



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ

Journal of Nursing and Health Research

ISSN 2985-1343 (Online)

Journal Online

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

Vol.25 No.1 January - April 2024

วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพที่ดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ในฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 25 ฉบับที่ 1 ซึ่งวารสาร ฯ ฉบับนี้กองบรรณาธิการได้รวบรวมบทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง รวมทั้งสิ้น จำนวน 8 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการที่หลากหลายสาขา ได้แก่ สาขาจิตวิทยาชุมชน สาขาการพยาบาล สาขาสาธารณสุข และสาขาทันตสาธารณสุข โดยบทความวิจัยประกอบด้วย 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายในกลุ่มงานการพยาบาล ศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ 2) การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัย: การศึกษาเชิงทำนาย 3) การศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ 4) สภาวะทันตสุขภาพก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) 5) ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงคุณภาพ 6) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข: กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) จังหวัดเชียงราย และ 7) ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ส่วนบทความวิชาการ คือ 8) การจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยและพัฒนา โดยฉบับนี้ม้งานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาหลายประเภท เช่น กลุ่มนิสิต นักศึกษา หญิงตั้งครรภ์ บุคลากรสุขภาพ ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ช่วยพิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการดังกล่าว ทั้ง 8 เรื่อง มา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์จากการอ่านบทความที่ได้เผยแพร่ในวารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพในฉบับนี้และติดตามอ่านผลงานของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป

อรัญญา นามวงศ์ RN, PhD.

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า
Content	page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ Caring situation of patients with surgical catheters in surgical nursing division, regional hospital ทิพย์วดี สิกพันธุ์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ Tipwadee Sikkapan, Pratyana Thiengchanya, Sasithorn Laimek	1-17
การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ ศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัย: การศึกษาเชิงทำนาย Family functions, life skills, social support, and mental health problems of clients at a university counseling center: predictive study อัมพาพันธ์ รุทธพิชัยรักษ์, งามลมัย ผิวเหลือง Ampaphan Rutthapichairuck, Ngamlamai Piolueang	18-31
การศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ Exploring the rapid response situation of the nursing team in caring for elderly patients in a private ward จุไรรัตน์ ไชยชนะ, ศศิธร ลายเมฆ, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา Churairat Chaichana, Sasithorn Laimak, Pratyana Thiengchanya	32-47
สภาวะทันตสุขภาพก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) Dental health status: pre and post Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic ประสิทธิ์ วงศ์สุภา, กิตติศักดิ์ ต้นทุระ, รัตนภรณ์ จันทะมะ Prasit Wongsupa, Kittisak Tunkura, Rattanaporn Jantama	48-63
ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงคุณภาพ The spiritual distress as perceived by Thai male adolescents with suicidal ideation: A qualitative study เฉลิมพล กำใจ, พันยศ ธงชัย, นพรัตน์ โกมาศ, วินัย รอบคอบ Chalermpon Kajai, Panyot Thongcha, Nopparat Komat, Winai Robkob	64-78

สารบัญ Content	หน้า page
การพัฒนาแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข: กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5}) จังหวัดเชียงราย Development of management model of medicine and public health emergency response: the case of particulate matter with a diameter of less than 2.5 microns (PM _{2.5}) Chiang Rai Province สยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา, สำราญ เชื้อเมืองพาน, อนรุักษ์ ศรีใจ Sayamraj Foojaroenkallaya, Samran Chuamuangphan, Anuruk Srijai,	79-96
ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการ คลอดอย่างต่อเนื่อง Effects of pain management program in the first stage of labor among primipara women with continuous labor support น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, วิสุทธิ์ โนจิตต์, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงษ์ Namthip Prasittikan, Wisut Nochit, Hathairat Budsayapanpong	97-110
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
การจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1 Participatory interactive learning through action management to enhance the community health management competency of the network community: A case study of health region 1 กนกวรรณ เอี่ยมชัย, มัทนา สมบัติวัฒนาเวศ, วิลาวรรณย์ เสนารัตน์, จรัส สิงห์แก้ว Kanokwan Aiemchai, Muttana Sombutwuttanawet, Wilawan Senaratana, Jaras Singkaew	111-129

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ของโรงพยาบาลศูนย์

ทิพย์วดี สิกพันธุ์, พย.บ.¹

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.^{2*}

ศศิธร ลายเมฆ, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

การคาสายหรือท่อระบายในผู้ป่วย เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษา ตรวจติดตาม ประเมินอาการของผู้ป่วย และเป็นการจัดการความปลอดภัย หากมีการวางผิดตำแหน่ง และมีการเลื่อนหลุด อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูล 19 คน เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน 2) พยาบาลแกนนำความเสี่ยง 8 คน 3) กรรมการความเสี่ยง 1 คน 4) แพทย์ 1 คน และ 5) พยาบาลปฏิบัติการ 5 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล และการทบทวนเอกสาร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา และการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้ 1) ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) การสื่อสารนโยบายไม่ครอบคลุมทีมการพยาบาล 3) มีแนวทางปฏิบัติแต่ไม่ได้พัฒนาให้เป็นปัจจุบัน 4) การนิเทศ กำกับ และติดตามของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ 5) วัสดุทางการแพทย์มีข้อจำกัดด้านคุณภาพในการใช้งาน และ 6) ข้อจำกัดของพื้นที่ในระหว่างเตียงในหอผู้ป่วยมีความคับแคบ ผลการทบทวนและวิเคราะห์อุปสรรค สาเหตุของปัญหาในเวชระเบียน พบสาเหตุของการเลื่อนหลุดของสายสวนหรือท่อระบาย มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สภาวะอาการของผู้ป่วย 2) การเคลื่อนย้าย 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ผลการศึกษาสามารถให้แนวทางแก่ผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย

คำสำคัญ: สถานการณ์การดูแล, ผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

วันที่รับ: 14 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับ: 5 เมษายน 2567

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ติดต่อหลัก E-mail: pratyanan.t@psu.ac.th

Caring situation of patients with surgical catheters in surgical nursing division, regional hospital

Tipwadee Sikkapan, B.N.S.¹

Pratyanan Thiengchanya, Ph.D.^{2*}

Sasithorn Laimek, Ph.D.²

Abstract

Retaining a catheter or drain in a patient is a safety management used to treat, monitor, and evaluate the patient's condition. Malposition or disconnection of the catheter or drain can result in active bleeding and respiratory discomfort. The purpose of this qualitative research was to study the situation of caring for patients with tubes and lines in the surgical nursing division of a southern regional hospital. Nineteen informants were purposively selected, consisting of 1) four head nurses, 2) eight risk leader nurses, 3) a risk committee member, 4) a surgical doctor, and 5) five practical nurses. Research tools included the demographic questionnaire and a semi-structured interview form. Data were collected through in-depth individual interviews and document reviews. Data from the interviews were transcribed verbatim and analyzed using content analysis. The results of this study found that the situation of caring for patients with catheters and drains consisted of 6 issues as follows: 1) inconsistency in knowledge and skills among the nursing team, 2) a lack of communication of safety management policies to all nursing team, 3) outdated guidelines 4) continuously inadequate supervision and follow-up 5) limited choice of medical supplies, and 6) restricted nursing practice area between beds. The results of the incident reviewed three related issues causing catheter or drain slippage: 1) changes in the patient's condition, 2) inappropriate patient transferring, and 3) moving the patient when performing nursing activities. The results of this study can provide information for administrators and nursing practice teams in developing a safety management model for caring for patients with catheters or drains.

Keywords: Caring situation, Patients with surgical drains, Patient safety

Received: Aug 14, 2023 Revised: Feb 15, 2024 Accepted: Apr 5, 2024

¹ Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration (candidate) Prince of Songkla University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

* Corresponding author, E-mail pratyanan.t@psu.ac.th

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกและสถานบริการสุขภาพทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นอย่างยิ่ง จึงมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพระดับโลก (World Health Organization [WHO], 2011) ประเทศไทยได้ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย มาตรฐานความปลอดภัย และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (สุทธิจารัตน์ จันต๊ะ, นิชาธิญ โขติสุขหทัย, สุรี ชันธรักษ์วงศ์ และ วิจารณ์ สุวรรณไวพัฒนา, 2562) จากนั้นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายความปลอดภัย เพื่อให้สถานบริการสุขภาพทั่วประเทศนโยบายไปขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการ มุ่งความปลอดภัย และเป็นองค์กรที่ผู้รับบริการเชื่อมั่นและไว้วางใจเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2560 (ปฤษฎา เปล่งอารมณ์, 2564) ซึ่งการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการระดับองค์กร ทีมงานและระดับบุคคลใช้กระบวนการเชิงรุกในการป้องกัน สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การรายงานความเสี่ยง มีการออกแบบสถานที่ และการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์มาป้องกัน (เพชรสนีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561)

อุบัติการณ์การเกิดสายสวนหรือท่อเลื่อนหลุดในผู้ป่วยหนักวิกฤตทางศัลยกรรม โดยไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น สายระบายทรวงอกหลุด ส่งผลให้เกิดลมและเลือดในช่องปอด มีการบาดเจ็บของกระบังลมสามารถนำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี เกี่ยวกับการเลื่อนหลุดโดยไม่ได้ตั้งใจ ในการผ่าตัดเส้นเลือดฟอกไต พบว่า การเลื่อนหลุดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต ทำให้เกิดการตกเลือดและมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Kojima, Marui, Shibagaki & Sakurada, 2022) ส่วนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น เกิดภาวะเลือดและอากาศ ในช่องเยื่อหุ้มปอด พองอากาศหรือลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในร่างกาย เลือดออกมาก และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ประภาพร ดองโพธิ์ และ กมลรัตน์ เชียงดี, 2020) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาย้อนหลังในประเทศอังกฤษ ในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2011 ถึง ค.ศ.2016 เกี่ยวกับการเลื่อนหลุดของสายสวนทางการแพทย์ พบว่า มี 1,090 อุบัติการณ์ และมี 11 รายงานที่พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Balmforth & Thomas, 2019) และการศึกษาย้อนหลังในประเทศอิตาลีเกี่ยวกับการเลื่อนหลุดของสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ปี 2011-2018 พบว่า ผู้ป่วย 10,514 ราย มีการเลื่อนหลุดของสายอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 451 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.3 ต่อ 1000 วันใส่สาย/อุปกรณ์ (Galazzi et al., 2019)

สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อระบายของผู้ป่วยมีหลายสาเหตุ เช่น จากการศึกษาเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์เลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรายงานอุบัติการณ์ 1,090 ครั้ง โดยมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยโดยตรงมีจำนวนมากถึง 238 ครั้ง (Balmforth & Thomas, 2019) และการศึกษาของ Kato et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและสาเหตุที่ทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของสายและท่อทางการแพทย์โดยไม่ได้วางแผนมีความสัมพันธ์ระหว่าง ได้แก่ อายุ การรับรู้ลดลง ความผิดปกติทางภาษา และเวลาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมี อาการสับสน จากผลข้างเคียงในการดมยาสลบร่วมด้วย รวมถึงการศึกษาของ

Balmforth and Thomas (2019) ศึกษาการเคลื่อนหลุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยไม่ได้อ้างอิงในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนหลุด ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่มีอาการสับสน และการดึงออกของผู้ป่วยเอง

กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมในโรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม มีหอผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน 4 หอผู้ป่วย มีบุคลากรทั้งหมด 127 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 80 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 45 คน และผู้ช่วยพยาบาล 2 คน (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2565ข) มีขอบเขตให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคกระเพาะ กลุ่มโรคทางศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ มีเหตุการณ์ที่สำคัญ เช่น การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) ใส่สายระบายทรวงอก (intercostal drainage) ใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (arterial line) และสายระบายต่าง ๆ จากทบทวนเวชระเบียนอุบัติการณ์ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มงานศัลยกรรม และจากโปรแกรม Healthcare Risk Management System (HRMS) ย้อนหลัง 3 ปี คือ พ.ศ. 2563-2565 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์เกี่ยวกับท่อหรือสายระบายเคลื่อนหลุด ได้แก่ 1) สายระบายทรวงอกเคลื่อนหลุดจำนวน 7 ครั้ง 8 ครั้ง และ 5 ครั้ง ตามลำดับ 2) สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเคลื่อนหลุด จำนวน 5 ครั้ง 13 ครั้ง และ 8 ครั้ง ตามลำดับ 3) สายคาหลอดเลือดแดงเคลื่อนหลุด จำนวน 5 ครั้ง 5 ครั้ง และ 4 ครั้ง ตามลำดับ โดยจากทบทวนสาเหตุของอุบัติการณ์ดังกล่าว 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า สาเหตุของการเคลื่อนหลุด ได้แก่ 1) สายระบายทรวงอกเคลื่อนหลุด เหตุการณ์ที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยดึงออกเอง และการดึงรั้งสายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะถุงลมโป่งพอง (emphysema) และหายใจเหนื่อย 2) สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเคลื่อนหลุด อุดตันหรือมีการรั่ว โดยเหตุการณ์ที่พบ ได้แก่ ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนลงเตียงและขณะเปิดทำแผลตำแหน่งที่คาสาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติ (active bleeding) และ 3) สายคาหลอดเลือดแดงตำแหน่งข้อมือเคลื่อนหลุด เหตุการณ์ที่พบ ได้แก่ มีการผูกมัดสายไว้ จนเกิดการอุดตันขณะทำการเคลื่อนย้าย (โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2563; 2564; 2565ก) จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นซ้ำกันจากสาเหตุเดิม ซึ่งพบอยู่เป็นระยะ แม้จะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คาสาย ท่อระบายต่าง ๆ อยู่บ้าง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์แนวทางการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าวอย่างชัดเจน

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงระบบ เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมตามกรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (จำเนียร มาเนตร, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และ อภิรติ นันท์ศุภวัฒน์, 2561; วรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และ กุลวดี อภิชาติบุตร, 2561; สันต์ฤทัย ธาราภิรมย์รักษ์, 2564) การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของการให้บริการพยาบาลคลินิก หู คอ จมูก มีการวิเคราะห์ 3 ด้านคือด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ (สุชานาฏ มุสิกรัตน์, ปรัชญานันท์ เพ็ญจรรยา และ ศศิธร ลายเมฆ, 2565) การศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลเชิงประเด็น พบว่า เป็นการศึกษาความปลอดภัยด้านการใช้ยา เช่น การศึกษารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง (ปฤษฎา เป่งอารมณ์, 2564) อย่างไรก็ตามประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายยังพบค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ แนวปฏิบัติทางการแพทย์และมีคู่มือการดูแล ดังนั้น

การศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม จะทำให้ได้ ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นเกี่ยวกับสภาพการณ์ ปัญหา อุปสรรค ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ หรือแนวทางการจัดการเชิงระบบแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านศัลยกรรมอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาล หาดใหญ่

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ร่วมกับการทบทวนอุบัติการณ์จากเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับด้านความ ปลอดภัยจากผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ย้อนหลัง 3 ปี คือ พ.ศ. 2563-2565 เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน 2) พยาบาลจัดการความเสี่ยง 8 คน 3) คณะกรรมการ ความเสี่ยงของโรงพยาบาล 1 คน 4) แพทย์ 1 คน และ 5) พยาบาลปฏิบัติการ 5 คน รวมทั้งหมด 19 คน คัดเลือก กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการทบทวนอุบัติการณ์จากเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับ ด้านความปลอดภัยจากผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ย้อนหลัง 3 ปี คือ พ.ศ. 2563-2565 โดยคัดเลือกจากรายงานอุบัติการณ์ จากโปรแกรม HRMS ของโรงพยาบาล ในหมวดที่เกี่ยวกับสายสวนหรือท่อระบาย (tube line) ประกอบด้วย 1) สายระบายทรวงอก 2) สายสวนหลอดเลือด ดำส่วนกลาง และ 3) สายคาหลอดเลือดแดง โดยไม่รวมท่อช่วยหายใจ แล้วนำมาคัดกรองในอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ งานที่ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย แล้ววิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ จำนวนที่เกิดอุบัติการณ์ ปัญหาที่พบ สาเหตุการเกิด และระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้บริหารระดับต้น เป็นบุคลากรทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม มากกว่า 5 ปี เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอด ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) กับกลุ่มตัวอย่าง ย้ายที่อยู่ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพัฒนาทักษะให้สามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยและมีเครื่องมือ ประกอบการวิจัยที่สร้างขึ้นเอง จากระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด ทฤษฎี ข้อมูลจากหนังสือ วิทยานิพนธ์ บทความ ทางวิชาการ และวารสาร ต่าง ๆ

2. แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัย การเป็นแกนนำด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้แนวคำถามสร้างขึ้นตามแนวคิดโมเดลระบบงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย (systems engineering initiative for patient safety model: SEIPS) (Carayon et al., 2014) ด้านโครงสร้างหรือระบบงาน (structure or work system) ได้แก่ 1) บุคลากร (person) 2) องค์กร/หน่วยงาน (organization) 3) เครื่องมือและเทคโนโลยี (technologies and tools) 4) ปริมาณงาน (tasks) และ 5) สภาพแวดล้อมภายใน (internal environment) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน และอาจารย์แพทย์ด้านศัลยกรรมที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงแนวคำถามและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย และคำถามให้ครอบคลุมด้านโครงสร้างหรือระบบงาน ทั้ง 5 ด้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมบาดเจ็บ จำนวน 2 คน หลังทดลองใช้เครื่องมือไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน

3. แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ย้อนหลัง 3 ปี คือ พ.ศ. 2563-2566

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ หมายเลขเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย PSU IRB 2022-st-Nur 047 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2567 และขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง เลขที่โครงการ HYH EC 0166-66-01 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2566 ถึง 27 มีนาคม 2567 และขอความร่วมมือในการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แจ้งให้ทราบถึงสิทธิการเข้าร่วม และสิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะเป็นการบ่งชี้หรือเปิดเผยถึงลักษณะเฉพาะให้สามารถอ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งขออนุญาตในการจดและบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์บรรยากาศในการสัมภาษณ์ผ่อนคลาย สถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นห้องประชุมในหอผู้ป่วย โดยการให้สัมภาษณ์ในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาปฏิบัติงาน เลือกเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การสัมภาษณ์ทุกครั้งมีการขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาเฉลี่ย 35 นาทีต่อครั้ง โดยเก็บข้อมูลจำนวน 1-2 ครั้งในแต่ละราย หลังสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทป บันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ในแต่ละครั้งภายในวันเดียวกัน แล้วนำมาตรวจสอบความชัดเจน โดยการฟังซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หากมีประเด็นที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยมีการดำเนินการสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มในประเด็นนั้น ๆ และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยได้ถอดเทปข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป ด้วยการพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยคแล้วอ่านทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง โดยเฉพาะข้อมูลสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง
2. หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาอ่านทบทวน แยกประโยคที่สำคัญออกมา และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกในตารางที่จัดไว้ในหน้าเดียวกับข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยใส่คำตอบตามแนวคำถามและใส่เลขลำดับบรรทัดเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงข้อมูลการสัมภาษณ์ รวมถึงข้อมูลทีนอกเหนือจากคำพูด เช่น กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล
3. นำข้อมูลที่บันทึกได้ มาพิจารณาความเหมือนและแตกต่าง หลังจากนั้นนำมาจัดทำเป็นข้อสรุป และเขียนบรรยายแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล
4. นำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องผ่านผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 2 คน

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลงานวิจัยคุณภาพโดยใช้แนวคิดของ Guba and Lincoln (1989) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลประกอบด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้าผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูล จากหลากหลายวิธี (methodological triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต สีน้าท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเทป และการทบทวนเอกสาร แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องว่าตรงกันหรือไม่ โดยการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนตรวจสอบความถูกต้อง หากข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันจะถือว่ายืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และนำผลวิเคราะห์ที่สรุปได้ไปปรึกษาตรวจสอบข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล
2. ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัยโดยมีการวางแผนการวิจัย มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (audit trail) มีการนำเสนอข้อมูลอย่างครบถ้วนในผลการวิจัย มีการยกตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอข้อมูลทุกประเด็น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 19 คน ได้แก่ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน 2) พยาบาลจัดการความเสี่ยง 8 คน 3) คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล 1 คน 4) แพทย์ 1 คน และ 5) พยาบาลปฏิบัติการ 5 คน รวมทั้งหมด 19 คนกลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 8-30 ปี

2. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย มีดังนี้

2.1. ประเด็นจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

สรุปประเด็นสำคัญทั้งหมด 6 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) การสื่อสารนโยบายไม่ครอบคลุมทีมพยาบาล 3) มีแนวทางปฏิบัติแต่ไม่ได้พัฒนาให้เป็นปัจจุบัน 4) การนิเทศ กำกับ และติดตามของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ 5) วัสดุทางการแพทย์มีข้อจำกัดด้านคุณภาพการใช้งาน และ 6) ข้อจำกัดของพื้นที่ระหว่างเตียงผู้ป่วยมีความคับแคบ โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็น ดังนี้

1) ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนยังไม่ครอบคลุมแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ทั้งหอผู้ป่วยหนักและสามัญ แม้จะมีนโยบายที่ชัดเจนให้ทุกคนปฏิบัติตาม จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดความไม่ปลอดภัยได้ ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนที่พี่เดินไปหน้างาน ยังทำไม่เหมือนกันเลยต่างคนต่างทำ เช่น การใส่ central line (สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง) การทำแผลไม่เหมือนกัน น้ำยาที่ใช้ไม่เหมือนกัน การใส่ชุด PPE ไม่เท่ากัน การคลุมผ้าก็เช่นกัน Intensive Care Unit กับ หอผู้ป่วยสามัญ ทำไม่เหมือนกัน ทั้งที่นโยบายมีแล้ว ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2566

