ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อน - ความแปรปรวนของคุณภาพส่งส่งตรวจ	- ระบบบริการเชิงรุกที่มีมาตรฐาน - เครื่องมือช่วยประเมินอาการสำหรับผู้ดูแล - ระบบสื่อสารและติดตามผลการรักษา
ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรม	มีความเข้าใจจำกัดและพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ เช่น ลืมยา ขาดนัด หรือปรับยาเอง	- ขาดความตระหนักต่อความเสี่ยงของการใช้วาร์ฟาริน - พฤติกรรมการใช้ยาและการติดตามไม่สม่ำเสมอ - ไม่ตอบสนองต่อระบบนัดหมายและการติดตาม	- สื่อกระตุ้นการตระหนักรู้ - เครื่องมือประเมินความเข้าใจรายบุคคล - ระบบติดตามเชิงรุก

การดูแลตนเอง รูปแบบการเข้าถึงบริการ และพฤติกรรม การใช้ยาและการติดตามรักษา

Persona 1: ผู้ป่วยที่พึ่งพาตนเองสูง (high self-management): ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถดูแลตนเองและเดินทางมารับบริการได้ มีความคุ้นเคยกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักอาศัยประสบการณ์เดิมและความจำเป็นหลักในการใช้ยา ส่งผลให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในรายละเอียดบางประการ โดยเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อระดับ INR และอาจเกิดความสับสนเมื่อได้รับข้อมูลสุกศึกษาจำนวนมากในช่วงเวลาที่จำกัด

Persona 2: ผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว (caregiver-dependent): ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง ต้องอาศัยผู้ดูแลในการเดินทางและการจัดการยา โดยผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์จึงเกิดผ่านตัวกลาง ส่งผลให้ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อน อีกทั้งการเปลี่ยนผู้ดูแลในชีวิตประจำวันทำให้การส่งต่อข้อมูลขาดความต่อเนื่อง และกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษา

Persona 3: ผู้ป่วยที่พึ่งพาระบบบริการเชิงรุก (home-visit/POC-dependent): ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีข้อจำกัดทางร่างกาย จึงต้องพึ่งพาระบบบริการเชิงรุก เช่น การเจาะเลือดที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถประเมินอาการได้โดยตรง ข้อมูล

บริการ โอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบจัดคิว และการสื่อสารสถานะบริการ รวมถึงการใช้สื่อสุขภาพในพื้นที่รองรับบริการ

การตรวจวิเคราะห์เลือด (INR testing): ความแปรปรวนของผลตรวจและข้อจำกัดของกระบวนการตรวจเลือด ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและอาจกระทบต่อความแม่นยำในการปรับขนาดยา โอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานการตรวจ INR และแนวทางการเลือกวิธีตรวจที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและหน่วยบริการ

การประเมินและปรับยา (clinical assessment & dosing): ข้อจำกัดด้านข้อมูลผู้ป่วยและการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อความแม่นยำในการตัดสินใจรักษาและความต่อเนื่องของการดูแล โอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลร่วม แนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพ และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

การให้ความรู้และติดตามหลังรับบริการ (education & post-service): ระยะเวลาในการให้ความรู้มีจำกัด ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ครบถ้วน และยังขาดระบบติดตามต่อเนื่องภายหลังการรับบริการ โอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาสื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย ระบบติดตามหลังการรักษา และเครื่องมือช่วยประเมินความเข้าใจและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

โดยภาพรวม patient journey map สะท้อนให้เห็นข้อจำกัดของระบบบริการในหลายมิติ ทั้งด้านการเข้าถึงบริการ การสื่อสารข้อมูล ความต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลเชื่อมโยงต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยตลอดเส้นทางการรักษา และเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งมิติของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และโครงสร้างระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบบริการร่วมกับเครื่องมือคุณภาพจำลองของผู้ป่วยและเส้นทางการประสบการณ์ผู้ป่วยช่วยให้มองเห็นประสบการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการรับบริการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาได้ชัดเจน

ขึ้น และทำให้เข้าใจว่าปัญหาในแต่ละจุดสัมผัสบริการมีความเชื่อมโยงกันและส่งผลกระทบต่อเนื่องตลอดเส้นทางการดูแล โดยเฉพาะในช่วงการรับบริการและการติดตามหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maas และคณะ (19) ในปี 2023 ที่ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยความต่อเนื่องของข้อมูลและการประสานงานในทุกช่วงของการดูแล

ในระดับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา เช่น การลืมรับประทานยา การปรับขนาดยาเอง และการใช้สมุนไพรโดยไม่แจ้งบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร ชุนพรม (20) ในปี 2021 ที่พบว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 65.41 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้วาร์ฟารินไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านอันตรกิริยาระหว่างยา อาหาร และสมุนไพร อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ความรู้ แต่ยังรวมถึงความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตจริง ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิถีชีวิต ความเชื่อด้านสุขภาพ และบริบทของผู้ป่วย เช่น การใช้สมุนไพร และการปรับยาเองตามอาการ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการรักษา ทั้งในด้านการจัดยา การพามารับบริการ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล ลักษมีพิเชษฐ์ (21) ในปี 2022 ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารผ่านผู้ดูแลอาจเป็นจุดที่เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลที่มารับบริการไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก

ในระดับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษพบความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่และกระบวนการทำงาน เช่น การซักประวัติที่ซ้ำซ้อน การสื่อสารข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง และความไม่ชัดเจนของผู้รับผิดชอบในการแจ้งผล INR และการปรับขนาดยา ซึ่งส่งผลให้จุดสัมผัสบริการในช่วงการให้บริการขาดความเชื่อมโยงและเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการดูแล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ เมืองแมน และคณะ (22) ในปี 2019 ที่พบว่า การพัฒนาเครื่องมือสื่อสารร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน และการศึกษาของวิทยา วิริยะมนต์ชัย และคณะ (23) ในปี 2020 ที่รายงานว่า

การประยุกต์ใช้แนวคิด design thinking ในการพัฒนาคลินิก วาร์ฟารินสามารถเพิ่ม คุณภาพ การดูแล และลด ภาวะแทรกซ้อนจากยาได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในมิติของระบบข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การ ขาดระบบข้อมูลกลางและเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ ทางคลินิกเป็นข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะการประเมิน ปฏิกิริยาระหว่างยา อาหาร และสมุนไพร ซึ่งต้องอาศัย ข้อมูลที่ครบถ้วนและทันเวลา ส่งผลให้การตัดสินใจทาง คลินิกมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของเสาวลักษณ์ ยังดำรง (24) และภาคภูมิ รัตน แสง (25) ที่รายงานว่า การพัฒนาระบบข้อมูลช่วยลด ความคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน เมื่อพิจารณาผ่านกรอบ service design ปัญหานี้สะท้อนถึงความไม่ต่อเนื่องของการ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแต่ละช่วงของการดูแล ซึ่งในบริบท ของการศึกษานี้ยังคงพึ่งพาการสื่อสารผ่านเอกสารและ บุคคลเป็นหลัก

ในด้านการให้สุศึกษา แม้ว่าทีมสหสาขาวิชาชีพ จะมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย แต่ยังพบข้อจำกัดทั้ง ในด้านรูปแบบการสื่อสารและการติดตามความเข้าใจของ ผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการ เรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferguson และคณะ (26) ที่พบว่า การให้สุศึกษาแบบปรับให้เหมาะสม รายบุคคลและใช้สื่อที่หลากหลายสามารถเพิ่มความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่าการให้ข้อมูลแบบ มาตรฐาน

ประเด็นเรื่องความแปรปรวนของค่า INR พบว่า ทีมผู้ให้บริการมีความกังวลเกี่ยวกับความแม่นยำของการ ตรวจด้วยเครื่อง POCT ซึ่งสอดคล้องกับจุดปัญหาในช่วง การตรวจวิเคราะห์เลือดของ patient journey map แม้ว่า หลักฐานจากการศึกษาหลายฉบับรายงานว่า POCT มี ความแม่นยำในระดับที่ยอมรับได้ (27-29) แต่ผลการศึกษา นี้สะท้อนว่า ความไม่เสถียรของค่า INR อาจเกี่ยวข้องกับ ความไม่สม่ำเสมอของกระบวนการตรวจและการควบคุม คุณภาพ มากกว่าข้อจำกัดของเครื่องมือเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ การวิเคราะห์บุคลิกภาพจำลองของ ผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม ช่วยให้เห็นความแตกต่างของผู้ป่วยวาร์ ฟารินในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าถึง บริการ บทบาทของผู้ดูแล และพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่ง สะท้อนว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีข้อจำกัดและความต้องการต่อ