“บุคลากรไม่ทำถูกวิธี เช่น การ Scrub ยังทำไม่ถูกเลย ส่วนหนึ่งคิดว่าความชำนาญของบุคลากร คนที่เพิ่งมาไม่มีความชำนาญเพียงพอ แทน พวก C-line, ICD 1-2 ครั้งไม่ได้ ก็ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเช่นกัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2566

“ผู้ป่วยที่มีอาการ agitation ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวได้ง่ายมาก มีความจำเป็นที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะในการผูกมัด ให้อาและอธิบายญาติให้เข้าใจ ในการช่วยดูแล ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2566

“ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คิดว่าต้องมีทักษะการดูแล ต้องดูแลไม่ให้พับงอ ไม่เคลื่อนไหว ไม่ดิ้นรน ต้องมีการทบทวนความรู้และทักษะบางกิตีเหมือนกัน จะได้ดูแลคนไข้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2566

2) การสื่อสารนโยบายไม่ครอบคลุมทีมพยาบาล

ปัจจุบันการสื่อสารนโยบายผ่านผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล นำลงสู่หัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อลงสู่ผู้ปฏิบัติ โดยมีแนวทางการสื่อสาร เช่น การประชุมประจำเดือน สื่อสารทางไลน์กลุ่ม ทางโทรศัพท์ การพูดคุยชี้แจงหลังรับเวร จากการศึกษา พบว่า มีประเด็นปัญหาการสื่อสาร กับทีมพยาบาลบางกลุ่ม เช่น ในกลุ่มทีมบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาล เช่น พนักงานผู้เหลือคนไข้ ที่ไม่รับทราบนโยบายที่ชัดเจนเนื่องจาก ไม่ได้เข้าประชุม ไม่ได้อ่านเอกสารที่สื่อสาร ภาระงานพยาบาลขึ้นเวรผลัดเปลี่ยนกัน ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีการสื่อสาร แต่การรับรู้ยังไม่ดี จากการลงประเมิน น้องผู้ช่วยชุดเหลือง คนงาน บุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาล ยังไม่เข้าใจในนโยบายความปลอดภัย การสื่อสารของหัวหน้ารวมไปถึงพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงยังไม่เพียงพอ ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2566

“นโยบายเรื่องความปลอดภัย ทราบคะ จากหน้าประชาสัมพันธ์ จากการ conference จากการประชุมที่โรงพยาบาลจัด แต่ส่วนใหญ่คนที่ทราบและเข้าใจมากน่าจะเป็นพี่ที่เข้าประชุมเป็นประจำวันบางครั้งก็ได้กลับมาถ่ายทอดบ้างแต่ก็ไม่ 100%” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 วันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566

“นโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอะ ไม่ค่อยทราบรายละเอียดเท่าไรครับ แต่ผมขอตอบตามความเข้าใจในการที่จะทำให้ผู้ป่วยที่คาสายหรือแทงสายให้ปลอดภัยก็แล้วกันครับ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2566

“การเคลื่อนย้ายต้องมีการสื่อสารกับเวรเปลและต้นทางให้เกิดความตระหนักเพราะปัจจุบันที่สังเกตยังไม่มีควมใส่ใจพอกับเรื่องสาย เวลาเคลื่อนย้าย โดยการกระชาก การไม่ให้สัญญาณกัน ต้องมีการสื่อสารส่งสัญญาณกัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2566

3) มีแนวทางปฏิบัติแต่ไม่ได้พัฒนาให้เป็นปัจจุบัน

ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Line-Associated Bloodstream Infection: [CLABSI]) แนวทางปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ที่เป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล มีการเผยแพร่ในแอปพลิเคชันของโรงพยาบาล และมีการนำลงใช้แต่แนวปฏิบัติทั้ง 2 เรื่อง ยังไม่มีการปรับให้เป็นปัจจุบัน และพบว่า แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย ในหน่วยงาน ยังไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ปัจจุบันที่หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่คาสาย ท่อระบาย ในเรื่อง Cath มี C-line ส่วน ICD ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2566

“ฟีดคิดว่าพยายามหาวิธีที่จะไม่ทำให้ลื่น บ้างครั้งเราเจอว่าย้ายมาจากหอผู้ป่วยหนัก แผลเปื่อย ทำให้มีการติดเชื้อ ตัวที่ส่งเสริมให้การดูแลสายพวกนี้ดีขึ้นที่ว่าถ้าปัจจัยที่สนับสนุน เราน่าจะทำเป็นสื่อการสอนที่เป็นวิดีโอที่เป็นของกลุ่มงานของเราเอง จะทำให้เราเข้าใจบริบทของเรามากขึ้น และมีการแทรกภาวะทำให้เกิดอันตราย เทคนิคต่าง ๆ แล้วนำมาแขวนไว้ระบบ Intranet ของโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

“ที่หน่วยงานเรามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่คาสาย ท่อระบายคือเรื่อง C-line เป็นของกลางใช้ของโรงพยาบาล ส่วน A-line ไม่มีคะ ส่วน ICD มีเป็นแนวทางการดูแลไม่ได้ทำเป็นเอกสารที่ชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17 วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2566

4) การนิเทศ กำกับ และติดตามของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคลากรสื่อกลางที่จะนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลลงสู่ระดับปฏิบัติการได้อย่างมีคุณภาพซึ่ง บทบาทหน้าที่การนิเทศ กำกับ ติดตาม ก็มีความสำคัญซึ่งหัวหน้าหอแต่ละคนต้องการวางแผนในแต่ละวัน และต้องมีการวางแผนอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พบว่า การนิเทศ กำกับ ติดตามของหัวหน้าหอมีบ้าง แต่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในปัจจุบันมีอบรม ประชุม มีภาระงานด้านบริหารมาก มักไม่ได้อยู่ประจำหอผู้ป่วย บางครั้งไม่ได้มีการกำหนดแผนการนิเทศที่ชัดเจน ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ในเรื่องของกระบวนการ นิเทศ ติดตาม กำกับ บุคลากรในหน่วยงานเรื่อง สายต่าง ๆ ก่อนหน้านั้น ไม่ได้มีเป็นรูปเป็นร่าง แต่ตอนนี้มีคะ เนื่องจากเจอว่ามีปัญหาการเกิดการติดเชื้อสายสวนมากขึ้น เกิด Phlebitis (การอักเสบของหลอดเลือดดำ) สายระบายทรวงอก เลื่อนหลุด ไม่ทำงาน ได้ปรับให้มีการเฝ้าตรวจทุกวัน โดยการจดบันทึกพิเศษ ให้กับพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2566

“กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ คาสายหรือท่อระบาย ให้ปลอดภัยนอกจากเรามีแนวปฏิบัติการดูแลแล้ว บางครั้งมีน้องใหม่ รับรู้ได้ไม่เท่ากับพี่ พี่ต้องนิเทศ สอนแนวทางการดูแล ติดตาม อยู่เป็นระยะ แต่ปัจจุบันงานเอกสาร มีเยอะมาก ประชุมก็เยอะ ไม่ค่อยมีเวลาได้อยู่ word เลยทำให้ไม่ได้นิเทศหน่วยงานต่อเนื่อง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

“คิดว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำได้ดีในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ดีหมด ต้องมีการนิเทศ ติดตามกำกับบ่อย ๆ ทำความเข้าใจกับแนวปฏิบัติ นิเทศตอนส่งเวรตอนเช้า เนื่องจากมีการส่งเวรปลายเตียงเราจะมองอุปกรณ์สายที่ติดตัวคนไข้ทั้งหมด และมีการ re-check เมื่อเกิดเหตุการณ์ นำมาพูดคุยและบางครั้งขอมีการปรับหน่วยงานให้เหมาะสมกับบริบท” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

5) การใช้วัสดุทางการแพทย์มีข้อจำกัดด้านคุณภาพการใช้งาน

โรงพยาบาลมีการสนับสนุนวัสดุทางการแพทย์ มีวัสดุค่อนข้างจะทันสมัย มีให้เลือกใช้อุปกรณ์ที่มาช่วยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่คาสาย ท่อระบาย เช่น คลอเฮกซิเดนเจล เป็นแผ่นช่วยที่มียาฆ่าเชื้อ ไม่ต้องเปิดแผลทุกวัน แต่ยังพบปัญหาด้านการนำมาใช้งานเช่น พลาสเตอร์ที่ใช้ติดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีการหลุดง่าย ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เรื่องวัสดุยังมีค่อนข้างน้อย เช่น พลาสเตอร์ ส่วนใหญ่คุณภาพไม่ค่อยดี หลุดง่าย ติดไม่อยู่ อาจจะต้องหาช่องทางให้ข้อมูลกลับสู่ผู้บริหารรับทราบ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

“วัสดุติดแผลก็เช่นกัน พลาสเตอร์ติดไม่อยู่ 3-4 ชั่วโมงหลุดแล้ว อากาศร้อนเหงื่อออกมาก คนอ้วน กล้ามเนื้อเป็นชั้น ยากลำบากในการ stab” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

“ในเรื่องของอุปกรณ์ ถ้าอุปกรณ์ C-line มีแผ่นพลาสเตอร์เจล จะช่วยลดการทำแผล โรงพยาบาลเริ่มมีของให้ใช้ แต่จะหมดบ่อย ต้องมีการยืม” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

6) ข้อจำกัดของพื้นที่ระหว่างเตียงผู้ป่วยมีความคับแคบ

ปัจจุบันหอผู้ป่วยสามัญ มีการวางเตียงผู้ป่วยความกว้างยังไม่เหมาะสม โดยมาตรฐานระยะห่าง ระหว่างเตียงสามัญต้องไม่น้อยกว่า 1 เมตร แต่ถูกจำกัดด้วยโครงสร้างของพื้นที่อย่างจำกัด มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความคับแคบในการเข้าทำกิจกรรม และอาจจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การเกี่ยว สะดุดสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ตัวผู้ป่วยทำให้เกิดการเลื่อนหลุดได้ ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“สิ่งแวดล้อมก็มีผลนะคะคือเตียงของเราอะแคบนะพื้นะระหว่างเตียงเป็นอะไรที่จำกัดบางครั้งอาจจะทำให้เดินชนขวดแตกถ้าไม่ระวัง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2566

“สิ่งแวดลอมนี้ผมว่าสำคัญมากนะคับ ถ้าเป็น ICU ยังมีสถานที่การวางเตียงกว้างพอสมควร แต่ใน ward ธรรมดา เตียงแคบมากต้องเอียงตัวเข้าไปทำ บางที่ต้องเอนเตียงให้เอียง แล้วอาจจะไปเกี่ยวกับสายต่าง ๆ ที่ตัวผู้ป่วยทำให้เกิดการเลื่อนหลุดได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2566

2.2. ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารรายงานอุบัติการณ์ของกลุ่มงานศัลยกรรม จากโปรแกรม HRMS ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563- 2565) พบว่า สาเหตุของการเลื่อนหลุด มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ 1) สภาพะอาการของผู้ป่วย 2) การเคลื่อนย้าย 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ดังข้อมูลต่อไปนี้

1) สภาพะอาการของผู้ป่วย

อุบัติการณ์ที่พบเกิดมาจากสภาพะอาการของผู้ป่วยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระดับความรู้สึกตัว เช่น มีอาการสับสน ไม่ทราบวัน เวลา สถานที่ จึงเกิดการดึงสายที่คาตามร่างกายออกโดยไม่รู้ตัว ตัวอย่างรายงานอุบัติการณ์ ดังนี้

“ขณะเดินไปตรวจเช็คลัญญาณชีพ พบ ผู้ป่วยชาย อายุ 53 ปี ดึงสาย ICD หลุดออกมา ตั้งอยู่บนที่นอน ซึ่งผู้ป่วยรายดังกล่าว on ETT GCS E1VTM5 on ICD Lt. แขนทั้ง 2 ข้างได้ทำการผูกมัดไว้” รายงานอุบัติการณ์ 15 ธันวาคม 2564

“ผู้ป่วย case ruptured necrotic มีอาการสับสนวุ่นวาย ได้มีการดึงสาย Jejunostomy ทำให้สายหลุดออกมาทั้งหมด มี discharge ชี้ออกมาลักษณะคล้าย feces จำนวนพอควร ไม่มี Bleed ออกมา” รายงานอุบัติการณ์ 20 มิถุนายน 2564

“ผู้ป่วยโดนยิง ใส่ ICD ข้างขวา ผู้ป่วย Agitation restrain แขน ให้ dormicum 3 mg iv หลังได้ยา ผู้ป่วยยัง Agitation 16.40 น. ผู้ป่วยดึงสาย ICD Rt. หลุด” รายงานอุบัติการณ์ 15 มีนาคม 2564

2) การเคลื่อนย้าย

อุบัติการณ์ที่พบเกิดมาจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตรวจวินิจฉัยพิเศษ การเข้าห้องผ่าตัด การย้ายหอผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายอาจมีการกระแทกหรือการกระชาก หรือขณะเคลื่อนย้ายไม่มีการเตรียมความพร้อม อาจจะทำให้สายเลื่อนหลุดได้

“ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี เวลาประมาณ 09.15 น.ส่งผู้ป่วย x-ray แขนขวา on C-line No IV ผู้ป่วยกลับมาจาก X-ray เวลา 09.35น. พบว่า สาย C-line หลุด Active bleed” รายงานอุบัติการณ์ 10 ตุลาคม 2565

“รับใหม่จาก ER note ของแพทย์เขียน ICD No32 ลีกร 12 ซม. at ward ลงเตียงเช็ผู้ป่วย ICD เลื่อนเป็นลิก 8 ซม. case นี้ไม่มีพยาบาล ER นำส่ง” รายงานอุบัติการณ์ 6 กันยายน 2564

3) การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล

อุบัติการณ์ที่พบเกิดมาจากการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การอาบน้ำเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การยกกรวยหรือเหล็กกันเตียง การปิดหรือเปิดม่าน บุคลากรไม่ได้ระมัดระวัง หรืออาจจะทำด้วยความรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการเลื่อนหลุดได้

“ขณะเตรียมตัวเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยและระหว่างนั้นให้ญาติช่วยปิดม่าน เกิดทำสาย ICD ได้หลุดออกมา จากการตรวจสอบจากญาติบอกว่าตอนยกผู้ป่วยได้ล้มว่ามีสายอยู่จึงไม่ได้ระวัง” รายงานอุบัติการณ์ 13 พฤษภาคม 2565

“ขณะกำลังเช็ดตัวทำความสะอาดผู้ป่วยเวลา 05.30 น. และจะพลิกตะแคงเพื่อที่จะเช็ดด้านหลังของผู้ป่วย และกลัวผู้ป่วยตกเตียงได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้นมา ทำให้สาย ICD ดึงรั้งเลื่อนออกมาจากตำแหน่งเดิม 3 cms” รายงานอุบัติการณ์ 10 มีนาคม 2564

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้อธิบายในเชิงระบบการจัดการความปลอดภัย ที่สะท้อนให้เห็นโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย ทั้งจากการทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์ สาเหตุของปัญหาในเวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม สรุปการอภิปรายผล ดังนี้

1. การทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์ สาเหตุของปัญหาในเวชระเบียน พบสาเหตุของการเลื่อนหลุดของสายสวนหรือท่อระบาย มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สภาพอาการของผู้ป่วย 2) การเคลื่อนย้าย 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล อาจเนื่องมาจากสภาพอาการของผู้ป่วยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสถานที่ต่าง ๆ การไม่ระมัดระวังในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamin, Roddy, and Giuliano (2022) ในปี 2019 ประเทศสหรัฐอเมริกา ศึกษาการสังเกตระยะ เวลาในการจัดการท่อและสายก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 4 หอ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการใส่สายและท่อระบายต่าง ๆ เฉลี่ย 8.6 ท่อ/คน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้ความระมัดระวัง ในการเคลื่อนย้าย โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการจัดการกับสายและท่อต่าง ๆ ก่อนเคลื่อนย้าย 12.4 นาที การศึกษาปัจจัยของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด พบว่าสาเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่สำคัญเกิดจากการดึงท่อช่วยหายใจออกของผู้ป่วยเองและเกิดจากการเลื่อนหลุดขณะทำกิจกรรมการพยาบาลหรือในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะกระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย จากการได้รับยาสงบประสาทในปริมาณที่ไม่เพียงพอ (อรุณี ศรีนิว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2014) และการศึกษาสถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด โดยการทบทวนอุบัติการณ์ของ พัชรวรรณ สลักคำ, สุเพียร โภคทิพย์, พิมลพันธ์ เจริญศรี, อรทัย วัฒนสมบัติ, พัลยมนต์ พุ่มทอง และ สุพจน์ สายทอง (2562) พบว่า สาเหตุผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจเอง จากอาการผู้ป่วยสับสน กระวนกระวาย จากกิจกรรมการพยาบาล เช่น เช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะสับสน

2. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม พบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

2.1) ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน พบว่า ทีมบุคลากรทางการพยาบาลยังมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบาย ยังไม่เหมือนกัน ทำตามประสบการณ์ที่ทำตามกันมาจากการสนทนากลุ่มพยาบาลแกนนำความเสี่ยง สะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่งผลต่อการดูแลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา ศิวาวุธ, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา และ ปราโมทย์ ทองสุข (2563) การที่จะลดความเสี่ยงในการทำหัตถการ ต้องมีบุคลากร

ที่เพียงพอ และบุคลากรเหล่านั้นต้องมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสังเกตอาการผิดปกติของผู้รับบริการเป็นระยะ สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยในมนุษย์และการยศาสตร์ (human factor engineering) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2557) ที่กล่าวไว้ว่า “ความผิดพลาดเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่ง เช่น บริการสุขภาพ ไม่ใช่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเฉพาะตัว แต่เป็นจากสภาพแวดล้อมหรือระบบที่ทำให้คนทำงานผิดพลาด ความผิดพลาด เป็นการกระทำผิดโดยไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำตามแนวปฏิบัติที่ไม่ดี หรือเกิดจากการมีความรู้หรือประสบการณ์ไม่เพียงพอ”

2.2) การสื่อสารนโยบายไม่ครอบคลุมทีมพยาบาล โดยพบประเด็นปัญหา คือ การสื่อสารไม่ทั่วถึงเนื่องจากบุคลากรในหอผู้ป่วยไม่สามารถเข้าประชุมของหอผู้ป่วยได้ทุกคน และยังพบประเด็นปัญหาการนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่ทั่วถึง อธิบายได้ว่าแม้องค์กรจะมีนโยบายความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ นโยบายจุดเน้นความปลอดภัย นโยบายไม่ตำหนิ ไม่กล่าวโทษ นโยบายและมาตรฐานจำเป็นต่อความปลอดภัย นโยบายเหตุการณ์ที่ไม่ยอมให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ และในปัจจุบันยังมีกระบวนการนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ การประชุมประจำเดือน การสื่อสารนโยบายผ่านผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล นำลงสู่หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อสื่อสารนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ การสื่อสารทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ การประชุมภาคเช้าหลังรับเวรในเช้าวันราชการ และสื่อสารทางไลน์กลุ่ม แต่ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร มาเนตร และคณะ (2561) เรื่องวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง พบว่า การจัดการความปลอดภัยระบบสารสนเทศ ผู้บริหารการพยาบาลจะแจ้งข้อมูลระบบบริหารความเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติให้บุคลากรทราบ แต่ยังมีบุคลากรพยาบาลบางคนไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงอย่างครอบคลุม และอัตราค่าลงไม่เพียงพอกับภาระงาน การสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติสำหรับบุคลากรบางกลุ่มยังไม่ทั่วถึงเนื่องจากระบบโครงสร้างที่ใหญ่ การสื่อสารจะเน้นเฉพาะหัวหน้างาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หัวหน้างานจะต้องมีการ นิเทศ ทบทวน และติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล เจียรบรรพต (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ผู้บริหารควรส่งเสริมประสิทธิผลของการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากร และให้ความสำคัญในการสร้างบรรยากาศการสื่อสารในองค์กร เช่นเดียวกับการศึกษาของ สหรัย จันสา (2560) ที่ศึกษาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการความปลอดภัย โดยควรมีการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและควรมีการบูรณาการกับงานประจำ

2.3) มีแนวทางปฏิบัติแต่ไม่ได้พัฒนาให้เป็นปัจจุบัน โดยหน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายแต่ไม่ได้รับการพัฒนาหรือปรับปรุงให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยต่อการนำไปใช้ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นเอกสารจะช่วยให้หนักปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพนำไปใช้ในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง และควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

2.4) การนิเทศ กำกับ ติดตามของหัวหน้าหอ ไม่สม่ำเสมอ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในปัจจุบันหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระกิจหลายด้าน ทั้งการอบรม ประชุม ซึ่งการมีภาระงานด้านการบริหารมากจึงมักไม่ได้อยู่ประจำ

หอผู้ป่วย และบางครั้งไม่ได้มีการกำหนดแผนการนิเทศที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักธรชยา สวัสดิ์ดั่งษ์ และ ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์ (2562) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า รูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ อุปสรรคการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการอบรม ประชุม มีภาระงานด้านบริหารมาก ไม่ได้อยู่ประจำหอผู้ป่วยถึง ร้อยละ 52.87 รวมทั้งเวลาและการประชุมแต่ละครั้งไม่พร้อมกัน จึงควรมีการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างขวัญ และกำลังใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจนขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ติดภารกิจ อบรม ประชุมใช้ระบบสารสนเทศในการนิเทศงานมากขึ้น (สุตารัตน์ วรรณสาร, รัตนาวดี ขอนตะวัน และ สมใจ ศิริกมล (2556)