ระบบบริการแตกต่างกัน การใช้ persona จึงไม่เพียงเป็น การสรุปลักษณะของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือ สำคัญของแนวคิด service design ที่ช่วยแปลงข้อมูลเชิง คุณภาพให้เป็นภาพแทนของผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนการ ออกแบบบริการที่ตอบโจทย์บริบทจริงของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอาจต้องการระบบติดตาม และสนับสนุนผู้ดูแลเพิ่มเติม ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ยังสามารถ ดูแลตนเองได้อาจเหมาะกับระบบติดตามผ่านเทคโนโลยี หรือการสนับสนุนการดูแลตนเองมากกว่า

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนในทิศทางเดียวกับการ ศึกษาก่อนหน้านี้ (15) ที่ประยุกต์ใช้ empathy map และ persona เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับยา methotrexate และนำไปสู่การออกแบบบริการเภสัชกรรม ทางไกลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและระบบบริการ โดยการใช้ persona ช่วยให้ทีมผู้ให้บริการเข้าใจความ ต้องการ ประสบการณ์ และข้อจำกัดของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการออกแบบบริการที่ มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาร่วมกับ patient journey map จะช่วย ให้เห็นความเชื่อมโยงของปัญหาตลอดเส้นทางการรับ บริการ และสะท้อนว่าปัญหาความต่อเนื่องของการรักษา ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของระบบบริการ บริบทชีวิต และ ระบบสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นต้นทุนสำคัญ สำหรับการพัฒนาแนวคิดบริการใหม่ในระยะ ideate และ prototype ของกระบวนการ service design ต่อไป

การประยุกต์ใช้กระบวนการ service design ใน การศึกษานี้ยังช่วยให้การวิเคราะห์ปัญหาไม่ได้มุ่งเฉพาะ ผลลัพธ์ทางคลินิก แต่ครอบคลุมประสบการณ์ของผู้ป่วย และผู้ให้บริการตลอดเส้นทางการดูแล ทำให้สามารถ มองเห็นปัญหาความไม่ต่อเนื่องและการขาดความเชื่อมโยง ระหว่างขั้นตอนการดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น และเป็นพื้นฐาน สำคัญในการออกแบบระบบบริการใหม่ที่เชื่อมโยงการดูแล ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มความต่อเนื่องของข้อมูล และตอบสนองต่อบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการจัดบริการใน ต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบบริการที่มุ่งลด ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะเภสัชกรรมทางไกล และการ

ติดตามผู้ป่วยนอกสถานพยาบาล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับคำแนะนำและติดตามการใช้ยาได้โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า รูปแบบบริการดังกล่าวให้ผลลัพธ์ด้านการควบคุมการแข็งตัวของเลือดไม่แตกต่างจากการดูแลแบบปกติ แต่มีแนวโน้มลดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์จากยาได้ (30) นอกจากนี้ การตรวจค่า INR ที่บ้านร่วมกับการติดตามทางไกลยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญและลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินได้เมื่อเทียบกับการติดตามในสถานพยาบาล (31)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่ายังไม่มีมีการนำรูปแบบบริการดังกล่าวมาใช้ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จึงสะท้อนว่า การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยวาร์ฟารินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอาจควรมุ่งสู่รูปแบบบริการที่เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น เช่น การติดตามผู้ป่วยทางไกล การพัฒนาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม และระบบสนับสนุนข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจทางคลินิก ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวอาจเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการต้นแบบในระยะต่อไปของกระบวนการ service design