2.5) การใช้วัสดุทางการแพทย์มีข้อจำกัด คุณภาพไม่ค่อยดี กล่าวคือการขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย อุปกรณ์ของใช้มีอายุการใช้งานนาน มีผลต่อการจัดการความปลอดภัย สอดคล้องกับ Balmforth and Thomas (2019) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ระบบและปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุเรื่อง สายและท่อระบายในหอผู้ป่วยหนัก 8 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยปัจจัยด้านการจัดการและสภาพแวดล้อมการทำงาน ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ หรือ การบำรุงรักษา ภาระงาน อัตราระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม การสนับสนุนด้านการบริหารและการจัดการ

2.6) ข้อจำกัดของพื้นที่ระหว่างเตียงมีความคับแคบ ปัจจุบันหอผู้ป่วยสามัญมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจึงมีข้อจำกัดด้วยโครงสร้างของพื้นที่ ทำให้เกิดความคับแคบในการเข้าทำกิจกรรม ส่งผลต่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่กล่าวไว้ว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบ ให้กำกับดูแลระบบอาคารสถานที่ ความปลอดภัย การรักษาความปลอดภัย อย่างน้อยทุก 6 เดือน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2565)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล นำผลการศึกษาที่ค้นพบ ทั้งเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ ไปออกแบบการพัฒนาสมรรถนะ ความรู้และทักษะ ของทีมพยาบาล รวมถึง การนิเทศ กำกับ ติดตามของหัวหน้าหอ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายหรือท่อระบายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลลงสู่ผู้ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
3. ผู้บริหารควรสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ ให้มีเพียงพอต่อการใช้ในบริบทหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่คาสาย ท่อระบาย ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จิรัชยา ศิവാุธ, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา และ ปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(4), 458-469.
- จำเนียร มาเนตร, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และ อภิรดี นันทศุภวัฒน์. (2561). การวิเคราะห์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(3), 96-106.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63-76.
- ประภาพร ดองโพธิ์ และ กมลรัตน์ เชียงดี. (2020). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ส่วนกลาง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 5(2), 11-30.
- ปฤษฎา เปล่งอารมณ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 40(1), 137-150.
- พัชรวรรณ สลักคำ, สุเพียร โภคทิพย์, พิมลพันธ์ เจริญศรี, อรทัย วัฒสมบัติ, พัลยมนต์ พุ่มทอง และ สุพจน์ สายทอง. (2562). สถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด (Unplanned extubation: UE) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารสรรพสิทธิเวชสาร*, 40(1-3), 51-60.
- เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย. *พยาบาลสาร*, 45(2), 148-156.
- ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์ และ ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมน. (2562). เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ในจังหวัดนนทบุรี. *พยาบาลสาร*, 46(4), 158-172.
- โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2563, 2564, 2565ก). รายงานปฏิบัติการกลุ่มงานศัลยกรรม. สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่.
- โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2565ข). สถิติข้อมูลบุคลากรแผนกศัลยกรรม งานเวชระเบียน. สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่.
- วรรณเพ็ญ เนื่องสีหะ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และ กุลวดี อภิชาติบุตร. (2561). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 21(1), 47-60.
- วิไล เจียรบรรพต. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 11(2), 57-69.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2557). *Human Factors กับความปลอดภัยในโรงพยาบาล* [เอกสารโครงการ E-Learning HA 601]. โรงพยาบาลกำแพงเพชร เข้าถึงได้จาก [https://www.kph.go.th/html/attachments/article/70/Human%20Factor%20Analysis%20\(15May\).pdf](https://www.kph.go.th/html/attachments/article/70/Human%20Factor%20Analysis%20(15May).pdf)
- สันต์ฤทัย ธาราภิรมย์รักษ์. (2564). แนวทางการบริหารจัดการความปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 4(3), 137-146.
- สาหร่าย จันสา. (2560). อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 299-307.
- สุขานาฏ มุสิกการัตน์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา และ ศศิธร ลายเมฆ. (2565). การวิเคราะห์สถานการณ์ การบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), 1-18.
- สุดารัตน์ วรรณสาร, รัตนาดี ขอนตะวัน และ สมใจ ศิริกมล. (2556). การพัฒนาการนิเทศการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(Supl), 57-68.
- สุทธิชาร์ตน์ จันต๊ะ, ณิชาธัญ โชติสุขหทัย, สุรี ชันธรักษ์วงศ์ และ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. (2562). การส่งเสริมสมรรถนะเป้าหมายความปลอดภัยด้านบุคลากรแก่นักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 213-228.
- อรุณี ศรีนวล, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2014). ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อการลดความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก. *วารสารพยาบาล*, 63(2), 46-55.
- Balmforth, J. E., & Thomas, A. (2019). Unplanned removal of medical devices in critical care units in north west England between 2011 and 2016. *American Journal of Critical Care*, 28(3), 213–221. doi: 10.4037/ajcc2019961
- Benjamin, E., Roddy, L., & Giuliano, K. K. (2022). Management of patient tubes and lines during early mobility in the intensive care unit. *Human Factors in Healthcare*, 2, 100017. doi: 10.1016/j.hfh.2022.100017
- Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R. J., & Gürses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics*, 45(1), 14–25. doi: 10.1016/j.apergo.2013.04.023

- Galazzi, A., Adamini, I., Consonni, D., Roselli, P., Rancati, D., Ghilardi, G., ... Laquintana, D. (2019). Accidental removal of devices in intensive care unit: An eight-year observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 34–38. doi: 10.1016/j.iccn.2019.06.002
- Guba, E. G., & Lincoln, Y.S. (1998). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kato, M., Fauziah, W., Yamashita, T., Nishijima, S., Kima, M., Iida, M., ... Huong Thi Thu Pham. (2021). Prevalence and Prevention of Unplanned Removal of Tubes and Catheters among Hospitalized Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 385-391. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=150568780&site=eds-live&scope=site>
- Kojima, S., Marui, Y., Shibagaki, Y., & Sakurada, T. (2022). Accidental removal of dialysis central venous catheter inserted for blood purification therapy: a single-center study. *Clinical and Experimental Nephrology*, 26(12), 1218–1222. doi: 10.1007/s10157-022-02271-4
- World Health Organization [WHO]. (2011). WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. Retrieved from https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/

การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิต ของผู้รับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัย: การศึกษาเชิงทำนาย

อัมพาพันธ์ รุทธพิชัยรักษ์, ศศ.บ.^{1*}งามสมัย ผิวเหลือง, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการในศูนย์ให้คำปรึกษา คือ ข้อมูลสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่ศูนย์ให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตที่ศูนย์ให้คำปรึกษา ปีการศึกษา 2565 จำนวน 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามทักษะชีวิต และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 .93 .89 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกรตเฉลี่ยสะสม และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร ร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต ร้อยละ 16.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นศูนย์ให้คำปรึกษาควรจัดกิจกรรมหรือโครงการฝึกอบรมทักษะชีวิต ให้ครอบคลุม โดยเฉพาะด้านผลการเรียนของนักศึกษา การตระหนักรู้ในตนเองและการสื่อสารในครอบครัว เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการในศูนย์ให้คำปรึกษา

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพจิต, ศูนย์ให้คำปรึกษา, ทักษะชีวิต, การทำหน้าที่ของครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม

วันที่รับ: 11 กันยายน 2566 วันที่แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับ: 5 เมษายน 2567

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: ampaphan.rutthapichairuck@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Family functions, life skills, social support, and mental health problems of clients at a university counseling center: predictive study

Ampaphan Rutthapichairuck^{1*}

Ngamlamai Piolueang²

Abstract

Studying the factors affecting the mental health of university students at counseling center is a piece of crucial basic information to support and prevent mental health issues in students. The objectives of this research were to study the influence of personal factors, family functions, life skills, and social support on the mental health problems of clients. The sample was conducted amongst 230 students who were the clients at the university counseling center in 2023. The research instruments used were questionnaires regarding personal factors, the Thai GHQ-28 evaluation form, family functions, life skills, and social support. The Cronbach's alpha values of the Thai GHQ-28 evaluation form, family functions, life skills, and social support were .84 .93 .89 and .92, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis with a stepwise method. The results found that self-awareness in life skills, grade point average, and family functions through communication perspective could significantly predict clients' mental health problems at the university counseling center at 16.20 percent. ($p < .05$) Thus, the counseling center should hold activities or conduct training workshops that enhance grade point average, self-awareness in life skills, and family functions through communication to prevent clients' mental health problems.

Keywords: Mental health problems, Consulting center, Life skill, Family function, Social support

Received: Sep 11, 2023 Revised: Feb 19, 2024 Accepted: Apr 5, 2024

¹ Master of Science (Community Psychology) in the Faculty of Social Science (candidate) Kasetsart University

* Corresponding author Email: ampaphan.rutthapichairuck@gmail.com

² Assistant Prof, Faculty of Social Science, Kasetsart University

บทนำ

สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตหลายด้าน โดยเฉพาะวัยรุ่น อายุ 18-24 ปี ที่อยู่ในช่วงรอยต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหลายประการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (World Health Organization [WHO], 2017) มีโอกาสสูงที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ นิสิต นักศึกษาที่ต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย (Nebhinani & Jain, 2019) ในงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย พบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต (Sultan, Saleem & Durrani, 2021) มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลที่มากขึ้น (Alsubaie, Stain, Webster & Wadman, 2019; Qi et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาในประเทศไทยโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ศึกษาสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ร้อยละ 32.2 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 16.9 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2565)

ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตเกิดจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งสถาบันที่มีบทบาทสำคัญที่สุดก็คือ ครอบครัว โดยตามทฤษฎีระบบครอบครัว การทำงานของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็ก เด็กที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่มีครอบครัวที่ดี เช่น มีการสื่อสารแบบเปิด คือ มีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงกลุ่มเป้าหมายจะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี (Pan, Yang, Han & Qi, 2021) ในทางตรงกันข้ามปัญหาสุขภาพจิตหลายประการเกิดจากการทำงานของครอบครัวในระดับต่ำ หรือครอบครัวมีปัญหาความสัมพันธ์ที่รุนแรง เช่น มีการใช้ความรุนแรงระหว่างสมาชิกในครอบครัว (รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ, 2562; Wang, Zhang, Peng & Zeng, 2021) วิธีการที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตคือ การเสริมสร้างทักษะชีวิต ทำให้เยาวชนมีความสามารถในการปรับตัวและมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ (ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และ สารรัตน์ วุฒิอาภา, 2561) เพราะทักษะชีวิตที่ดีจะช่วยทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เสริมสร้างอัตมโนทัศน์ นำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง (Jamali, et al., 2016) มีความยืดหยุ่นสามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Sultan, et al., 2021) ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในการเผชิญกับปัญหาและนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2563) นอกจากนี้ทักษะชีวิตยังช่วยพัฒนาทักษะทางด้านสังคม โดยช่วยให้บุคคลรับรู้และเข้าใจความต้องการของบุคคลอื่น นำไปสู่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งสิ่งนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี (Alsubaie et al., 2019; Qi et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว (รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ, 2562; Pan et al, 2021) ทักษะชีวิต (Jamali et al., 2016; Sultan et al., 2021) และการสนับสนุนทางสังคม (Alsubaie et al, 2019; Qi et al., 2020) เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของการทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัย คือ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่ทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตให้มีทักษะความรู้ ความสามารถตามสาขาวิชาที่ศึกษา ทำให้บัณฑิตเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2562)

ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาวะจึงเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของมหาวิทยาลัยในการสร้างบัณฑิตที่มีคุณภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งปัจจุบันสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่งตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาขึ้น โดยมหาวิทยาลัยจัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาวะแก่นิสิต ประกอบด้วยบริการให้คำปรึกษา การบริการด้านจิตวิทยา การบริการส่งเสริมสุขภาวะ และการบริการสุขสาระ เช่น การจัดกิจกรรมหรือจัดพื้นที่มุมหนังสือ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาวะ เพื่อให้นิสิตสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และสามารถศักยภาพของตนเองออกมาใช้ได้อย่างเต็มความสามารถ จากข้อมูลของศูนย์ให้คำปรึกษา พบว่า ผู้เข้ารับบริการมีจำนวนมากขึ้นในทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะความเครียดจากสภาพแวดล้อมหรือการเรียน รวมถึงเป็นนิสิตที่ต้องการพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่นิสิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการ เพราะสิ่งนี้ไม่เพียงเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่ศูนย์ให้คำปรึกษาจัดกิจกรรมให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาวะได้อย่างเหมาะสมเท่านั้น แต่ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกชั้นปี ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2565 ซึ่งให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาวะแก่นิสิตครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การบริการให้คำปรึกษา การบริการด้านจิตวิทยา การบริการส่งเสริมสุขภาวะ และการบริการสุขสาระ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตชั้นปีที่ 1-4 ที่เข้ารับบริการของศูนย์ให้คำปรึกษา ในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 คำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power analysis กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ที่ 0.15 คำนวนหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความคาดเคลื่อน .05 (Cohen, 1969 อ้างใน American Statistical Association, 2023) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 222 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากนิสิตที่เข้ามารับคำปรึกษาจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ เหนือเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตที่เข้ารับบริการทั้ง 4 ด้านของศูนย์ให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี ลักษณะครอบครัว เกรดเฉลี่ยสะสม โรคประจำตัว และปัญหาที่พบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน คือ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง การตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คือ ดีกว่าปกติ เหมือนปกติ น้อยกว่าปกติ และน้อยกว่าปกติ การแปลผลคะแนนคือ ค่าเฉลี่ย 0.00-0.60 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตระดับต่ำที่สุด 0.61-1.20 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตระดับต่ำ 1.21-1.80 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลาง 1.81-2.40 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตระดับสูง และ 2.41-3.00 หมายถึง มีปัญหาสุขภาพจิตระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ McMaster Model (1982) อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ (2561) จำนวน 31 ข้อ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม การตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้การประเมินค่า คือ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับต่ำที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับต่ำ 2.61-3.40 หมายถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับสูง และ 4.21-5.00 หมายถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Maxwell (1981) จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ และด้านการแก้ปัญหา การตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้การประเมินค่า คือ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง ทักษะชีวิตระดับต่ำที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง ทักษะชีวิตระดับต่ำ 2.61-3.40 หมายถึง ทักษะชีวิตระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง ทักษะชีวิตระดับสูง และ 4.21-5.00 หมายถึง ทักษะชีวิตระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้การประเมินค่า คือ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-1.80 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 2.61-3.40 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และ 4.21-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิต การทำหน้าที่ของครอบครัว ทักษะชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 2 ท่าน และนักสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1 ทั้ง 3 ฉบับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้รับบริการที่ศูนย์

ให้คำปรึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (reliability) ของแบบสอบถาม ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม คือ .84 .93 .89 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย การวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COE65/095 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับ และแจ้งให้อาสาสมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยข้อมูลที่ได้ จะถูกเก็บเป็นความลับ ภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย 3 ปี ข้อมูลจะถูกทำลายทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำหนังสือแนะนำตัวจากโครงการ และเอกสารใบอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ไปที่ศูนย์ให้คำปรึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากศูนย์ให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัยแล้ว ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนิสิตที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัย ทำนายหาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาโดยใช้สถิติวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (multiple regression analysis with stepwise method) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ ข้อมูลได้มีการตรวจสอบประชากรตามเงื่อนไขวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ คือ

1. ตรวจสอบค่าความผิดปกติของข้อมูล (outlier) โดยพบว่า ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าไม่มีความผิดปกติของข้อมูล

2. ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตรวจสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ผลการทดสอบ มีระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ แต่จากการทบทวน วรรณกรรมพบทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ส่วนกลาง (central limit theorem) พบว่า สำหรับประชากรใดๆ ถ้าเก็บตัวอย่าง ในจำนวนที่มากพอ การกระจายของค่าตัวอย่างจะมีแนวโน้มใกล้เคียงกับการกระจายแบบธรรมชาติ โดยจำนวนของ กลุ่มตัวอย่างที่ทำให้การแจกแจงเป็นแบบปกติควรมีมากกว่า 30 ตัวอย่าง (Bland, 2015) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้มีจำนวน กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 230 ตัวอย่าง จึงถือว่าตัวแปรตามและค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบ ปกติ

3. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ที่ไม่ทราบค่า (homoscedasticity) พิจารณาแผนภาพ การกระจาย Scatter Plot พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายตัว ไม่กอดเป็นก้อน

4. ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (autocorrelation) ใช้ค่า Durbin-Watson ในการทดสอบ มีเท่ากับ 1.9 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

5. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity) พิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อิสระ โดยใช้ Correlation Analysis ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงไม่เกิน .80

ผลการวิจัย

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.04 เป็นนิสิตชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 38.70 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 27.40 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 17.40 และชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 16.50 ตามลำดับ มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.00-3.49 ($\bar{X}=3.01$, $SD=0.61$) ในด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.04 ปัญหาที่พบ คือ เรื่องการเรียนมากที่สุด ร้อยละ 34.79 รองลงมาคือ ปัญหาเรื่องการปรับตัว ร้อยละ 19.13 และปัญหาเรื่องครอบครัว ร้อยละ 16.96

2. **ปัญหาสุขภาพจิต** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.77$, $SD=0.38$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาด้านความบกพร่องทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X}=1.08$, $SD=0.35$) รองลงมาคือ ปัญหาด้านอาการทางกาย ($\bar{X}=0.84$, $SD=0.52$) ปัญหาด้านอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ($\bar{X}=0.79$, $SD=0.61$) และปัญหาด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ($\bar{X}=0.39$, $SD=0.47$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัญหาสุขภาพจิต ($n=230$)

ปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอาการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
อาการทางกาย	.84	.52	ต่ำ
อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ	.79	.61	ต่ำ
ความบกพร่องทางสังคม	1.08	.35	ปานกลาง
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง	.39	.39	ต่ำที่สุด
ค่าเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม	0.77	0.38	ต่ำ

3. **การทำหน้าที่ของครอบครัว** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.65$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.80$) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นๆ รองลงมาคือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ($\bar{X}=3.92$, $SD=0.77$) ด้านบทบาท ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.84$) ด้านการแก้ปัญหา ($\bar{X}=3.28$, $SD=0.88$) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($\bar{X}=3.27$, $SD=0.80$) และด้านการสื่อสาร ($\bar{X}=3.24$, $SD=0.86$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัว ($n=230$)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการแก้ปัญหา	3.28	.88	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	3.24	.86	ปานกลาง
ด้านบทบาท	3.63	.84	สูง
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	3.27	.80	ปานกลาง
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	3.92	.80	สูง
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	3.92	.77	สูง
ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม	3.54	0.65	สูง

4. **ทักษะชีวิต** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.46$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.49$) และด้านการแก้ปัญหา ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.59$) สูงกว่าด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ($\bar{X}=3.79$, $SD=0.58$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะชีวิต ($n=230$)

ทักษะชีวิต	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	3.79	.58	สูง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์	4.13	.49	สูง
ด้านการแก้ปัญหา	3.94	.59	สูง
ค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตโดยรวม	3.95	.46	สูง

5. **การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.72$, $SD=0.58$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลมากที่สุด ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.67$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($\bar{X}=3.86$, $SD=0.78$) การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ ($\bar{X}=3.73$, $SD=0.75$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่น้อยที่สุด ($\bar{X}=3.41$, $SD=0.57$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ($n=230$)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านทางอารมณ์	3.86	.78	สูง
ด้านการประเมินผล	3.89	.67	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.41	.57	สูง
ด้านเครื่องมือ	3.73	.75	สูง
ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.72	.58	สูง

6. **ปัจจัยทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิตที่เข้ารับบริการ** พบว่า ปัจจัยด้านทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกรดเฉลี่ยสะสม และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารสามารถร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการร้อยละ 16.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.173$, Adjust $R^2=.162$, $F=15.39$, $p<.01$) ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม}} = -0.232 (Z_{\text{ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง}}) - 0.196 (Z_{\text{เกรดเฉลี่ยสะสม}}) - 0.174 (Z_{\text{การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร}})$$

โดยมีรายละเอียดอำนาจการทำนายของแต่ละปัจจัยในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านอาการทางกาย พบว่า ปัจจัยด้านเกรดเฉลี่ยสะสมและการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการทางกายของนิสิตที่เข้ารับบริการ ร้อยละ 8.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($R^2 = .085$, Adjust $R^2 = .077$, $F = 10.317$, $p < .01$) และสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ปัญหาสุขภาพจิต ด้านอาการทางกาย}} = -0.209 (Z_{\text{เกรตเฉลี่ย สะสม}}) - 0.205 (Z_{\text{การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านบทบาท}})$$

ด้านอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ พบว่า ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร และเกรตเฉลี่ยสะสม ร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับของนิสิตที่เข้ารับบริการ ร้อยละ 7.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .074$, Adjust $R^2 = .066$, $F = 8.823$, $p < .01$) และสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ปัญหาสุขภาพจิต ด้านอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ}} = -0.215 (Z_{\text{การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการสื่อสาร}}) - 0.132 (Z_{\text{เกรตเฉลี่ย สะสม}})$$

ด้านความบกพร่องทางสังคม พบว่า ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกรตเฉลี่ยสะสม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคมของนิสิตที่เข้ารับบริการ ร้อยละ 17.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .179$, Adjust $R^2 = .168$, $F = 16.003$, $p < .01$) และสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ปัญหาสุขภาพจิต ด้านความบกพร่องทางสังคม}} = -0.215 (Z_{\text{ทักษะชีวิต ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง}}) - 0.195 (Z_{\text{เกรตเฉลี่ย สะสม}}) - 0.194 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์}})$$

ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่า ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ร่วมกันทำนายปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงของนิสิตที่เข้ารับบริการ ร้อยละ 19.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .197$, Adjust $R^2 = .186$, $F = 18.000$, $p < .01$) และสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ปัญหาสุขภาพจิต ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง}} = -0.276 (Z_{\text{ทักษะชีวิต ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง}}) - 0.178 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์}}) - 0.159 (Z_{\text{การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองอารมณ์}})$$

ดังที่แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้านของนิสิตที่เข้ารับบริการ

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p
ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม					
ค่าคงที่	1.983	.182		10.883	.000
ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	-.151	.042	-.232	-3.594	.000
เกรตเฉลี่ยสะสม	-1.23	.039	-.196	-3.130	.002
การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร	-.077	.029	-.174	-2.692	.008
$R^2 = .173$ Adjust $R^2 = .162$ $F = 15.390$ Sig = .000					

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p
ด้านอาการทางกาย					
ค่าคงที่	1.865	.224		8.318	.000
เกรดเฉลี่ยสะสม	-.180	.055	-.209	-3.254	.001
การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาท	-.127	.040	-.205	-3.181	.002
R ² =.085 Adjust R ² =.077 F=10.317 Sig=.000					
ด้านอาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ					
ค่าคงที่	1.703	.232		7.329	.000
การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร	-.154	.047	-.215	-3.273	.001
เกรดเฉลี่ยสะสม	-.133	.066	-.132	-2.010	.046
R ² =.074 Adjust R ² = .066 F=8.823 Sig=.000					
ด้านความบกพร่องทางสังคม					
ค่าคงที่	2.250	.172		13.091	.000
ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	-.129	.039	-.215	-3.321	.001
เกรดเฉลี่ยสะสม	-.113	.036	-.195	-3.109	.002
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	-.087	.029	-.194	-2.964	.003
R ² =.179 Adjust R ² =.168 F=16.003 Sig=.000					
ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง					
ค่าคงที่	1.978	.217		9.123	.000
ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง	-.224	.054	-.276	-4.193	.000
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	-.108	.039	-.178	-2.782	.006
การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์	-.094	.037	-.159	-2.516	.013
R ² =.197 Adjust R ² =.186 F=18.000 Sig=.000					

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกรดเฉลี่ยสะสม และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร สามารถทำนายปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการได้ ร้อยละ 16.20 อภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิต เนื่องจากทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นความสามารถในการค้นหา รู้จักและเข้าใจตนเอง ส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (WHO, 2017) ดังนั้นเมื่อบุคคลที่มีทักษะชีวิตประสบปัญหา ก็จะสามารถสามารถปรับตัว และเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Jamali et al., 2016) สอดคล้องงานวิจัยของ Sultan et al. (2021) ที่ศึกษาอิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น จำนวน 360 คน พบว่า ทักษะชีวิตด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร และด้านการตระหนักรู้ในตนเองมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jamali, et al. (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น

ประเทศปากีสถาน จำนวน 100 คน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม วัยรุ่นมีคะแนนทางด้านสุขภาพจิต คือ ด้านความเครียด ด้านการแสวงหาสิ่งกระตุ้น (sensation-seeking) ด้านความรุนแรง และด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (attitude to tobacco addiction) แตกต่างจากก่อนการเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าทักษะชีวิตช่วยให้วัยรุ่นมีความสามารถในการปรับตัวและมีวิธีการปรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งในระยะยาวจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้

2. เกรดเฉลี่ยสะสม มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิตที่ศูนย์ให้คำปรึกษา เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการทางกาย ด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ และด้านความบกพร่องทางสังคม เนื่องจากการเรียนคือหน้าที่ที่สำคัญสำหรับช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เป็นระยะสุดท้ายของการเรียนแบบทางการ (Formal Education) ก่อนเข้าสู่ทำงานและการมีครอบครัว การเรียนรู้ในวัยนี้จึงมีความหนักและจริงจัง ถ้าวัยรุ่นมีความสามารถในการเรียนรู้ต่ำก็อาจจะทำให้ไม่มีความสุขในการเรียน ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bostani, Nadri, & Nasab (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตและผลการเรียนของนักศึกษาในประเทศอิหร่าน จำนวน 200 คน พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิดา พุ่มท้าวอิฐ รังสรรค์ มาระเพ็ญ และ อริยา ดีประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิต และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งสิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าวัยรุ่นมีความสามารถในการเรียนต่ำ จะทำไม่มีความสุขในการเรียน เกิดความเครียดสะสม และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความกดดันจากผู้ปกครองที่ทำให้วัยรุ่นวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Quach, Epstein, Riley, Falconier, & Fang (2015) ที่ศึกษาผลกระทบของความอบอุ่นในครอบครัวและความกดดันทางวิชาการที่มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นชาวจีน พบว่า การรับรู้ความกดดันทางด้านวิชาการจากพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิต เพราะการสื่อสารไม่ได้เป็นเพียงการให้ข้อมูล แต่เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงสัมพันธ์ภาพที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและลบ การสื่อสารที่ดีจะเปิดโอกาสให้เกิดการรับฟัง สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและปลอดภัยในครอบครัว (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2559) ในทางตรงข้ามหากครอบครัวมีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเชิงลบ ซึ่งสิ่งนี้อาจจะทำให้เด็กที่มีความเปราะบางเกิดความเครียดมากขึ้น และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนารณ์ ชูทอง และคณะ 2562 ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของนักศึกษาปริญญาตรีแห่งหนึ่ง พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ Pan et al (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์การทำหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาพจิตของวัยรุ่นประเทศจีน ในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 พบว่า ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิตได้รับผลกระทบโดยตรงจากการบรรลุนหน้าที่ต่างๆ ของระบบครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหน้าที่ด้านการสื่อสาร เพราะครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการสื่อสารและแสดงอารมณ์ การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะคำพูดที่กำกวม หรือคำตำหนิวิพากษ์วิจารณ์

จะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ ทำให้ขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวลดลง (อุมพร ตรังคมบัติ, 2561) อาจส่งผลทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลเรื้อรังและหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2558) ซึ่งถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมก็อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al (2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นประเทศสิงคโปร์ พบว่า การสื่อสารในเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) กล่าวคือ ถ้าครอบครัวมีการใช้คำพูดกำกวม หรือตำหนิวิพากษ์วิจารณ์จะทำให้เด็กเกิดความสับสน นำไปสู่การใช้ความรุนแรง ความแตกแยกในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของนิสิตได้ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ การให้การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ให้ความรักและความผูกพันต่อกัน (House, 1981) ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้เกิดการนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางด้านจิตวิทยา ลดความเครียดที่จะนำไปสู่วิกฤตที่บุคคลรู้สึกว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alsubaie et al (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาประเทศอังกฤษ จำนวน 7,202 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Qi et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าและของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เพราะวัยรุ่นให้ความสำคัญกับการรวมกลุ่ม ถ้าวัยรุ่นสามารถปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ก็จะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อบอุ่นและไว้วางใจ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงข้ามหากวัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยก ก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

มหาวิทยาลัยและศูนย์ให้คำปรึกษาสามารถนำข้อมูลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษา โดยควรจัดกิจกรรมหรือโครงการฝึกอบรมทักษะชีวิต ให้ครอบคลุมในด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ระดับผลการเรียนของนิสิต และการสื่อสารในครอบครัว เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยต่อไปในการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัย โดยพิจารณาให้มีความสำคัญกับตัวแปรด้านทักษะชีวิต เกรดเฉลี่ยสะสม และการทำหน้าที่ของครอบครัวของนิสิต

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับนักศึกษาอาชีวศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทมพร และ สารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(Supplement Issue 3), 89-98.
- ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2557). ความเข้มแข็งของครอบครัว: มุมมองทางจิตวิทยา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 34(2), 22-39.
- ธนิดา พุ่มท่าอิฐ, รังสรรค์ มาระเพ็ญ และ อริยา ดีประเสริฐ. (2562). ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 172-186.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- รัตนภรณ์ ชูทอง, ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์, ณัฏวรรต บัวทอง, ยุพา หนูทอง, ชาตินันท์ อยู่สุข, ณัฐกุล รุ่งเรือง, ... นพดล หมัดอาหา. (2562). ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 337-350.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *สุขภาพคนไทย 2565: ครอบครัวไทยในวิกฤต-19*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2559). *การสื่อสารเพื่อการพยาบาลระดับประคอง*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2562). *ยุทธศาสตร์การพัฒนานิสิตนักศึกษา ในสถาบันอุดมศึกษา (พ.ศ.2560-2564)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 1-13.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2561). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.
- Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L., & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(4), 484-496. doi: 10.1080/02673843.2019.1568887
- American Statistical Association. (2023). *G*Power 3.1 manual*. Retrieved from https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf
- Bland, M. (2015). *An Introduction to Medical Statistics*. United Kingdom: Oxford.

- Bostani, M., Nadri, A., & Nasab, A. R. (2014). A Study of the Relation between Mental health and Academic Performance of Students of the Islamic Azad University Ahvaz Branch. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 163–165. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.186
- House, J. S. (1981). *The nature of social support in M. A. Reading (Ed.). Work stress and social support*. California: Addison–Wesley.
- Huang, X., Zhang, Y., Wu, X., Yang, J., Cai, H., Deng, Y., ... Wu, Y. (2023). A cross-sectional study: family communication, anxiety, and depression in adolescents: the mediating role of family violence and problematic internet use. *BMC Public Health*, 23(1), 1747. doi: 10.1186/s12889-023-16637-0
- Jamali, S., Sabokdast, S., Nia, H.S., Goudarzian, A.H., Beik, S., & Allen, K.A. (2016). The Effect of Life Skills Training on Mental Health of Iranian Middle School Students: A Preliminary Study. *Iranian journal Psychiatry*, 11(4), 269–272.
- Maxwell, R. (1981). *Life After School: A Social Skills Curriculum*. New York: Pergamon International Library.
- Nebhinani, N., & Jain, S. (2019). Adolescent mental health: Issues, challenges, and solutions. *Annals of Indian Psychiatry*, 3(1), 4. doi: 10.4103/aip.aip_24_19
- Pan, Y., Yang, Z., Han, X., & Qi, S. (2021). Family functioning and mental health among secondary vocational students during the COVID-19 epidemic: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*, 171, 110490. doi: 10.1016/j.paid.2020.110490
- Qi, M., Zhou, S., Guo, Z., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., ... Chen, J. (2020). The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514–518. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.001
- Quach, A. S., Epstein, N. B., Riley, P. J., Falconier, M. K., & Fang, X. (2015). Effects of parental warmth and academic pressure on anxiety and depression symptoms in Chinese adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 106–116. doi: 10.1007/s10826-013-9818-y
- Sultan, S., Saleem, S., & Durrani, A.K. (2021). Life Skills as Determining Factors for Mental Health of Adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 27-32.
- Wang, E., Zhang, J., Peng, S., & Zeng, B. (2021). The association between family function and adolescents' depressive symptoms in China: a Longitudinal Cross-Lagged analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi: 10.3389/fpsy.2021.744976
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health status of adolescents in south-east Asia: evidence for action*. New Delhi: World Health Organization.

การศึกษาศถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ

จุไรรัตน์ ไชยชนะ, พย.บ.¹ศศิธร ลายเมฆ, ประ.ด.^{2*}ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องอาศัยความชำนาญของทีมพยาบาลในการดูแล การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ให้ข้อมูลคือ ทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเครื่องบันทึกเสียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของลินคอล์นและกوبا ผลการศึกษา พบว่า การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มี 5 ประเด็น คือ 1) ขาดระบบประเมินและการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมชัดเจน 2) ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดูแลไม่เหมาะสม 3) ขาดการสื่อสารปัญหาและร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการ 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 5) ปัจจัยสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประสบความสำเร็จ ผลการวิจัยสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของทีมพยาบาลในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบครอบคลุม การสื่อสารเพื่อการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในอนาคตได้

คำสำคัญ: การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, ทีมพยาบาล, ผู้ป่วยสูงอายุ, สถานการณ์ในหอผู้ป่วยพิเศษ

วันที่รับ: 11 กันยายน 2566 วันที่แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับ: 5 เมษายน 2567

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: sasithorn.l@psu.ac.th

Exploring the rapid response situation of the nursing team in caring for elderly patients in a private ward

Churairat Chaichana, B.N.S.¹

Sasithorn Laimak, Ph.D.^{2*}

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Abstract

Elderly patients are considered a high-risk group and require the expertise of the nursing team to take care. This qualitative research aimed to explore the situation of rapid response of the nursing team for elderly patients in a private ward. Sixteen Informants were purposively selected including 10 nurses and 6 non-nursing staff, from a private ward 2. The research tools consisted of a personal information form and a semi-structured interview form. Data were collected through in-depth individual interviews. Data from the interviews were transcribed verbatim and were analyzed using content analysis and building the trustworthiness of information according to Lincoln and Guba's guidelines. The study revealed the situations as follows: 1) a lack of an evaluation system and search for elderly patients at risk, 2) inappropriate care become to insufficient knowledge and skills of the nursing team, 3) a lack of communication of problems and participation in quality development, 4) the problems and barriers in managing a rapid response of the nursing team, and 5) supporting factors to successfully manage a rapid response of the nursing team. The findings suggested the need for 1) knowledge and skills development for the nursing team in assessment and comprehensive care for the elderly, and 2) good communication for effective management. Future researchers can utilize the results of this study to develop a model for the rapid response of the nursing team for elderly patients.

Keywords: rapid response, nursing team, elderly patients, situations in the private ward

Received: Sep 11, 2023 Revised: Feb 19, 2024 Accepted: Apr 5, 2024

¹ Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration (candidate) Prince of Songkla University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

* Corresponding author E-mail: sasithorn.l@psu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมดตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 10 บาทเจ็บสาหัสหรือถึงแก่ชีวิต จากกระบวนการรักษาที่ผิดพลาดหรือขาดการสื่อสารที่ดี (บุญทิพย์ นิ้มสะอาด, 2563) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนาอัตราการเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ถึง ร้อยละ 83 และเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตถึง ร้อยละ 30 (World Health Organization [WHO], 2017) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือกรณีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 4,440 ราย และกรณีพิการ 1,264 ราย จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายในระบบทั้งสิ้น 1,395 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเหตุสุดิวสัย ร้อยละ 77.9 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจหรือสูญเสียชีวิต รวมทั้งเกิดผลกระทบกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีการประกาศเป้าหมาย ความปลอดภัยระดับประเทศขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มุ่งเน้นการวางระบบป้องกันแบบมีส่วนร่วม เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของทุกคน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) และโดยเฉพาะในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานได้มีการกล่าวถึงและให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ในปี พ.ศ. 2553 (ร้อยละ 12.9) และเมื่อคาดการณ์ไปในอนาคต พบว่าปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอยู่ที่ ร้อยละ 31.4 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีผลกระทบตามมาหลายด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย ทั้งเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2560) อีกทั้งผู้สูงอายุมีพลังงานสำรองที่ลดลงมีอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง และการใช้ยาที่หลายชนิด อาจทำให้บดบังอาการแสดงที่แท้จริง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกลายเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มได้รับการประเมินและการวินิจฉัยไม่ตรงกับความเป็นจริง บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงและรุนแรงจนเกิดภาวะฉุกเฉินได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) ซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุจะต้องมีความรู้ความสามารถ และเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ และสามารถประเมิน ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และจัดการเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แต่การค้นหาปัจจัยเสี่ยงมีความซับซ้อนและทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมาจากหลายปัจจัย (เพลินทิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559) และยังพบว่าระบบบริการที่มีอยู่ยังไม่ได้มีการออกแบบอย่างครบถ้วนในการรองรับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญและมีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนในด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง มีหอผู้ป่วยในทั้งหมดจำนวน 46 หอผู้ป่วยและหอผู้ป่วยพิเศษจำนวน 11 หอผู้ป่วย โดยมีหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่ รับดูแลผู้ป่วยจากทุกแผนก ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรม ตา หู คอจมูก และนรีเวช ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำหัตถการ รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งระบบต่าง ๆ ที่ให้ยาเคมีบำบัด จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 318, 691 และ 892 ราย ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2565) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุประมาณ ร้อยละ 70-80 และมักจะมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ จากการรวบรวมข้อมูลของหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 พบว่า มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดลง ต้องย้ายไปดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อ้างแผนจำนวน 3, 4 และ 4 ราย ตามลำดับ จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งอาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อโรงพยาบาล เมื่อได้ทบทวนกระบวนการการดูแลผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการประเมินอาการผู้ป่วย ไม่มีระบบของการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และขาดการนิเทศ กำกับติดตาม อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตได้ (เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่าง พ.ศ.2559-2564 จากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ Thailis, CINAHL และ Science direct โดยมีงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ลดอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาล และลดอัตราการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อ้างแผนได้ (Salvatierra, Bindler, & Daratha, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ และ ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล (2563) เรื่องประสิทธิผลของการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนรามาธิบดีในหอผู้ป่วยพิเศษ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายเข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อ้างแผนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมงานพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และความจำเป็นของการศึกษาสถานการณ์เพื่อค้นหาช่องว่างขององค์ความรู้ ให้เป็นข้อมูลพื้นฐาน นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ แก้ปัญหา และส่งเสริมคุณภาพการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยการศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมงานพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของระบบการตอบสนองอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต (Lyons, Edelson, & Churpek, 2018) มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (identification limb) และการขอความช่วยเหลือ (event recognition and response trigger) 2) การตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (response limb) จากทีมดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต (rapid response team) 3) การพัฒนาคุณภาพ (process improvement limb) 4) การบริหารจัดการ

(administrative limb) ซึ่งผลการศึกษจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่จะเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (in-depth interview) กับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องของหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี คือปี พ.ศ.2562-2564 ได้แก่ รายงานการประเมินตนเองของหน่วยงาน (self-assessment report) การทบทวนเวชระเบียน และสมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวันของหัวหน้าเวร ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 เดือนมีนาคม ถึง วันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2566

ผู้ให้ข้อมูล

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวนทั้งหมด 16 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยกำหนด คุณสมบัติ คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 รับผิดชอบและปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยตรง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป และมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าเวรมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี ขึ้นไป จำนวน 6 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เพิ่มพูนความรู้ และทักษะเกี่ยวกับวิธีการเชิงคุณภาพในการวิจัยทางการพยาบาลโดยศึกษาข้อมูลจาก หนังสือ ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ เอกสารงานวิชาการต่างๆ และผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติและการพยาบาลผู้ป่วยในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทรุดลงขณะปฏิบัติงานในรอบ 1 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) เกี่ยวกับสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยห้องพิเศษ ได้แก่ 1) ความคิดเห็นต่อสถานการณ์การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในปัจจุบัน 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และ 3) ปัจจัยที่จะสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ประสบความสำเร็จ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 2) พยาบาลหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะวิกฤต 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล 4) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และ 5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ปากกา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ หมายเลขเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย รหัสโครงการวิจัย REC.66-018-19-9 ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 และขอความร่วมมือในการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการแจ้งให้ทราบถึงสิทธิการเข้าร่วมและสิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับ การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และยืนยันว่าจะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะเป็นการบ่งชี้หรือเปิดเผยถึงลักษณะเฉพาะให้สามารถอ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งขออนุญาตในการจดและบันทึกเสียงระหว่าง การสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลาสัมภาษณ์ 60-90 นาทีต่อครั้ง เก็บข้อมูลจำนวน 1-2 ครั้งในแต่ละราย ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกวันและเวลาที่สะดวก และนัดสัมภาษณ์ ณ ห้องพักพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 การสัมภาษณ์ทุกครั้งมีการขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์ หลังสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งภายในวันเดียวกัน แล้วนำมาตรวจสอบความชัดเจน โดยการฟังซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หากมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนผู้วิจัยมีการดำเนินการสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มในประเด็นนั้น ๆ ผู้วิจัยเขียนบันทึกสะท้อนความคิด และการรับรู้ตัวเองทุกวัน หลังจากสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยที่อาจมีผลต่อการวิจัย เพื่อลดความลำเอียงในการแปลความหมาย และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลงานวิจัยคุณภาพของ Lincoln & Guba (1989) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิธีการตรวจสอบ มีดังต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ มีการอธิบายอย่างถูกต้อง มีวิธีการตรวจสอบโดยตรวจสอบสามเส้า การใช้วิธีการหลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สัมภาษณ์พร้อมบันทึกเสียง สังเกตสื่อนำทาง และจดบันทึกภาคสนาม แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจเพื่อการให้ข้อมูล และนำข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่มีการปรับแก้ไขข้อสรุป และผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของนักวิจัยโดยการไม่นำความรู้ของผู้วิจัยที่มีมาก่อน มาตัดสินหรือตีความหมายการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย

2. ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย โดยมีการวางแผนการวิจัย มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถ ตรวจสอบได้ มีการนำเสนอข้อมูลอย่างครบถ้วน ในผลการวิจัยมีการยกตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอข้อมูลทุกประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำต่อคำมาวิเคราะห์ใจความหลัก โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาหาแก่นของสาระ (theme) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญของการศึกษาสถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของ تیمพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด แยกเป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 6 คน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 26 ปี ถึง 37 ปี ($\bar{X}=30.40$, $SD=3.86$) ในรอบ 1 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 20) มีประสบการณ์ในการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติและการพยาบาลผู้ป่วยในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 30) และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทรุดลงขณะปฏิบัติงาน มีจำนวนเพียง 4 คน (ร้อยละ 40)