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว จึงมีลักษณะเฉพาะตามบริบทของพื้นที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม กระบวนการศึกษาตามแนวคิด service design อาจประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาหรือพัฒนาระบบบริการในบริบทของคลินิกโรคเรื้อรังหรือหน่วยบริการอื่นได้ โดยอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มุ่งเน้นผู้ป่วยวาร์ฟารินที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาในการควบคุมการรักษาเป็นหลัก จึงอาจยังไม่สะท้อนมุมมองของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการรักษาได้ดีหรือมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน การศึกษาในอนาคตควรขยายไปยังผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้แนวทางตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับโดยผู้ให้ข้อมูลและการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการตีความผลการศึกษา แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาจได้รับอิทธิพลจากความทรงจำหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากการศึกษาสะท้อนว่า การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยวาร์ฟารินในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ควรมุ่งเน้นการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล การลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ และการสื่อสารข้อมูลด้านยาอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยอาจพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การสนับสนุนผู้ดูแล และสื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย ควบคู่กับการส่งเสริมการสื่อสารและการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการดูแลและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา ทั้งนี้ การศึกษาในอนาคตควรนำข้อค้นพบดังกล่าวไปพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบบริการต้นแบบ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ของการนำไปใช้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

สรุป

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบบริการครั้งนี้ ช่วยให้สามารถบูรณาการมุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยตลอดเส้นทางการรับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อน โดยปัญหาในแต่ละจุดสัมผัสบริการส่งผลต่อเนื่องกันตลอดกระบวนการดูแล

ผลการศึกษาพบช่องว่างของกระบวนการดูแลในหลายมิติ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามหลังการรักษา ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงข้อจำกัดของระบบข้อมูลและเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งมีความเปราะบางต่อความคลาดเคลื่อนในการดูแล

การสังเคราะห์ข้อมูลผ่านเครื่องมือของการออกแบบบริการ เช่น การจำแนกบุคลิกภาพผู้ป่วยและการสร้างเส้นทางประสบการณ์ผู้ป่วย ช่วยให้มองเห็นจุดปัญหาและช่องว่างของระบบบริการในแต่ละช่วงของการดูแลได้อย่างเป็นระบบ รวมถึงชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ป่วยและหน่วยบริการ

โดยสรุป การนำแนวคิดการออกแบบบริการมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่เพียงช่วยให้เข้าใจปัญหาเชิงระบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย เพื่อยกระดับคุณภาพ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟารินในโรงพยาบาลชุมชนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทางวิชาการในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านสำหรับคำแนะนำและความเมตตาตลอดกระบวนการวิจัย ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลสัมภาษณ์ ที่ล้วนเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ ทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่นและสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Witt DM, Clark NP, Kaatz S, Schnurr T, Ansell JE. Guidance for the practical management of warfarin therapy in the treatment of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41: 187-205.
2. Kittayaphong R, Chantrarat T, Rojarekumpai R, Jittham P, Sairat P, Lip GYH. Poor time in therapeutic range control is associated with adverse clinical outcomes in patients with non-valvular atrial fibrillation: A report from the nationwide COOL-AF registry. *J Clin Med* 2020; 9: 1698.
3. Prikasri W, Rattanaivanon W, Saejear W, Tanyasaensook K, Phrommintikul A, Chulavatnatol S, et al. Incidence, risk factors, and outcomes of warfarin-associated major bleeding in Thai population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2019; 28: 942-50.
4. Wichitkosoom W. The anticoagulant drug use in high risk group (elderly): Case study. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2016; 24: 150-63.
5. Poobal P. The outcome of warfarin safety monitoring system in primary care Wanghin district Sisaket province. *Journal of Health Consumer Protection*. 2024; 4: 39-55.
6. Singhasiri S, Homehong P, Moonsri N. The development of a care model for patients receiving warfarin drug Phon Phi Sai Hospital, Nong Khai Province. *Journal of Hospital and Community Health Research*. 2023; 1: 151-65.
7. Saokaew S, Permsuwan U, Chaiyakunapruk N, Nathisuwan S, Sukonthasarn A. Effectiveness of pharmacist-participated warfarin therapy management: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2010; 8: 2418-27.
8. Pamaemah N, Rookkapan K. Effects of educational video clips and follow-up phone calls on clinical outcomes, knowledge, and medication adherence in patients on warfarin. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences and Health Sciences* 2025; 20: 168-78.
9. Israsena Na Ayudhya P, Treerattanaphan C. Design thinking: Learning by doing [online]. 2017 [cited May 16, 2024]. Available from: library.tcdc.or.th/record/view/b00043072
10. Israsena Na Ayudhya P, Treerattanaphan C. Service design process and methods. Bangkok: TCDC Publications; 2015.
11. Altman M, Huang TT, Breland JY. Design thinking in health care. *Prev Chronic Dis* 2018; 15: 180128. doi: doi.org/10.5888/pcd15.180128.
12. Han N, Han SH, Chu H, Kim J, Rhew KY, Yoon J-H, et al. Service design oriented multidisciplinary collaborative team care service model development for resolving drug related problems. *PLoS ONE*. 2018; 13: e0201705.
13. Suauthai W, Huayhongthong K, Thavornwattanayong W, Chaiyakittisophon K, Lertsirumkong J. Health innovation development by using design thinking in pharmacy. *Siriraj Med J*. 2022; 74: 401-408.