1.2 ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล จบการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี จำนวน 1 คน และจบการศึกษต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน มีอายุตั้งแต่ 39 ปี ถึง 59 ปี ($\bar{X}=49$, $SD=9.65$) ในรอบ 1 ปี ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และไม่เคยเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติและ

การพยาบาลผู้ป่วยในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน แต่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทรุดลงขณะปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 33.33)

2. บริบทหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 เป็นหอผู้ป่วยห้องพิเศษที่มีผู้ป่วยหลายประเภทจากทุกแผนก ได้แก่ ผู้ป่วย ศัลยกรรม ตา หู คอจมูก และนรีเวช ที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัด ทำหัตถการ รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งระบบต่าง ๆ ที่ให้ยาเคมีบำบัด มีระบบบริการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานแบบเป็นทีม (team nursing) จำนวนทั้งหมด 2 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย พยาบาล 1 คน เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล (team leader) และมีผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลเป็นสมาชิกทีม จำนวน 1 คน (team member) ในแต่ละทีมทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 5 ราย

3. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า มี 5 ประเด็น ดังนี้

3.1 ขาดระบบการประเมินและการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง กระบวนการทำรับใหม่หรือรับย้ายของหอผู้ป่วยจะมีการประเมินแรกรับด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกรายตามแบบฟอร์มของการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (initial assessment) และบันทึกในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (hospital information systems: HIS) จะต้องทำให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับใหม่หรือรับย้าย แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การประเมินและค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ดังตัวอย่างข้อมูล

“การซักประวัติผู้ป่วยรับใหม่ เราจะซักตามแบบฟอร์มในระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงที่เฉพาะของผู้สูงอายุเลย” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) วันที่ 30 มี.ค. 2566

“น้องก็ประเมินความเสี่ยงแรกรับเฉพาะ 2 โปรแกรมที่ฝ่ายบริการกำหนดให้ทำ คือ fall และ แผลกดทับ แต่ความเสี่ยงอย่างอื่น ward เรายังไม่เคยทำเลยคะ...การซักประวัติโรคร่วมของผู้สูงอายุ ก็ประเมินนะคะ แต่ไม่ได้ทำอะไรต่อ” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) วันที่ 1 เม.ย. 2566

3.2 ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม หอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยห้องพิเศษเปิดใหม่ มีบุคลากรย้ายมาจากหลายแผนก และบุคลากรส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทรุดลงขณะปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างข้อมูล

“ขณะที่ตัวเองเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (incharge) และมีผู้ป่วยอีกทีมมีอาการเปลี่ยนแปลง สอบถามน้องพยาบาลที่เป็นหัวหน้าทีม (team leader) บอกว่ารายงานแพทย์แล้วไม่ได้ทำอะไรเพิ่มให้สังเกตอาการต่อ (observe) น้องพยาบาลก็ไม่ได้ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) วันที่ 3 เม.ย. 2566

“เคยเจอเหตุการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทรุดลง มีหายใจหอบเหนื่อย O_2 sat drop ขณะรับยาเคมีบำบัด ทำอะไรไม่ถูก เพราะแพทย์จะใส่ tube และต้องย้ายลงไป monitor ที่หอผู้ป่วยสามัญ” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) วันที่ 5 เม.ย. 2566

3.3 ขาดการสื่อสารปัญหาและร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการ ที่ผ่านมามีหอผู้ป่วยพิเศษมีอุบัติเหตุการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการทรุดลงและต้องย้ายไปดูแลแบบใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้อำนาจแผน แม้จะมีสถิติเกิดขึ้น

น้อยมาก แต่ไม่ได้มีการนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมาทบทวน รวมทั้งขาดการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูล

“ในแต่ละวันก่อนรับ-ส่งเวรพยาบาลหัวหน้าเวร จะมีการสรุปสั้น ๆ (brief case) ผู้ป่วยที่เสี่ยงและหากมี case ที่ย้ายไปไอซียู Intensive Care Unit (ICU) หรือหอผู้ป่วยสามัญ เราจะคุยกันสั้นๆ ไม่มีการนำมาคุยต่อ” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) วันที่ 3 เม.ย. 2566

“เวลาปลดอัตรากำลัง เหลือเจ้าหน้าที่ 2 คน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เรายังไม่เคยคุยกันว่าใครทำหน้าที่อะไร และต้องตามคนมาช่วยเหลือจากที่ไหน” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) วันที่ 10 เม.ย. 2566

3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยมีนโยบายที่จะพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยสูงอายุให้สอดคล้องกับผู้รับบริการ ในปัจจุบันที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ประมาณ 70-80% และมีโรคร่วมหลายโรค แต่หอผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ชัดเจน อีกทั้งพบปัญหาและอุปสรรคการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญมีดังนี้

(1) ความซับซ้อนของอาการและโรคในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความซับซ้อนของอาการและโรค หอผู้ป่วยมีระบบการตรวจเยี่ยมในแต่ละเวร อาจทำให้การเฝ้าระวังและการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และเหตุการณ์ฉุกเฉินพบได้น้อยไม่เหมือนหอผู้ป่วยทั่วไป ส่งผลให้บางครั้งไม่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ดังตัวอย่างข้อมูล

“เรามองไม่เห็นผู้ป่วยตลอดเวลา เพราะอยู่ในห้อง เจอว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ก็ตอนไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วย (round) หรือว่าญาติมาบอก” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) วันที่ 18 เม.ย. 2566

(2) ญาติผู้ดูแล ขาดความรู้ และทักษะในการประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล “เคยเจอว่าญาติที่มาเฝ้าไข้ ไม่ใช่คนที่ดูแลประจำที่บ้าน ไม่รู้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ หรือเปลี่ยนแปลง จึงไม่ได้มาแจ้งเจ้าหน้าที่” (ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13) วันที่ 21 เม.ย. 2566

(3) พยาบาลและบุคลากรในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุยังมีประสบการณ์ค่อนข้างน้อยอาจทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมในด้านการพัฒนาตนเองด้านความรู้และทักษะในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ตั้งแต่ย้ายมาที่หอผู้ป่วยนี้ ยังไม่เคยเจอ case ที่มีอาการทรุดลง คิดไม่ออกเหมือนกันว่า ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นในเวร จะช่วยจัดการได้มั้ย” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) วันที่ 10 เม.ย. 2566

3.5 ปัจจัยที่จะสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประสบความสำเร็จ การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะประสบความสำเร็จได้มีหลายปัจจัย และแต่ละปัจจัยต้องอาศัยความร่วมมือของทีมงานพยาบาลในการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญมีดังนี้

(1) หอผู้ป่วยจะต้องมีแผนปฏิบัติการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้ การมีแผนปฏิบัติการการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริงเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน รวมถึงมีการทบทวน

ซักซ้อมแผนโดยใช้สถานการณ์จำลองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างปลอดภัย ดังตัวอย่างข้อมูล

“หอผู้ป่วยเรากล้ามีแผน คล้ายๆ ของอัคคีภัย จะดีมากค่ะ และทบทวนทุกๆ 6 เดือนก็ได้ค่ะ”
(ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12) วันที่ 21 เม.ย. 2566

2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพพยาบาล และการส่งทีมพยาบาลทุกระดับไปรับการพัฒนาศักยภาพตนเองด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถให้กับทีมพยาบาล ดังตัวอย่างข้อมูล

“หอผู้ป่วย เรามีผู้สูงอายุ admit มาก อาจจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ (in-service training) หรือหมุนเวียนส่งทุกคนไปอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุก็ได้ค่ะ” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) วันที่ 10 เม.ย. 2566

“น้อง ๆ ในหอผู้ป่วยยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หากเกิดเหตุฉุกเฉินจริง ๆ เราควรมีการขอความช่วยเหลือและสนับสนุนจากหอผู้ป่วยใกล้เคียง ที่มีศักยภาพมากกว่ามาช่วย น่าจะดีสำหรับทีมเรานะคะ”
(พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) วันที่ 15 เม.ย. 2566

(3) การพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุขณะนอนโรงพยาบาล และสามารถสื่อสารขอความช่วยเหลือจากทีมพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว โดยมีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมด้วย เช่น กล้องวงจรปิด สัญญาณเตือน (alert) เมื่อผู้ป่วยลุกจากเตียงกรณีเสี่ยงลื่นล้ม ดังตัวอย่างข้อมูล

“สิ่งสำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ ในห้องพิเศษ ญาติจะช่วยได้มากค่ะในการเฝ้าระวังความเสี่ยงให้เรา”
(ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14) วันที่ 22 เม.ย. 2566

“เราควรมีการให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลและทำป้ายสื่อสารในห้องผู้ป่วยว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง ที่ต้องเฝ้าระวัง” (พยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) วันที่ 2 เม.ย. 2566

อภิปรายผล

ผลการศึกษาศักยภาพการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยสามารถสรุปได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้

1. ขาดระบบการประเมินและการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง

จากผลการศึกษา พบว่า การรับใหม่หรือรับย้ายผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ยังไม่มีระบบการประเมินและค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งตามมาตรฐานแล้วหอผู้ป่วยควรมีการประเมินแรกรับ ด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกรายตามแบบฟอร์มซักประวัติแรกรับ และบันทึกในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ในผู้ป่วยทั่วไปแต่ยังไม่มีระบบการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการประเมินซ้ำ และขาดความสม่ำเสมอในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ของ วรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และ กุลวดี อภิชาติบุตร (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช

พิษณุโลก พบว่า การค้นหาความเสี่ยงยังขาดประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังความเสี่ยง การจัดระดับความรุนแรง และลำดับความสำคัญของความเสี่ยง สาเหตุมาจากบุคลากรปฏิบัติตามแนวการค้นหาความเสี่ยงไม่ครบถ้วน เพราะบุคลากรบางคนขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ซึ่งการพัฒนาระบบประเมินและระบบการค้นหาผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง การค้นหา ป้องกันและลดการเกิดกลุ่มอาการผู้ป่วยสูงอายุ โดยการลดปัจจัยเสี่ยง มีความสำคัญมากในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการดีขึ้น ลดความพิการและการรักษาได้ผลดีขึ้น แต่การค้นหาปัจจัยเสี่ยงมีความซับซ้อนและทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นการประเมินที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ได้แก่ การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข และการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินและค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์ และ วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานลดลงของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ต้องอาศัยการประเมินอย่างครอบคลุม และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งหาสาเหตุและให้การป้องกันการเกิดความสามารถในการทำงานลดลง ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้

2. ความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลและบุคลากรในหอผู้ป่วย มีความรู้และทักษะของทีมพยาบาลไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์น้อย รวมทั้งขาดการเตรียมความพร้อม ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือล่าช้า จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และต้องย้ายไปดูแลเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา ของ พนิดา จันทรรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์, ภาณี ขุนเศรษฐ์ และ ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา (2566) พบว่า พยาบาลมีการค้นหาปัญหา และการจัดการแก้ไขเบื้องต้นไม่เพียงพอ การตอบสนอง และรายงานแพทย์ล่าช้า รวมทั้งสมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตของพยาบาลไม่เพียงพอ ซึ่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทำให้ความสำคัญในการเฝ้าติดตาม และการตัดสินใจของพยาบาล ในการตามแพทย์หรือขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญกว่า (Soar et al., 2015) นอกจากนี้การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารจัดการ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคประจำตัวอยู่เดิมหลายโรคจึงมีอาการและอาการแสดงการดำเนินโรคแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุจะต้องมีความรู้ความสามารถ และเข้าใจที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรค ตามหลักการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559)

3. ขาดการสื่อสารปัญหาและร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการ จากผลการศึกษา พบว่า หอผู้ป่วยพิเศษขาดการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การสื่อสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการไม่ดีพอจึงทำให้หอผู้ป่วยขาดกระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และแนวทางการปฏิบัติ หรือการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ของหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะ

อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุมีอาการทรุดลงและต้องย้ายไปดูแลแบบใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน มีสถิติของอุบัติการณ์เกิดขึ้นน้อยมาก อาจทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการดังกล่าวไม่ต่อเนื่อง แต่หากเมื่อคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพบริการที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และแนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี หอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรย์ โดยเจริญ, ฉัตรสุมน พงศ์นิญญ และ วิโรจน์ กิตติพิชัย (2565) เรื่อง การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า ควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงาน และการศึกษา เรียนรู้ อุตการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรง ความถี่ และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่การออกแบบและพัฒนาคุณภาพงานบริการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครอบคลุมเพื่อลดความเสี่ยง รวมทั้งหอผู้ป่วยต้องมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีการซักซ้อมและทบทวนแผนอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรสง (2560) เรื่องการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลจะเป็นบุคคลสำคัญที่มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพและมีจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสามารถในการบริหารจัดการกับความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การสื่อสารเพื่อการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ หากหน่วยงานมีการเตรียมความพร้อม ในการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ได้รับความปลอดภัยและบุคลากรมีความพึงพอใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติการ (จักรพงษ์ ปิติโชคโกสินทร์, พชร อมรสิน, สุกัญญา สระแสง และ สายชล ชินกธรรม, 2562)

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ 1) ความซับซ้อนของอาการและโรคในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและยังฟื้นฟูได้ไม่เท่ากับสภาพปกติ โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 เบาหวาน ร้อยละ 18.6 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 9.6 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 5.1 และโรคหัวใจ ร้อยละ 5 (คุณากร เอี้ยวสุวรรณ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พชรณมุล, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และ จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, 2560) 2) ญาติผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะในการประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตลอด 24 ชั่วโมงขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ปะราลี โอภาสนันท์ (2561) ที่ได้มีการสังเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุและวิธีการดูแล ความเครียดจากภาวะเหนื่อยล้า และขาดทักษะการสื่อสารความรู้สึก 3) ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้การดำเนินการตอบสนองของทีมพยาบาลเกิดความล่าช้า บุญทิพย์ นิยมสะอาด (2563) ได้กล่าวถึง ปัญหาที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การทำงานน้อย จึงไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า

5. ปัจจัยที่จะสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประสบความสำเร็จ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่จะสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยจะต้องมีแผนปฏิบัติการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจนนำสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของประภาพรพรณ อุ่นอบ, ฌภัทร ประภาสชาติ และ ภัทริยา กิจเจริญ (2564) เรื่อง ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติการแต่ละตำแหน่งที่ชัดเจน 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาชีพพยาบาลและการส่งทีมพยาบาลทุกระดับไปรับการพัฒนาด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการมีเครือข่ายเป็นกลไกสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จ ทำให้สามารถพัฒนาองค์กรให้มีขีดความสามารถและศักยภาพในด้านต่าง ๆ เกิดการขับเคลื่อนการทำงานเป็นทีม และการพัฒนางานอย่างมีส่วนร่วมสู่องค์กรแห่งความสำเร็จ (Nicholson, Randhawa & Steele, 2015) และจากการศึกษาของ ทิณันท์ บุญเต็ม (2564) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การสอน การสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การบริหารจัดการ การประสานงาน รวมถึงการค้นหาสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องอันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม และ 3) การพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก หากผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่ดีในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ จะช่วยสนับสนุนให้การตอบสนองของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงมัลย์ คำหม่อม (2563) เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแพร่ พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแพร่ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น จึงควรนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้การดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเตรียมความพร้อมในการพัฒนารูปแบบหรือแนวปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินในหอผู้ป่วย
2. ทีมพยาบาลทุกระดับ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะฉุกเฉิน
3. หอผู้ป่วย สามารถนำไปจัดระบบการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะกับญาติผู้ดูแลและการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุ ขณะพักรักษาตัวในห้องพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการตอบสนองอย่างรวดเร็วของทีมพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพื่อผลลัพธ์ด้านการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คุณากร เอี้ยวสุวรรณ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, กัญจนา ติชยาธิคม, วลัยพร พัทธณกุล, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และ จุฬารณย์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2560). สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการมีผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(2), 248-255.
- จิราภรณ์ ศรีอ่อน. (2564). *ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: พี.เอ.อีฟวิง
- จรัญ โดยเจริญ, ฉัตรสมน พฤตภิณโญ และ วิริณธิ์ กิตติพิชัย. (2565). การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 8(3), 416-425.
- จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินทร์, พชร อมรสิน, สุกัญญา สระแสง และ สายชล ชินภรณ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ในโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 8(1), 110-120.
- ดวงมัลย์ คำหม่อม. (2563). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 28(1), 92-106.
- ทิตินันท์ บุญเต็ม. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 6(11), 66-84.
- เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ และ ทิพย์ชนิ์ ชินตาปัญญากุล. (2563). ประสิทธิภาพของการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนรามาธิบดีในหอผู้ป่วยพิเศษ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 128-143.
- บุญทิพย์ นิ้มสะอาด. (2563). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 173-183.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2560). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์ และ วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2562). ความสามารถในการทำงานลดลงของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพฤกษศาสตร์และวิทยาศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 8(2), 66-78.

- ประภาพรรณ อุ่นอบ, ณภัทร ประภาสุชาติ และ ภทรียา กิจเจริญ. (2564). ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 1(1), 3-13.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2559). *การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- พนิดา จันทรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์, ภคินี ขุนเศรษฐ์ และ ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 109-118.
- เวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2565). *สถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์
- เวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. (2565). *เวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 2 โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์
- วรรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และกุลวดี อภิชาติบุตร. (2561). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 26(1), 47-60.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ และ ปะราลี โอภาสนันท์. (2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(4), 156-174.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2560). *ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS)* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก <https://thai-nrls.org/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/43/Annual_Report_2560.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038_72776.pdf
- ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1), 77-87.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Nicholson, K., Randhawa, J., & Steele, M. (2015). Establishing the South Western Academic Health Network (SWAHN): A survey exploring the needs of academic and community networks in

South Western Ontario. *Journal of Community Health*, 40(5), 927-939. doi:10.1007/s10900-015-0015-3

Lyons, P. G., Edelson, D. P., & Churpek, M. M. (2018). Rapid response systems. *Resuscitation*, 128, 191–197. doi: 10.1016/j.resuscitation.2018.05.013

Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... Deakin, C. D. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 100–147. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.016

Salvatierra, G. G., Bindler, R. C., & Daratha, K. B. (2016). Rapid response teams: Is it time to reframe the questions of rapid response team measurement? *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 616-623. doi: 10.1111/jnu.12252

World Health Organization [WHO]. (2017). *Health topic patient safety*. Retrieved from https://www.who.int/topics/patient_Safety/en.

สภาวะทันตสุขภาพก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ประสิทธิ์ วงศ์สุภา, วท.ด.^{1*}กิตติศักดิ์ ตันทุระ, วท.ม.²รัตนารณ จันตะมะ, วท.บ.³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัยระยะก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รวบรวมข้อมูลจากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดพะเยา ในกลุ่มอายุ 3, 6, 12 และ 60 ปีขึ้นไป ของปี พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ การทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการศึกษา พบว่า ค่าปราศจากฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 3, 6, 12 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีค่าน้อยกว่า ปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุด มีค่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มเด็กอายุ 6 ปี ค่าปราศจากฟันผุ ในปี พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2562 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เด็กกลุ่มนี้มีค่าเหงือกอักเสบในปี พ.ศ. 2565 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มที่มีฟันแท้ 20 ซี่ ใช้งาน และมีฟันคู่สบแท้ 4 คู่ขึ้นไป แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำค่าเด็กที่ฟันผุต่อเด็กที่ปราศจากฟันผุ อายุ 3, 6 และ 12 ปี และจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการป้องกันและรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยต่อ ปี พ.ศ. 2565 เป็น 1.96, 1.84, 2.47 และ 2.26 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 ดังนั้นควรปรับปรุงแบบการส่งเสริมสภาวะทันตสุขภาพและพฤติกรรมดูแลความสะอาดช่องปากและฟันของทุกกลุ่มวัย เพื่อรองรับสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคตและส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: สภาวะทันตสุขภาพ, การแพร่ระบาด, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไข: 19 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2567

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยา

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: hippies_129@hotmail.com

² ทันตแพทย์ชำนาญการ, กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยา

³ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน, กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยา

Dental health status: pre and post Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic

Prasit Wongsupa, Ph.D.^{1*}

Kittisak Tunkura, M.Sc.²

Rattanaorn Jantama, B.Sc.³

Abstract

This research aimed to compare the oral health status of different age groups before and after the COVID-19 pandemic outbreak in 2019. Data were obtained from the oral health survey conducted by the Department of Dental Health, Ministry of Public Health, using information from the oral health status reports of Phayao Province for the age groups of 3, 6, 12, and over 60 years old in the years 2019 and 2022. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, and logistic regression analysis. The study found that the caries-free values in the age groups of 3, 6, and 12 years old in 2022 were significantly lower than in 2019 ($p < .05$), while the mean number of decayed, missing, and filled teeth was significantly higher ($p < .05$). However, for the 6-year-old age group, there was no statistically significant difference in the prevalence of dental caries between 2019 and 2022. Nonetheless, this group had a significantly higher prevalence of gingivitis in 2022 compared to 2019 ($p < .05$). As for the elderly group, there was no statistically significant difference in the prevalence of having at least 20 natural teeth and having at least 4 pairs of functional posterior occluding teeth between the two years. When comparing the odds ratio (OR) of children with and without dental caries aged 3, 6, and 12 years old, and the number of elderly individuals who received preventive and treatment services in 2019 compared to 2022, the OR values in 2022 were 1.96, 1.84, 2.47, and 2.26 times higher than in 2019, respectively. Therefore, it is necessary to adjust the promotion strategies for oral health status and oral hygiene behaviors across all age groups to accommodate potential new epidemic situations that may arise in the future and affect the population's oral health status.

Keywords: Dental health status, Pandemic, Coronavirus disease 2019 (COVID-19)

Received: Oct 16, 2023 Revised: Apr 19, 2024 Accepted: Apr 29, 2024

¹ Dentist, Senior Professional Level, Dental public health department, Phayao provincial public health office, Phayao

* Corresponding author, E-mail: hippies_129@hotmail.com

² Dentist, Professional Level, Dental public health department, Phayao provincial public health office, Phayao

³ Public Health Officer, Operational Level, Dental public health department, Phayao provincial public health office, Phayao

บทนำ

สภาวะทันตสุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของบุคคลและเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการเปรียบเทียบและประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ซึ่งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้แผนงานการดำเนินโครงการทันตสาธารณสุข นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อพัฒนาทันตสุขภาพของคนไทยให้ดียิ่งขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด (สำนักทันตสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี และในหลายจังหวัดอาจจะมีการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเป็นรายปีหรือราย 2 ปี ข้อมูลที่ได้จะทำให้กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึง สภาวะทันตสุขภาพ หรือสุขภาพช่องปากของประชาชน เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ หรือนโยบาย ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา หรือฟื้นฟูสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัยต่อไป แต่การดำเนินงานสำรวจสภาวะทันตสุขภาพดังกล่าว ได้มีการหยุดดำเนินการชั่วคราว เนื่องจากการมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 ซึ่งรัฐบาลมีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเป็นวงกว้าง โดยการจำกัดการเดินทางของประชาชน จึงส่งผลกระทบต่อทำให้งานทันตกรรมของแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศ พบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ ทำให้ปัญหาด้านทันตสุขภาพที่ไม่รุนแรงจึงถูกละเลยหรือให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ อัตราการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมของหน่วยงานภาครัฐจึงลดลง

จากการสำรวจการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากและฟันของโสรยา เฉลยจิต และคณะ (2566) ศึกษาเกี่ยวกับการรับบริการทันตกรรมของผู้ใหญ่วัยทำงานระหว่างการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราการเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีเพียง ร้อยละ 31.6 โดยให้เหตุผลส่วนใหญ่ คือ ไม่มีอาการทางช่องปากและฟัน แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มากกว่า และการศึกษาของ วริษฐา พุ่มทอง, พินทร์พจน์ พรหมเสน และ กฤษณะ จาตุรงค์รัมย์ (2566) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานไทยในสถานการณ์แพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบว่า การใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไทยก่อนและระยะการแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งในช่วงระยะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน มีข้อจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติจึงทำให้ขาดข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัยจึงอาจส่งผลต่อภาวะด้านทันตสุขภาพของประชาชนได้

สภาวะทันตสุขภาพหรือสภาวะสุขภาพช่องปากหมายถึงสภาพในช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย และเมื่อมีความผิดปกติ จะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งความผิดปกติของสุขภาพช่องปากก็จะมีผลคล้ายคลึงกับความผิดปกติของอวัยวะหนึ่งในร่างกายจึงถือได้ว่าสุขภาพช่องปากเป็นสุขภาพของร่างกายเช่นกัน (กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักทันตสาธารณสุข, 2565) ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจมีความร้ายแรง หรือเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพอื่น โดยปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ คือ โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งพบในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนเกือบทุกช่วงวัย (อรรธรณ นามมนตรี, 2565) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็กตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงเด็กวัยรุ่น

โดยในเด็กเล็กที่มีปัญหาฟันน้ำนมผุเนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นในช่องปาก วัยนี้มักพบปัญหาโรคฟันผุในอัตราสูง มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเช่น พันธุกรรม อายุ โภชนาการ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเฉพาะที่ เช่น อาหาร อนามัยช่องปาก ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และการเจริญเติบโต จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในช่วงวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ (เรวดี ศรีหามู, 2565; กอบกุล อัมพวา, 2565)

การสำรวจภาวะทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า ในเด็กวัยประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 ของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 65.26 และร้อยละ 70.78 ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่กิจกรรมการกิน การทำความสะอาดช่องปาก การพักผ่อนนอนหลับ การยิ้ม การรักษาอารมณ์ปกติ การพูดการติดต่อสื่อสาร และการศึกษา (จุฬาริน วิทวรรณกุล, อรรพรรณ นามมนตรี และ วรวัฒน์ แก่นจันทร์, 2562) ส่วนกรณีที่เป็นผู้สูงอายุการไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมได้ โดยเฉพาะเมื่อมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน ยังมีความจำเป็นต้องให้การดูแลสภาวะทันตสุขภาพเป็นพิเศษมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่นร่วมกับการมีภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย รวมถึงสุขภาพเหงือกและฟันที่อาจมีสภาพในการใช้งานลดลง (ปณิธาน สนพะเนา, 2562) และกรณีผู้ป่วยสูงอายุได้รับการถอนฟันออกโดยไม่ใส่ฟันเทียมทดแทนจะทำให้ฟันซี่ที่อยู่ข้างเคียงฟันที่ถูกถอนเคลื่อน ส่งผลให้การสบฟันผิดปกติ กระดูกข้อต่อขากรรไกรเสื่อม มีการอักเสบ เกิดความเจ็บปวด การสูญเสียฟันหลายซี่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการเคี้ยว ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวได้ละเอียด รับประทานอาหารไม่ร่อย ระบบย่อยอาหารถดถอยต้องทำงานหนัก เกิดปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องอืด เป็นโรคกระเพาะ ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารผักและผลไม้เนื่องจากต้องใช้ฟันบดเคี้ยว และหันไปรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมากขึ้น จึงอาจทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Malekmahmoodi, Shamsi, Roozbahani, & Moradzadeh, 2020) ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมาได้ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจำพวกเกลือแร่และวิตามินไม่เพียงพอ สุขภาพร่างกายจึงเสื่อมโทรม นอกจากนี้การสูญเสียฟันยังอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต เพราะมีผลโดยตรงต่อความสวยงามของใบหน้า และการที่สุขภาพช่องปากไม่ดี มีปัญหาฟันผุ เป็นโรคปริทันต์ มีกลิ่นปากทำให้ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม (Mulla, 2021) ทั้งนี้การปล่อยให้ฟันเป็นโรคฟันผุ และโรคปริทันต์อักเสบในทุกช่วงวัย นอกจากทำให้เกิดความเจ็บปวด ยังทำให้ช่องปากเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่อวัยวะต่าง ๆ และอาจทำให้เกิดโรคที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากขึ้น (มณฑกานติ สีหะวงษ์, 2562) และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางสุขภาพช่องปากทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาซึ่งการรักษาทางทันตกรรมมีต้นทุนทางการรักษาค่อนข้างสูง รวมถึงผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาทางทันตกรรมด้วยทำให้โรคในช่องปากเป็นภาระโรคที่สำคัญ (Tu, Wang, Hu, Wang, Yan, & Liu, 2023) ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีจะช่วยลดความเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับภาระโรคในการรักษาทางทันตกรรมในอนาคต และการมีฟันและช่องปากที่สุขภาพดีไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพทางร่างกาย แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต

ในปลายปี พ.ศ. 2562 มีการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ไปทั่วโลก (Huang et al., 2020) ซึ่งทำให้การทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับทันตกรรมของประชาชนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต้องชะลอตัวหรือหยุดลง (Deana et al., 2021) โดยเฉพาะทันตกรรมที่ต้องสัมผัสกับผู้รับบริการโดยตรง เช่น การทำหัตถการ

ทางพันธุกรรมที่มีการฟุ้งกระจายของน้ำลาย เลือดหรือสารคัดหลั่งในช่องปาก (Rothe et al., 2020) รวมถึงงานด้านทันตสาธารณสุขที่ทำในชุมชน เช่น กิจกรรมการออกสำรวจสถานะทันตสุขภาพ การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หรือการป้องกันโรคทางช่องปาก เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เพื่อป้องกันฟันผุ อย่างไรก็ตามงานด้านทันตสุขภาพเพื่อส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ได้ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสถานะทันตสุขภาพที่ดีในสถานการณ์ของโรคระบาด โดยเน้นการปฏิบัติตามแนวทาง และมาตรการการป้องกันอย่างเคร่งครัด เช่น การมีวัคซีนป้องกัน การจัดการการฟุ้งกระจายในคลินิกทันตกรรม การใช้การดำเนินงานแบบวิถีใหม่ (new normal) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และได้ปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานด้านทันตกรรมแบบวิถีใหม่ตามประกาศของคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง โดยรัฐบาลได้ประกาศยกเลิกให้โรคโควิด-19 ที่จัดเป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ มีผลในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อให้ประชาชนได้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ ทำให้การดำเนินกิจกรรมด้านทันตสุขภาพได้กลับมาดำเนินงานได้เต็มรูปแบบอีกครั้ง อย่างไรก็ตามผลกระทบที่ยังดำเนินอยู่ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังคงมีอยู่ จากระยะเวลาช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมายังพบว่า แนวโน้มการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมของประชาชนค่อยข้างน้อย ทำให้การสำรวจด้านทันตสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยยังคงต้องดำเนินการต่อไป เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อสถานะทันตสุขภาพ

จังหวัดพะเยามีประชาชนได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะด้านอนามัยช่องปากจากการสำรวจที่เกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินงานด้านทันตกรรมของจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2563-2566 จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดพะเยา (health data center: HDC, 2563-2566) พบว่า จำนวนผู้เข้ารับบริการทันตกรรมเป็นรายคน แยกตามกลุ่มอายุ ดังนี้ กลุ่มอายุ 3-5 ปี มีผู้ได้รับบริการทันตกรรมจำนวน 13,700 คน 11,980 คน 11,049 คน และ 9,414 คน ตามลำดับ กลุ่ม 6-12 ปี มีผู้ได้รับบริการทันตกรรมจำนวน 38,547 คน 36,781 คน 24,663 คน และ 20,187 คน ตามลำดับ และกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 71,865 คน 69,539 คน 76,148 คน และ 38,000 คน ตามลำดับ แต่ละกลุ่มวัยได้รับการบริการทันตกรรมลดลงหลังจากปีที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สถิติการเข้าใช้บริการด้านทันตกรรมที่ลดลงดังกล่าว อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาสถานะทันตสุขภาพในประชาชนทุกกลุ่มวัยได้ โดยเฉพาะกลุ่มวัยเด็กและผู้สูงอายุ การนำผลการสำรวจดังกล่าวมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ เกี่ยวกับสถานะทันตสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยเด็กและวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ด้วยการเปรียบเทียบการใช้บริการด้านทันตกรรมในปี พ.ศ. 2562 ที่เกิดการแพร่ระบาด และหลังการแพร่ระบาดของโรคคือปี พ.ศ. 2565 โดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการนำมาใช้พิจารณาเพื่อกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการเตรียมความพร้อมบริหารจัดการอย่างเหมาะสมกับปัญหาสถานะทันตสุขภาพของประชาชนกลุ่มดังกล่าวซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ อื่น ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การทำวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มวัยเด็ก ได้แก่ อายุ 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี และกลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในระยะก่อน (ปี พ.ศ. 2562) และหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ปี พ.ศ. 2565)

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2565 เพื่อนำมาเปรียบเทียบข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนวัยเด็กและวัยสูงอายุก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ข้อมูลของฐานข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีพ.ศ. 2562 ดังนี้ อายุ 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี และวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และ ปีพ.ศ. 2565 อายุ 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี และวัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป รวมทั้งหมด จำนวน 3,794 ข้อมูล (กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562)

กลุ่มตัวอย่างคือ รายการข้อมูลที่มีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้มีข้อมูลอายุตามเป้าหมาย ที่ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของจังหวัดพะเยา ประกอบด้วยกลุ่มอายุ 3 ปี ต้องมีอายุ 3 ปี บริบูรณ์ ไม่เกิน 3 ปี 11 เดือน 29 วัน กลุ่ม 6 ปี ต้องมีอายุ 6 ปี บริบูรณ์ ไม่เกิน 6 ปี 11 เดือน 29 วัน กลุ่ม 12 ปี ต้องมีอายุ 12 ปี บริบูรณ์ ไม่เกิน 12 ปี 11 เดือน 29 วัน และกลุ่ม 60 ปี ต้องมีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปในวันที่มีการสำรวจ และ 2) มีข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยความน่าจะเป็น (Ngamjarus, Chongsuvivatwong, & McNeil, 2016; Wayne, 1995) ดังนี้

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)) / (p_1 - p_2)^2$$

โดยกำหนด ค่า n เท่ากับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

ค่า $Z_{\alpha/2}$ เป็นค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ค่า $Z = 1.96$)

ค่า α เป็น .05 ค่า Z_{β} กำลังการทดสอบ ร้อยละ 80 (ที่ระดับกำลังทดสอบ 80 % ค่าเท่ากับ 0.84)

ค่า p เท่ากับสัดส่วนที่สนใจในประชากร

ในการวิจัยนี้กำหนดความชุกของโรคฟันผุ หรือโรคปริทันต์ที่พบ สามารถแทนค่าในสูตรได้ ดังนี้

ปี พ.ศ. 2562 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ กลุ่ม 3 ปี จำนวน 371 คน กลุ่ม 6 ปี จำนวน 508 คน กลุ่ม 12 ปี จำนวน 512 คน และกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป จำนวน 546 คน รวมทั้งสิ้น 1,937 ราย

ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใน กลุ่ม 3 ปี จำนวน 418 คน กลุ่ม 6 ปี จำนวน 486 คน กลุ่ม 12 ปี จำนวน 513 คน และกลุ่ม 60 ปี จำนวน 439 คน รวมทั้งสิ้น 1,857 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากข้อมูลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพด้วยวิธีการใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ด้วยการแบ่งแต่ละอำเภอ เป็นตำบลแล้วให้ลำดับแต่ละตำบลเป็นตัวเลข จึงสุ่มเลือกแต่ละตำบลโดยสุ่มแบบง่ายโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ด้วยการแบ่งแต่ละตำบลเป็นในเขตเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล จำแนกชั้นภูมิ (stratum) เป็นตำบลและกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มอายุ 3 ปี 6 ปี 12 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป จากนั้นจึงใช้การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการเรียงลำดับกลุ่มตัวอย่างตามลำดับแล้วสุ่มตัวเลขจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย 3 ปี 6 ปี 12 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2565) โดยลักษณะแบบสำรวจมีการระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานะทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยต่าง ๆ ดังนี้

กลุ่มวัย 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี ประกอบด้วย เพศ อายุ การรับประทานนมกรูบรอบและน้ำหวาน พฤติกรรมการแปรงฟัน การมีฟันผุ การถอนฟันและอุดกรณีมีฟันผุ การมีฟันสะอาดและภาวะสุขภาพของเหงือก

กลุ่มวัย 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมการแปรงฟัน การมีฟันแท้จำนวน 20 ซี่ ขึ้นไป การมีคู่สบฟันแท้ และการรับบริการเพื่อเก็บรักษาฟันแท้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา เลขที่เอกสารรับรอง 008/2566 ลงวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2566 และข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่มีการนำเปิดเผย รายละเอียดรายบุคคล และจะถูกนำเสนอเป็นผลของภาพรวมของข้อมูลเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ดำเนินการขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา เป็นลายลักษณ์อักษร 2) ประสานงานกับกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เพื่อขอรวบรวมและบันทึกข้อมูล 3) เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานทันตสุขภาพ จังหวัดพะเยา จากข้อมูลในระบบจัดเก็บข้อมูลบนโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 4) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 5) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเปรียบเทียบสถานะทันตสุขภาพ ได้แก่

2.1) ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ต่อคน วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) หลังจากทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

2.2) จำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุ จำนวนเด็กที่มีฟันผุ จำนวนภาวะสุขภาพของเหงือก และจำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป มีคู่สบฟันแท้และได้รับบริการป้องกันหรือรักษาเพื่อเก็บฟันแท้ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2.3) เปรียบเทียบ ขนาดของความเสี่ยงต่อการเกิดสถานะฟันผุในกลุ่มวัยเด็กกับการรับบริการป้องกันหรือรักษาเพื่อเก็บฟันแท้ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการสำรวจ พบว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มวัยรวมทั้งสิ้น 3,774 ราย แบ่งเป็นปี 2562 จำนวน 1,937 ราย และ ปี 2565 มีจำนวน 1,857 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ

กลุ่มวัย		ปีที่สำรวจสถานะทันตสุขภาพ	
		พ.ศ. 2562 (n=1,937 ราย)	พ.ศ. 2565 (n=1,857 ราย)
กลุ่ม 3 ปี	เพศ	371	418
	ชาย	198 (53.36)	217 (51.91)
	หญิง	173 (46.64)	201 (48.09)
	อายุ (ปี)	$\bar{X}=3.61, SD=0.41$	$\bar{X}=3.33, SD=0.72$
	การนำขนมมารับประทาน		
	นำขนมมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	4 (1.62)	21 (5.02)
	ไม่ได้นำขนมมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	365 (98.38)	397 (94.98)
	การนำนมเปรี้ยวนมหวานมารับประทาน		
	นำนมหวาน/นมเปรี้ยวมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	8 (2.16)	24 (5.74)
	ไม่ได้นำนมหวาน/นมเปรี้ยวมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	363 (97.84)	394 (94.26)
กลุ่ม 6 ปี	พฤติกรรมการแปรงฟัน		
	ไม่ได้แปรงฟันตอนเช้า	51 (13.75)	93 (22.25)
	แปรงฟันตอนเช้า	320 (86.25)	325 (77.75)
	เพศ	508	474
	ชาย	258 (50.79)	248 (52.32)
	หญิง	250 (49.21)	226 (47.68)
	อายุ (ปี)	$\bar{X}=6.32, SD=0.41$	$\bar{X}=6.09, SD=0.52$
	การทานขนมกรุบกรอบ		
	ทานขนมกรุบกรอบ	424 (83.46)	413 (87.13)
	ไม่ได้ทานขนมกรุบกรอบ	84 (16.54)	61 (12.87)

กลุ่มวัย		ปีที่สำรวจสถานะทันตสุขภาพ	
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2565
		(n=1,937 ราย)	(n=1,857 ราย)
ความถี่ของการดื่มน้ำหวาน			
	ดื่มน้ำหวานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	82 (12.14)	31 (6.54)
	ไม่ได้ดื่มน้ำหวานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	426 (83.86)	443 (93.46)
พฤติกรรมการแปรงฟัน			
	ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	114 (22.44)	119 (25.11)
	แปรงฟันก่อนนอน	394 (77.56)	355 (74.89)
กลุ่มอายุ 12 ปี	เพศ	512	529
	ชาย	263 (51.36)	265 (50.09)
	หญิง	249 (48.64)	264 (49.91)
	อายุ (ปี)	$\bar{X}=12.31, SD=0.41$	$\bar{X}=12.19, SD=0.32$
	การทานขนมกรุบกรอบ		
	ทานขนมกรุบกรอบ	454 (88.67)	302 (57.09)
	ไม่ได้ทานขนมกรุบกรอบ	58 (11.33)	227 (42.91)
	ความถี่ของการดื่มน้ำหวาน		
	ดื่มน้ำหวานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	90 (17.58)	66 (12.48)
	ไม่ได้ดื่มน้ำหวานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	422 (82.42)	463 (87.52)
	พฤติกรรมการแปรงฟัน		
	ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	188 (48.05)	213 (40.26)
	แปรงฟันก่อนนอน	266 (51.95)	316 (59.74)
กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป	เพศ	546	436
	ชาย	245 (44.87)	187 (42.88)
	หญิง	301 (55.13)	249 (57.12)
	อายุ (ปี)	$\bar{X}=68.28, SD=0.88$	$\bar{X}=67.72, SD=1.01$
	การมีโรคประจำตัว		
	มีโรคประจำตัว	376 (68.86)	262 (60.09)
	ไม่มีโรคประจำตัว	170 (31.14)	174 (39.91)
	พฤติกรรมการแปรงฟัน		
	ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	108 (19.78)	120 (27.52)
	แปรงฟันก่อนนอน	438 (80.22)	316 (72.48)

2. ผลการเปรียบเทียบสถานะทันตสุขภาพแต่ละกลุ่มวัยในปี พ.ศ. 2562 และ ปี พ.ศ. 2565 ผลการเปรียบเทียบสถานะทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี ในปีพ.ศ. 2562 มีค่าการปราศจากฟันผุ (caries free) มากกว่าปี พ.ศ. 2565 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มเด็กอายุ 3 และ 12 ปี

ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนในปี พ.ศ.2565 มีน้อยกว่า ปี พ.ศ. 2565 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ยกเว้นในกลุ่ม 6 ปี ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ไม่แตกต่างกัน จำนวนเด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบ นั้น พบว่า เด็ก 6 และ 12 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีค่ามากกว่าปี พ.ศ. 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ การมีฟันแท้ 20 ซี่ ขึ้นไป และร้อยละการมีคูสบฟันแท้ มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวน ผู้สูงอายุได้รับการป้องกันหรือรักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท่นั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนมากกว่าปี พ.ศ. 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพตามกลุ่มอายุ