14. Prakitsuwan P, Promsit S, Wongwatcharapaiboon J, Mongkol K. Exploring service design for hospital patient-centred experiences: a case study of a health check-up centre at private hospital in Bangkok. In: 14th Built Environment Research Associates Conference (BERAC); 2023 Jun 21; Pathum Thani, Thailand. p. 460-7.
15. Phusadee C, Suttajit S, Suwannaprom P. Psoriasis patients' experiences of methotrexate and opportunities and challenges of telepharmacy services: an exploration through a service design approach. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2025; 17: 21-34.
16. Xue J, Jiang W, Xu X, Tan H, Wang G. Chronic disease management: policy design based on service design methods. *Front Public Health*. 2026; 13: 1704995. doi: 10.3389/fpubh.2025.1704995.
17. Department of Health and Social Care. Patient experience improvement framework [online]. 2022 [cited Feb 9, 2024]. Available from: assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c62b740f0b62aff6c14e9/dh_132788.pdf
18. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Switzerland: World Health Organization; 2010.
19. Maas VK, Dibbets FH, Peters VJT, Meijboom BR, van Bijnen D. The never-ending patient journey of chronically ill patients: a qualitative case study on touchpoints in relation to patient-centered care. *PLoS One*. 2023; 18: e0285872. doi: 10.1371/journal.pone.0285872.
20. Khunphrom P. Patients' warfarin knowledge, medication adherence and anticoagulation control at warfarin clinic, Phatthalung Hospital. *Health Science Journal of Thailand* 2021; 3: 28-33.
21. Laksameepichate M. Factors related to warfarin adherence among patients in Numkling Hospital, Sisaket Province. *Journal of Health Consumer Protection* 2022; 2: 44-57.
22. Muangman U, Tuantes P. The development of drug related problems record forms and effect of pharmacist's dosage recommendations at warfarin clinic Sawanpracharak Hospital. *Sawanpracharak Medical Journal* 2019; 16: 110-21.
23. Viriyamontchai V. The development of a care model for patients receiving warfarin drug in Pakkred Hospital, Nonthaburi Province by using design thinking as a base. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2020; 10: 118-32.
24. Yangdamrong S. Monitoring of therapeutic outcomes and adverse drug reactions after establishing anticoagulation clinics in community hospitals, Saraburi Province. *Thai Journal of Clinical Pharmacy* 2025; 31: 31-40.
25. Rattanasang P. Development of a web application for outpatient warfarin prescription screening at Mahasarakham Hospital warfarin clinic. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2025; 17: 147-59.
26. Ferguson C, Hickman LD, Lombardo L, Downie A, Bajorek B, Ivynian S, et al. Educational needs of people living with atrial fibrillation: a qualitative study. *J Am Heart Assoc*. 2022; 11: e025293.
27. Bhat M, Abuzied Y, Fagih Z, Wani T, Gawan I, Andalay EM, et al. Efficacy of point-of-care for inr testing compared to standard laboratory methods at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2020; 3: 98-104.
28. Kim YS, Choi JW, Song SH, Hwang HY, Sohn SK, Kim JS, et al. Comparison of the international normalized ratio between a point-of-care test and a conventional laboratory test: the latter performs better in assessing warfarin-induced changes in coagulation factors. *Ann Lab Med*. 2023; 43: 337-44.
29. Nichols JH. Point of care testing. *Clin Lab Med*. 2007; 27: 893-908.
30. Sakunrag I, Danwilai K, Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Dhippayom T. Clinical outcomes of telephone service for patients on warfarin: a

systematic review and meta-analysis. *Telemed J E Health*. 2020; 26: 1507-21.

31. Van Beek A, Moeyaert M, Ragheb B, et al. Outcomes of warfarin home INR monitoring vs

office-based monitoring: a retrospective claims-based analysis. *J Gen Intern Med*. 2024; 39: 1127-34.