กลุ่มวัย	ตัวแปรศึกษา	ปีที่สำรวจสภาวะทันตสุขภาพ		Test value	p-value
		2562	2565		
กลุ่ม 3 ปี	จำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)				
	- เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	245 (66.0)	208 (49.8)	14.99 ^a	0.000**
	- เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	126 (34.0)	210 (50.2)		
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ซี่/คน	1.3 ± 1.1	3.0 ± 1.3	19.69 ^b	0.000**
	จำนวนเด็กที่มีฟันสะอาด คน (ร้อยละ)				
	- เด็กที่มีฟันสะอาด คน (ร้อยละ)	314 (84.7)	125 (30.0)	240.28 ^a	0.000**
	- เด็กที่ฟันไม่สะอาด คน (ร้อยละ)	57 (15.3)	293 (70.0)		
กลุ่ม 6 ปี	จำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)				
	- เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	480 (94.5)	428 (90.3)	6.19 ^a	0.012*
	- เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	28 (5.5)	46 (9.7)		
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ซี่/คน	0.1 ± 0.1	0.1 ± 0.5	0.000 ^b	1.000
	จำนวนเด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบ คน (ร้อยละ)				
	- เด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบ คน (ร้อยละ)	346 (68.1)	440 (92.8)	93.77 ^a	0.000**
	- เด็กที่มีเหงือกปกติ คน (ร้อยละ)	162 (31.9)	34 (7.2)		
กลุ่ม 12 ปี	เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	371 (72.4)	273 (51.6)	47.65 ^a	0.000**
	เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	141 (27.6)	256 (48.4)		
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ซี่/คน	0.6 ± 0.5	1.1 ± 0.9	11.03 ^b	0.000**
	จำนวนเด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบ คน (ร้อยละ)				
	- เด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบ คน (ร้อยละ)	430 (83.9)	502 (94.9)	32.26 ^a	0.000**
	- เด็กที่มีเหงือกปกติ คน (ร้อยละ)	82 (16.1)	27 (5.1)		
กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละการมีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป				
	- มีฟันแท้ใช้งาน ≥ 20 ซี่ขึ้นไป คน (ร้อยละ)	373 (68.3)	288 (66.0)	0.56 ^a	0.453
	- มีฟันแท้ใช้งาน < 20 ซี่ คน (ร้อยละ)	173 (31.7)	148 (34.0)		
	ร้อยละการมีคูสบฟันแท้				
	- มีฟันแท้สบ ≥ 4 คู่สบขึ้นไป (ร้อยละ)	271 (49.6)	227 (52.0)	0.57 ^a	0.449
	- มีฟันแท้สบ < 4 คู่สบ (ร้อยละ)	275 (50.4)	209 (48.0)		

กลุ่มวัย	ตัวแปรศึกษา	ปีที่สำรวจสถานะทันตสุขภาพ		Test value	p-value
		2562	2565		
	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้				
	-ได้รับการ คน (ร้อยละ)	222 (40.7)	265 (61.0)	40.16 ^a	0.000**
	-ไม่ได้รับการ คน (ร้อยละ)	324 (59.3)	171 (39.0)		

* $p < .05$, ** $p < .001$, ^a Chi square value, ^b Independent t-test value

3.การเปรียบเทียบขนาดของความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะโรคฟันผุและการรับบริการ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีค่าแต้มต่อของเด็กที่เกิดโรคฟันผุต่อเด็กที่ปราศจากฟันผุ ในกลุ่ม 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี เป็น 1.96, 1.84 และ 2.47 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2562 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับการป้องกันรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า หลังการระบาดจะได้รับการป้องกัน/รักษามากขึ้น 2.26 เท่าเมื่อเทียบกับก่อนการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าแต้มต่อ (Odds ratio : OR) ของกลุ่มอายุ 3, 6 และ 12 ปี ที่ ฟันผุต่อที่ปราศจากฟันผุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้

กลุ่มวัย	ตัวแปรศึกษา	ปีที่สำรวจ		95% Conf. Interval
		สถานะทันตสุขภาพ		
		2562	2565	
กลุ่ม 3 ปี	แต้มต่อเด็กที่ฟันผุ/เด็กที่ปราศจากฟันผุ (Odds Ratio : OR)	1	1.96	(1.46 - 2.65)
	- เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	126 (34.0)	210 (50.2)	
	- เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	245 (66.0)	208 (49.8)	
กลุ่ม 6 ปี	แต้มต่อเด็กที่ฟันผุ/เด็กที่ปราศจากฟันผุ (Odds Ratio : OR)	1	1.84	(1.10 - 3.12)
	- เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	28 (5.5)	46 (9.7)	
	- เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	480 (94.5)	428 (90.3)	
กลุ่ม 12 ปี	แต้มต่อเด็กที่ฟันผุ/เด็กที่ปราศจากฟันผุ (Odds Ratio : OR)	1	2.47	(1.89 - 3.22)
	- เด็กที่ฟันผุ คน (ร้อยละ)	141 (27.6)	256 (48.4)	
	- เด็กที่ปราศจากฟันผุ คน (ร้อยละ)	371 (72.4)	273 (51.6)	
กลุ่ม 60 ปี ขึ้นไป	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้	1	2.26	(1.73 - 2.95)
	-ได้รับการบริการ คน (ร้อยละ)	222 (40.7)	265 (61.0)	
	-ไม่ได้รับการบริการ คน (ร้อยละ)	324 (59.3)	171 (39.0)	

อภิปรายผล

จากการศึกษาหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า สภาวะทันตสุขภาพสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียน มีค่าปราศจากฟันผุลดลง ในทางตรงข้ามทำให้ค่าฟันผุและค่าเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นมากอย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากการระบาดดังกล่าวมีระยะเวลาค่อนข้างยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพอย่างมาก หลายกิจกรรม เช่น การออกให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ การตรวจสุขภาพช่องปาก การออกหน่วยให้การรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ทางทันตสุขภาพได้มีการชะลอตัว เนื่องจากมีการปิดสถานศึกษา รวมทั้งหลายกิจกรรมมีการต้องสัมผัส หรือมีการของการกระจายของเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tonkaboni, Amirzade-Irani, Ziaei, & Ather (2021) พบว่า การดำเนินการด้านทันตสุขภาพได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดจากโรคโควิด-19 สถานศึกษาถูกปิดตัวในช่วงเวลาของการระบาดดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้หลาย ๆ กิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทางสุขภาพช่องปากทั้งสภาวะทันตสุขภาพและการมารับบริการสุขภาพช่องปากของทุกกลุ่มวัยของจังหวัดพะเยามีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าข้อมูลจะไม่มี ความแตกต่างกัน แต่กิจกรรมส่งเสริมป้องกันในกลุ่มนี้มีจำนวนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ การเข้ารับบริการที่ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีจำนวนมากกว่า เนื่องด้วยส่วนใหญ่อาจจะได้รับการบริการเพียงตรวจสุขภาพช่องปากเป็นบางกรณี เช่น การตรวจฟันเพื่อการใส่ฟันเทียมซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีการฟุ้งกระจายไม่มาก ทำให้การบริการดำเนินไปได้ นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังพบว่า การแพร่ระบาดครั้งนี้ถือว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากทั้งทางระบบการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา ด้านทันตสุขภาพอย่างเป็นวงกว้าง สอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งพบว่า ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 นั้น ทำให้การบริการทันตกรรมด้านต่าง ๆ ต้องหยุดหรือชะลอตัวลงอย่างชัดเจน (Goriuc, Sandu, Tatarciuc, & Luchian, 2022) อย่างไรก็ตามพบว่า หลังช่วงการระบาดผู้สูงอายุได้รับการบริการป้องกันรักษาที่มากกว่าก่อนการระบาด อาจเนื่องมาจากช่วงที่มีการระบาด การให้บริการรักษาป้องกันทางด้านทันตสุขภาพได้หยุดให้บริการชั่วคราว จนถึงช่วงที่การระบาดยุติ จึงกลับมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ วิรัชฐา พุ่มทอง และคณะ (2566) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการมาใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงาน ช่วงก่อนการระบาดและช่วงระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า ช่วงระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการมาใช้บริการมากกว่าช่วงก่อนระบาด อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความแตกต่างกัน วัยทำงานมีความแข็งแรงของร่างกาย จึงออกมาใช้บริการมากกว่า วัยสูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำและการศึกษาดังกล่าวประเมินผลเพียงด้านการบริการ อาจจะไม่รวมถึงงานด้านการส่งเสริมป้องกันอื่น ๆ ทางทันตสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนของทุกกลุ่มวัยมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยหลังการระบาดของโรค ปี 2565 เทียบกับ ปี 2562 ที่ก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทำให้ประชาชนสนใจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยลง อย่างไรก็ตามจึงควรจะเน้นให้ทุกกลุ่มวัยดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง แม้จะเกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อ ยังต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากและฟันด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นั้น กลุ่มก่อนวัยเรียนและวัยเรียนมีข้อมูลจำนวนฟันผุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก จึงควรนำข้อมูลผลการวิจัยนี้ไปใช้วางแผนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยก่อนวัยเรียนและวัยเรียน เช่น การให้ข้อมูลที่ส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ การทันตกรรมทางไกล (tele-dentistry) หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่น ๆ มาช่วยในการส่งเสริมทันตสุขภาพ

2. ในกลุ่มผู้สูงอายุแม้ว่าผลการวิจัยด้านสภาวะทันตสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนการระบาดและหลังการระบาด อย่างไรก็ตาม พบว่า ด้านการมารับบริการป้องกัน/รักษา มีจำนวนลดลงกว่าระยะหลังการระบาดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น กลุ่มงานทันตสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนการจัดรูปแบบบริการสุขภาพช่องปากด้วยแนวทางใหม่ เช่น การให้บริการด้วยทันตกรรมวิถีใหม่ การพัฒนาแนวทางและมาตรการที่ป้องกัน หรือรับมือกับปัญหาในอนาคตกรณีเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) แบบสำรวจ จึงมีข้อจำกัดของการศึกษาคือการจะอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา ยังไม่ชัดเจนมากอธิบายได้เฉพาะความสัมพันธ์กันถึงข้อมูลที่น่าเข้ามามีวิเคราะห์เป็นข้อมูลจากฐานข้อมูล เป็นข้อมูลชนิดitudinalจึงทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยบางปัจจัยนอกเหนือจากนี้ที่อาจส่งผลกระทบต่อทันตสุขภาพก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาได้ ควรมีการศึกษาระยะยาวแบบเหตุไปหาผล (prospective cohort) เกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและการได้รับบริการทางทันตกรรมร่วมด้วย เช่น ควรศึกษาบางปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการแปรงฟันก่อนนอนของทุกกลุ่มวัยและพัฒนาแนวทาง เพื่อสร้างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มเพื่อป้องกันโรคในช่องปากต่อไป

2. ควรมีการศึกษาแนวทางป้องกันที่ส่งผลต่อการบริการด้านทันตสุขภาพที่จะอุบัติได้ใหม่ในอนาคตการพัฒนาแบบวิถีการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่สามารถลดหรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือการฟุ้งกระจายโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่ต้องรับบริการทางทันตกรรม

3. การศึกษาการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพเช่น ดิจิตอล ปัญญาประดิษฐ์หรือวิธีการอื่น ๆ มาช่วยดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข โดยศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการนำมาใช้เพื่อการเข้าถึงการบริการด้านทันตสุขภาพ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้านสุขภาพช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิถีใหม่ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น. เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=174
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดพะเยา ปี 2562. พะเยา: กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
- กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักทันตสาธารณสุข. (2565). คู่มือการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยสำคัญ (เพื่อการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ). เข้าถึงได้จาก https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=97266&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=29280
- กอบกุล อัมพวา. (2565). ปัจจัยซึ่งมีผลกระทบต่อสภาวะช่องปากของเด็กปฐมวัยจังหวัดยะลา. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2(3), 99-111. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/259825>
- จุฬาริน วิทวารณกุล, อรรธรณ นามมนตรี และ วรวัฒน์ แก่นจันทร์. (2562). สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 30(2), 131-141.
- ปณิธาน สนพะเนา. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 5(1), 4-12. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247516>
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563. (2565, 20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 223 ง, หน้า 1. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15620220926033355.PDF>
- มณฑกานติ สีหะวงษ์. (2562). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(3), 418-431.
- เรวดี ศรีหานู. (2565). สภาวะทันตสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลพระบุ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4(1), 1-15.
- วิรัชฐา พุ่มทอง, พินทร์พจน์ พรหมเสน และ กฤษณะ จาตุรงค์ศรี. (2566). การใช้บริการสุขภาพช่องปากวัยทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 24(3), 1-17.

- สำนักทันตสาธารณสุข. (2560). แบบบันทึกการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ตามกลุ่มวัย สำหรับนำเข้าสู่ระบบ *surveillance.anamai.moph.go.th*. เข้าถึงได้จาก https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565). แบบบันทึกการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ตามกลุ่มวัย สำหรับนำเข้าสู่ระบบ *surveillance.anamai.moph.go.th*. เข้าถึงได้จาก <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-481>
- โสธยา เฉยยจิต, ณัฐกฤตา ผลอ้อ, กฤตติกวิณณ์ พรหมชุมสา, ตฤณ วัชรโสภาคีริกุล, อีรวิมล สุดชา และ ประทีป กาลเขว้า. (2566). การรับบริการทันตกรรมของผู้ใหญ่วัยทำงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอำเภอหน้าพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 34(1), 12-23.
- อรรวรรณ นามมนตรี. (2565). สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยเหนือ อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารทันตภิบาล*, 33(1), 14-27.
- Deana, N. F., Seiffert, A., Aravena-Rivas, Y., Alonso-Coello, P., Muñoz-Millán, P., Espinoza-Espinoza, ..., Zaror, C. (2021). Recommendations for safe dental care: a systematic review of clinical practice guidelines in the first year of the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10059. doi: 10.3390/ijerph181910059
- Goriuc, A., Sandu, D., Tatarciuc, M., & Luchian, I. (2022). The Impact of the COVID-19 pandemic on dentistry and dental education: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 1-11. 2537. doi: 10.3390/ijerph19052537
- Huang, Z., Zhao, S., Xu, L., Chen, J., Lin, W., Zeng, H., ..., Song, B. (2020). Imaging features and mechanisms of novel coronavirus pneumonia (COVID-19). *Medicine*, 99(16), e19900. doi: 10.1097/md.00000000000019900
- Malekmahmoodi, M., Shamsi, M., Roozbahani, N., & Moradzadeh, R. (2020). A randomized controlled trial of an educational intervention to promote oral and dental health of patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 20(1), 287. doi: 10.1186/s12889-020-8395-4
- Mulla, M. (2021). Impact of oral diseases and conditions on oral health-related quality of life: a narrative review of studies conducted in the Kingdom of Saudi Arabia. *Cureus*, 13(9), 1-6. e18358. doi: 10.7759/cureus.18358.
- Ngamjarus, C. (2016). n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., ..., Höelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *The New England Journal of Medicine*, 382(10), 970–971. doi: 10.1056/nejmc2001468

- Tonkaboni, A., Amirzade-Irani, M. H., Ziaei, H., & Ather, A. (2021). Impact of COVID-19 on dentistry. In *Advances in experimental medicine and biology*, 2021, 623–636. doi: 10.1007/978-3-030-63761-3_34
- Tu, C., Wang, G., Hu, Z., Wang, S., Yan, Q., & Liu, X. (2023). Burden of oral disorders, 1990–2019: estimates from the global burden of disease study 2019. *Archives of Medical Science*, 19(4), 930–940. <https://doi.org/10.5114/aoms/165962>
- Wayne, W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย : การศึกษาเชิงคุณภาพ

เฉลิมพล กำใจ, พย.ม.^{1*} พันยศ ธงชัย, พย.บ.²

นพรัตน์ โกมาศ, พย.บ.³ วินัย รอบคอบ, พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

การมีความคิดฆ่าตัวตายและสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและเกิดผลกระทบทางลบหลายด้าน ทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 16 คน เป็นวัยรุ่นเพศชาย อายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับการรักษาตัวที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือ ที่ได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาสัมพันธ์ทางกับบุคคลในครอบครัว 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจากมุมมองของวัยรุ่นชายไทยในเขตภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้รับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลของรัฐ

คำสำคัญ : ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ, ความคิดฆ่าตัวตาย, วัยรุ่นเพศชาย, ภาคเหนือ

วันที่รับ: 28 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไข: 25 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล chalermporn.k@bcnpy.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง จังหวัดแพร่

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The spiritual distress as perceived by Thai male adolescents with suicidal ideation : A qualitative study

Chalermpon Kajai, N.M.S.^{1*} Panyot Thongchai, B.N.S.²

Nopparat Komat, B.N.S.³ Winai Robkob, N.M.S.⁴

Abstract

Suicidal ideation and completed suicide cases continue to pose a growing public health concern, leading to numerous adverse effects on individuals, families, society, and the nation. This descriptive qualitative research aimed to explain the causes of spiritual distress regarding the perception among Thai male adolescents with suicidal ideation. Sixteen male adolescents aged 10-19 years were purposively selected. They were admitted to a psychiatric clinic of a government hospital in the Northern Region and assessed with suicidal ideation. Data were collected through in-depth interviews and analyzed content analysis. The study found that spiritual distress along with perceptions among Northern Thai male adolescents with suicidal ideation could be divided into five causes: 1) relationship problems with family members, 2) a lack of life goals, 3) a lack of spiritual anchors, 4) to dwell on past failures, and 5) academic burnout. Therefore, healthcare providers should understand these causes of spiritual distress from the perspective of Northern Thai male adolescents with suicidal ideation, and apply to develop an appropriate healthcare service model for addressing patients with mental health conditions in psychiatric clinics at government hospitals in the northern region.

Keywords: Spiritual distress, Suicidal ideation, Male adolescents, Northern region

Received: Feb 28, 2024 Revised: Apr 25, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

* Corresponding author E-mail: chalermpon.k@bcnpy.ac.th

² Expert professional nurse, Rongkwang District Public Health Office

³ Expert professional nurse, Chiang Rai Prachanukroh Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตของประชากรทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ภายในระยะเวลาเพียง 1 ปี ของปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรโลกฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 788,400- 1,051,200 คน หรือประมาณวันละ 2,160-2,880 คน (World Health Organization: [WHO], 2019) โดยพบว่า กลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 4 ของโลก (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2562-2566 พบว่า มีแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 6.67, 7.26, 7.50, 7.75 และ 7.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2566 ประชากรไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,172 คน คิดเป็น 7.94 ต่อแสนประชากร (เฉลี่ยวันละ 14 คน) ในจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่พยายามฆ่าตัวตาย 4,462 คน คิดเป็น 116.81 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดของทุกช่วงวัย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.68 ต่อแสนประชากร โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ คือ 15.95 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศชายมีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567) และจากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มอายุ 15-29 ปี เพศชายมีการสูญเสียปีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า สาเหตุหลัก พบว่า การทำร้ายตนเอง ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากการบาดเจ็บทางถนน (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย, 2566)

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายโดยตรงในกลุ่มของวัยรุ่น คือ การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในขณะที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งคาดว่าปี พ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.40 ในขณะที่ ช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564; บัวหลัน หินแก้ว และ ขนิษฐา นันทบุตร, 2566) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจ อย่างเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ บางรายอาจเกิดความพิการหรือความผิดปกติทางกาย เช่น หลอดอาหารตีบแคบเนื่องจากดื่มน้ำยาล้างท้องน้ำ หรือมีภาวะสมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนเพราะพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการผูกคอตาย หรือได้รับความบอบช้ำด้านจิตใจมากขึ้น เกิดความรู้สึกผิดหรืออายจากการกระทำของตนเอง อีกทั้งยังเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจต่อญาติ พี่น้อง และบุคคลในครอบครัว ซึ่งพบว่า การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 ราย และอาจมีผลได้นานถึง 4 ปี หากบุคคลในสังคมนั้นรอดชีวิต จึงเป็นตัวบ่งชี้ว่าสังคมหรือชุมชนนั้นมีปัญหาสังคมเกิดขึ้น นอกจากนี้การตายด้วยสาเหตุจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจกว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี และหากมีการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายซ้ำแต่ไม่สำเร็จ ก็จะนำมาซึ่งความสูญเสียที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 100,000 ล้านบาทต่อปี (สมบัติ สุกุลพรรณ, 2562) ทั้งนี้การฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น หากกระทำสำเร็จจะทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ซึ่งการรู้สึกว่าตนเองไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือเผชิญกับความวุ่นวาย มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, 2563)

จิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญของสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย เนื่องจากจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมของบุคคล ช่วยให้บุคคลขับเคลื่อนชีวิตไปได้อย่างสมดุล ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อเกิดสภาวะที่ระบบคุณค่า ความเชื่อ หรือหลักยึดในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นถูกรบกวน ในระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่ จนรู้สึกสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต รู้สึก ทนทุกข์หมดหวัง ขาดความรัก ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองหรือบุคคลอื่น ไร้ซึ่งสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือศรัทธา สูญเสีย ความเข้มแข็งภายใน จนส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ วัยรุ่นกลุ่มนี้จะเผชิญกับภาวะ ปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) และหากไม่ได้รับการส่งเสริม สภาวะทางจิตวิญญาณในขณะที่วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความทุกข์ หรือมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยเฉพาะ ในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จได้สูงขึ้น (Rungsang, Chaimongkol, Deoisres, & Wongnam, 2017)

การมีภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณในกลุ่มของวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ จิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญต่อกลุ่มวัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง จนมีความคิด อยากฆ่าตัวตาย หรือรักษามายาวนาน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การเผชิญกับ ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณอาจส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ขาดการตรวจตามนัด หรือขาดการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่าง เข้มงวด (Martins & Caldeira, 2018) ไม่สามารถค้นหาความหมายและยอมรับการเจ็บป่วยของตนได้ ทำให้หมดหวัง ต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ทำให้ส่งผลเสียต่อสภาวะทางกายตามมา นอกจากนี้ ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณยังส่งผลต่อการปรับตัวทั้งทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งอาจพบในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเคยฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (Kopacz, Hoffmire, Morley, & Vance, 2015)

ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น นอกจากจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นปัญหาสังคม ที่มีความรุนแรง และซับซ้อนเป็นอย่างมาก และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ (สมบัติ สกกุลพรรณ, 2564) ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (WHO, 2023) ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งหากจะให้การดูแลผู้ที่มีภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความ คิดอยากฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิด ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จากการรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ การสอบถามเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วย และเป้าหมายในชีวิต แหล่งของความหวังและความเข้มแข็ง ความรักและความสัมพันธ์ ความต้องการให้หรือได้รับการอภัย ความมีคุณค่าหรือความภาคภูมิใจแห่งตน และการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบ พิธีกรรมตามความเชื่อ ตลอดจนการสังเกตจากกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้ได้ข้อมูล ที่เอื้อต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ตามแนวทางที่แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ด้านการเตรียมคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ด้วยการบ่มเพาะให้คนไทยมีปัญญาเฉียบแหลม (head) มีทักษะที่เห็นผล (hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (health) และมีจิตใจที่งดงาม (heart) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญของทุกภาคส่วนในประเทศไทยในการที่จะพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์

ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนของชาติ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่า ประชากรไทยในกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดต่อปีถึง 4,462 คน คิดเป็น 116.81 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดในประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 1 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดจาก 13 เขตพื้นที่สุขภาพทั่วประเทศ (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567)

การดูแลวัยรุ่นกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่พบสาเหตุที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้สาเหตุใดนำมาสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จะเป็นข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นข้อมูลด้านการพยาบาล การบำบัดรักษาทางการแพทย์ ตลอดจนนำมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฟื้นฟูสภาพจิตใจให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ให้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่เป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ดังนั้นการศึกษาข้อมูลดังกล่าวผ่านมุมมองความเป็นวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบสถิติการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย และการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มักเกิดในเพศชายนั้น (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567) พบว่า การศึกษา ในเชิงคุณภาพในประเทศไทยยังมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อนำมาซึ่งการวางแผน และกำหนดแนวทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ตลอดจนป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จ การบำบัดรักษาที่คำนึงถึงภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ และการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำนายและเป็นพันธกิจที่สำคัญยิ่งภายใต้บทบาทของพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสาธารณสุขของไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่ออธิบายการรับรู้สาเหตุของการมีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2565 ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง และเชียงใหม่

ผู้ให้ข้อมูล คือชายไทยวัยรุ่นภาคเหนือที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 16 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

- 1) เป็นวัยรุ่นเพศชาย อายุ 10-19 ปี
- 2) เข้ารับการรักษาตัวที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ เขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง และเชียงใหม่
- 3) ได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย จากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ด้วยระดับคะแนน 1-8 คะแนน และประเมินอยู่ในเกณฑ์มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย

4) มีอาการซึมเศร้าโดยประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 7 – 18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ไม่มีอาการทางจิต และสามารถสื่อสารได้

5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์จากการศึกษาแนวคิดของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณและแนวคิดของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ครอบคลุมทั้งการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประวัติการพยายามฆ่าตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวคำถามเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น “การที่คุณคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว ตามความเข้าใจของคุณ เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง” “คุณได้แสดงความรักหรือความศรัทธาต่อตัวเอง หรือสิ่งอื่นที่เคารพนับถืออย่างไรบ้าง” “สิ่งที่ทำให้คุณรู้สึกสูญเสียคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเองคืออะไร” เป็นต้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีความชำนาญในการดูแลวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดสอบโดยการสัมภาษณ์วัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนและการสื่อความหมายจากนั้นมีการตรวจสอบแก้ไขและการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

3) แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล เวลา บุคคล และสภาพแวดล้อม

4) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 ชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระยา เลขที่ REC 004/64 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2564 โดยยึดหลักการเคารพเอกลัทธิ หลักการทำประโยชน์ และหลักความยุติธรรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาหรือการให้การพยาบาล พร้อมทั้งมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะขอความยินยอมจากบิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรมตามกฎหมาย ระหว่างการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากระหว่างการวิจัย

มีคำถามใดที่กระทบต่อความรู้สึกหรือก่อให้เกิดความไม่สบายใจสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นจะทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ โดยผู้เก็บข้อมูลได้กำหนดห้องประชุมของโรงพยาบาลที่รับการรักษาอยู่ เป็นสถานที่ในการให้ข้อมูล ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นไปแล้ว 1-2 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้เวลาผู้ให้ข้อมูลในการคิดพิจารณาหรือตัดสินใจ โดยแจ้งให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยในการประสานงานในการแจ้งว่ายินยอมหรือไม่ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่มีมติชัดเจน เงียบสงบ บรรยากาศเป็นกันเอง และปลอดภัยจากผู้ให้บริการหรือผู้เข้ารับบริการรายอื่น ๆ ซึ่งกำหนดห้องประชุมของโรงพยาบาลที่รับการรักษาอยู่โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งกับกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จะใช้เวลา 60-90 นาที และสัมภาษณ์รายต่อไป จนมีความอิ่มตัวของข้อมูลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน หลังทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยจะจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เช่น ปฏิกริยา สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูล ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาสะท้อนคิดทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมด จากนั้นจึงกำหนดรหัสจัดหมวดหมู่ข้อมูลและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคเลอซซี่ (Colaizzi, 1978, as cited in Holloway and Galvin, 2023) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน 1) อ่านทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยผู้วิจัยจะทำการอ่านซ้ำไปซ้ำมาเพื่อให้เข้าใจในข้อมูลอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ และให้รหัสข้อมูล 2) การให้รหัสหรือดัชนี (index) จำแนกประเภทของข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษาโดย รวมดัชนีเป็นประเด็นย่อย (subcategories) 3) กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยคหรือข้อความสำคัญนั้น 4) จัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันยกขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก (categories) แล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุป 5) อธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาอย่างครอบคลุม 6) อธิบายให้เห็นโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมดของประเด็นที่ศึกษา และ 7) ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Guba & Lincoln (1989) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) กับการวิจัย ประกอบด้วย 1) ด้านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้หลักการของการตรวจสอบสามเส้า (triangulation technique) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลหลากหลายกลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชน ตรวจสอบด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) การเปรียบเทียบ

ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ คือการสังเกต การสัมภาษณ์ และการศึกษาจากเอกสาร นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เบื้องต้น แล้วนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องและให้ข้อมูลเพิ่มเติม 2) ด้านความสามารถในการเชื่อมโยงได้ (transferability) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน 3) ด้านความสามารถในการพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการเก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม และ 4) ด้านความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ดำเนินการโดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการพึ่งพิงกลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนามว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ และตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายทั้งหมด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 2) อายุเฉลี่ย 17.06 ปี ($SD=2.24$) 3) สถานภาพโสด ร้อยละ 93.75 4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 5) สำเร็จศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 31.25 6) เป็นนักเรียน ร้อยละ 37.50 7) ไม่มีรายได้ ร้อยละ 62.5 8) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลางจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 37.50 9) มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 43.75 10) ปฏิเสธประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 87.50 และ 11) มีประวัติการใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด ประเภทสุรา ร้อยละ 62.50

สาเหตุภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือ ทั้ง 16 คน สามารถสรุปสาเหตุที่สำคัญประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและคู่รัก 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและความศรัทธาในตนเองและผู้อื่น 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน มีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวถ่ายทอดออกมาในลักษณะของคำพูดที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ขาดการใช้คำพูดที่เป็นการส่งเสริมกำลังใจ ไร้การแสดงออกซึ่งความห่วงใยซึ่งกันและกัน ขาดการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน อีกทั้งยังขาดการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกันทั้งคำพูดและการกระทำ โดยมักจะใช้การตำหนิ ตำว่า สั่งให้ทำงาน และบางครั้งลงโทษด้วยการทำร้ายร่างกายแทนการแนะนำหรือการสั่งสอนอบรม นอกจากนี้ยังขาดการปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการทะเลาะกันบ่อยครั้งหรือการแยกทางกันของพ่อและแม่ ส่งผลให้ขาดที่ปรึกษาในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงบางคนยังมีสาเหตุจากความไม่เข้าใจกันหรือความขัดแย้งกับคู่รักฝ่ายหญิง ทำให้สัมพันธภาพเปลี่ยนไปจนต้องเหินห่างหรือเลิกรากันไป ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่กล่าวว่า

“...เพราะว่าทุกครั้งที่ผมนั่งกินข้าวคนเดียวแล้วจะรู้สึกเจ็บปวดทุกครั้งครับ เพราะว่าเห็นว่าเพื่อนหลาย ๆ คน หลาย ๆ ครอบครัวเขาอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ทำอะไรในบ้านร่วมกัน แต่เราขาด มันรู้สึกแบบทำให้เจ็บ เจ็บปวด เวลาเห็นเขาอยู่กันหลายคน เราเคยเจอแล้ว อยู่ ๆ มันหายไป ผมเคยจะไปอยู่กับพ่อกับแม่ แต่ทุกคนก็มีทางของตัวเอง เคยพยายามรั้งทุกคนละครับ แต่ไม่ไหว เคยถูกพ่อด่าว่าลูกทรพี แม่ตบหน้า ตอนนั้นก็ตัดขาดกันไปเรียบร้อยแล้วครับ... (ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าเรื่องนี้ เสียงก็เบาลงและสั่นเครือ ตาเริ่มแดง มีน้ำตาคลอ ไหลลงเป็นทาง แล้วหยุดพูดประมาณ 3 นาที เช็ดน้ำตาแล้วจึงเล่าต่อ การสนทนาจึงหยุดไปชั่วคราว)” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 1, 7 กุมภาพันธ์ 2565)

“...ตอนที่พ่อแม่ทะเลาะกันรุนแรง พ่อก็เดินออกจากบ้านไป ไม่รู้ว่าพ่อไปกินยาฆ่าตัวตายมามั้ย ตอนที่พ่อเดินหายออกจากบ้านไปแล้วกลับมา ก็คือไม่มีสติ ถูกส่งไปรักษาที่เหตุการณ์ เกิดเหตุการณ์นี้ประมาณ 2 เดือนที่แล้ว ทำให้เรารู้สึกเครียด พ่อทะเลาะกันบ่อย ก็ไม่มีพ่อแม่เป็นที่ปรึกษา และครอบครัวไม่เคยให้กำลังใจอะไรสักอย่างเลยครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 5, 6 พฤษภาคม 2565)”

ประเด็นที่ 2 : ชีวิตไม่มีเป้าหมาย

ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถกล่าวถึงสิ่งที่ตนนั้นให้ความสำคัญในปัจจุบัน หรือบอกเล่าสิ่งที่ปรารถนาที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองในอนาคตได้อย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตมีไม่มากพอที่จะกำหนดเป้าหมาย หรือทิศทางที่ชัดเจนที่จะไปถึงเป้าหมายใด ๆ จึงให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันในลักษณะของความไม่แน่ชัดของเป้าหมายในชีวิตหรือไม่สามารถระบุสิ่งที่วาดฝันไว้ในอนาคต อีกทั้งยังไม่สามารถที่จะชี้ชัดว่าสิ่งใดบ้างที่มีคุณค่าในชีวิต ไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นและขาดความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมายหรือความสำเร็จใด ๆ ในชีวิต ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...สำหรับชีวิตของผม ไม่มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตเลยครับ ไม่ได้มีความฝัน ไม่ได้มีความหวังอะไรครับ ผมไม่ได้ตั้งเป้าหมายอะไรขนาดนั้น เหมือนเราไม่ได้มองไปในอนาคต เรามองแค่ปัจจุบันอย่างเดียว ไม่มีอะไรเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตเลยไม่มีเลย ถ้าพูดตรง ๆ คือผมไม่อยากรีไทม์ย้อนไปขนาดนั้นครับ อยู่ให้ถึงสัก 40 ปี หรือไม่ก็ 30 ปี ฆ่าตัวตายเอาก็ได้ครับ คิดแบบนี้มาตลอด...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 1, 7 กุมภาพันธ์ 2565)

“...ชีวิตผมที่เหลืออยู่ตอนนี้ ไม่หวังอะไรเลยครับ ขนาดอยู่ผมยังไม่อยากเลย ไม่อยากอยู่นี้ ไม่ได้หมายความว่าอยากตายตอนนี้ครับ แต่ผมรู้สึกว่าตัวเองอยากหายไปเลย คือไม่ต้องทำอะไรอีกแล้ว ไม่ต้องคาดหวัง ไม่ต้องพยายามไขว่คว้าหาอะไรอีกต่อไปแล้ว ถ้าเป็นไปได้ คิดว่าตายเลย มันคงจบละ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 2, 16 กุมภาพันธ์ 2565)

ประเด็นที่ 3 : ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตโดยไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ทั้งที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนมีศาสนาที่นับถืออยู่ แต่ค่านิยมของสมาชิกในครอบครัว ไม่ได้บ่มเพาะให้เคร่งครัดในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อใด ๆ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ แต่มักปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนา ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดเลยที่กล่าวถึง การสวดมนต์ไหว้พระ การทำบุญตักบาตร การบริจาคหรือให้ทาน การสวดมนต์ไหว้พระ การทำสมาธิ การภาวนาอธิษฐาน การฟังธรรมะ การเข้าโบสถ์หรือไปวัด ทั้งนี้มี

ผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาคริสต์รายหนึ่ง ที่เมื่อรู้สึกว่าคุณมีความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วพยายามหาวิธีการเข้าถึงผู้นำทางศาสนาหรือผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธครับ แต่ไม่ได้นับถือเคร่งครัดอะไรขนาดนั้น เพราะทุกคนในบ้านไม่เข้าวัดเข้าวากันเลย ในชีวิตจริงของผม ไม่มีสิ่งที่มายึดเหนี่ยวจิตใจเลยครับ ไม่ว่าจะเป็นศาสนา พระสงฆ์องค์เจ้า พ่อแม่พี่น้องนี้ ยังไม่ค่อยนับญาติกันครับ ไม่มีใครมาเป็นทีพึ่งทางใจหรอกครับ ถ้าพูดถึงคืออยากจะหลีกเลี่ยงมันมากกว่า เพราะว่าสังเกตตัวเองมาตลอด เลือกที่จะอยู่กับตัวเอง ทานข้าวคนเดียว พยายามไม่ยุ่งเกี่ยวกับคนอื่น หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ เลยครับ ไม่เกิดประโยชน์อะไร...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 6, 6 พฤษภาคม 2565)

“...เรื่องพระเจ้า ศาสนา ตอนแรกไม่เท่าไร แต่พอผมป่วยซึมเศร้า เลิกกับแฟน มาอยู่ที่บ้าน มาเจอแม่มีสามีใหม่ ผมก็นึกถึงตา ที่ท่านเป็นผู้นำทางศาสนาคริสต์ คิดว่าจะไปปรึกษาตา และอยู่กับตา คิดว่าคงจะดีขึ้นครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 9, 18 พฤษภาคม 2565)

ประเด็นที่ 4 : ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการหวนคิดถึงเรื่องที่ล้มเหลวในอดีต การไม่ประสบความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้ ตลอดจนความผิดหวังที่เคยพบเจอในอดีตซึ่งยังคงติดค้างอยู่ในใจ ข้อมูลการยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต เป็นประเด็นของความขัดแย้งในตนเอง อันเกิดจากความขัดแย้งระหว่างคุณค่าหรือความเชื่อกับความถูกต้องดีงามหรือศีลธรรมจรรยา นำมาซึ่งความเจ็บปวดร้าวร้าวภายในจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นความผิดหรือเป็นบาป รู้สึกมีตรบาป ละอายใจ เกิดเป็นแผลในใจตราบนานเท่านาน ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมมีความรู้สึกว่าคุณยึดติดกับอดีตเกินไป และไม่อยู่กับปัจจุบัน เพราะพลาดไปแล้วครั้งหนึ่ง มันเหมือนว่าสักวันมันต้องกลับมาทำร้ายตัวเองให้เสียใจ ค้างคาใจกับเรื่องคนอื่นก็นานมาละครับ ทุกคนคงลืมไปแล้ว แต่เรายังยึดติดกับมันอยู่ครับ จริง ๆ ยอมรับตัวเอง แต่ทำให้ตัวเองไม่ได้เลย เรื่องที่ให้อภัยตัวเองไม่ได้เลยน่าจะเป็นเรื่องตัดสินใจผิดพลาดครับตอนนั้นเรายังเด็กเกินไปครับและไม่ได้คิดไตร่ตรองให้ดีครับ ไม่น่าไปมีเรื่องชกต่อยในโรงเรียน จนหมดอนาคตเลย...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 11, 7 มิถุนายน 2565)

“... ผมไม่ค่อยอยากผิดหวัง ผมทำอะไร ไม่เคยได้ที่ 1 เลย ผมเคยแข่งระดับประถม แต่ไม่ได้รางวัลอะไร สิ่งที่ดีอยู่ในใจก็คือ บางครั้งทำอะไรไว้ในอดีต เป็นความผิดพลาดต่าง ๆ ก็อยากกลับไปแก้ตรงนั้น แต่มันสายไปแล้ว ในบางครั้ง บางเหตุการณ์...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 14, 20 มิถุนายน 2565)

“...เรื่องไม่สบายใจที่ติดค้างในใจ คือเรื่องยาเสพติดที่ไปเสพ จะพยายามอยู่บ้านไม่ออกไปเที่ยวไหน ผมรู้สึกผิด และรู้สึกแย่ทุกครั้งทีนึกถึงการเข้าไปเสพยาครั้งแรก ทำให้ครอบครัวต้องพังทลายลง...” (ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าเรื่องนี้ เสียงดังขึ้น กำหมัดแน่น ก้มหน้า ไม่สบตาผู้สัมภาษณ์ แล้วหยุดพูดประมาณ 1 นาที และมีน้ำตาคลอ) (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 7, 6 พฤษภาคม 2565)

ประเด็นที่ 5 : เหนื่อยล้าจากการเรียน

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเรียนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าที่สะสมมาเป็นเวลานาน จนเกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ ที่จะรบกวนกระบวนการปรับตัว หรือการเผชิญกับปัญหาด้านการเรียนของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมรู้สึกว่าการเรียนสายวิทย์-คณิต นี่มันเหนื่อย มันทั้งเครียด ทั้งกังวล ต้องเรียนหนัก ต้องสอบ และก็ผมคิดว่าในห้องเรียนเราเรียนในห้องเรียนมันควรจะพอได้แล้ว เหมือนโรงเรียนมันไม่ตอบโจทย์ ต้องมาเรียนพิเศษข้างนอก ต้องมาติวข้อสอบข้างนอกทั้ง ๆ ที่มันควรจบที่โรงเรียนได้เลย รู้สึกเครียดมาก ๆ เวลาทำคะแนนได้ไม่ดี รู้สึกเหนื่อย รู้สึกล้ามานานครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 12, 20 มิถุนายน 2565)

“...การไม่ยอมมีชีวิตอยู่ มันมีหลายอย่างครับ บางทีมันรู้สึกเหนื่อย บางทีก็เกี่ยวกับเรื่องเรียน ทำไมมันถึงเรียนหนักอย่างนี้ครับ กำลังเรียนสายวิทย์-คณิต ส่วนใหญ่จะเป็นงานกับความยาก งานมันจะเป็นพวกคำนวณส่วนใหญ่ มันรู้สึกเหนื่อย ไม่อยากทำ ส่วนใหญ่ที่สอบไม่ผ่านเลยจะเป็นวิชาฟิสิกส์ ครูก็จะให้คัดข้อสอบหลายจบ สามสิบกว่าหน้าเป็นปกติใหญ่...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 8, 18 พฤษภาคม 2565)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจากการมีความคิดฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็น คือ 1) ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและขาดความศรัทธาในตนเองและผู้อื่น 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจากปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ทั้งในบทบาทของบุตรชาย หลานชาย หรือคนรักฝ่ายชาย ที่ต้องรับรู้ว่าตนต้องเผชิญกับคำพูดของบุคคลในครอบครัว ที่แสดงให้เห็นว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ได้แก่ 1) การด่าทอ หรือการขับไล่ออกจากบ้าน 2) ขาดการใช้คำพูดที่เป็นการส่งเสริมกำลังใจ 3) ขาดการแสดงออกซึ่งความห่วงใยซึ่งกันและกัน 4) ขาดการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน 5) ขาดการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน และ 6) ขาดการปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว จนอาจนำมาซึ่งความห่างเหิน หรือความขัดแย้งที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายจึงนำมาซึ่งสภาวะที่คุณค่าในการดำเนินชีวิตถูกรบกวน (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) นำมาซึ่งความรู้สึกขาดความรักความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ร่วมกับเกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ (psychological distress) จากความเครียดและความซึมเศร้า (Vidya, Sundarnag, Shalini, Harish, & Murthy, 2016) ที่เกิดจากการสูญเสียคุณค่าในตนเอง และบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักไปรบกวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของวัยรุ่นกลุ่มนี้ จนเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้ จะทำให้มีภาวะซึมเศร้า แยกตัว ลี้หนี และตัดสินใจชีวิตตนเองได้ (ครินรัตน์ วัฒนธรรณท์, 2560)

ประเด็นที่ 2 ชีวิตไม่มีเป้าหมาย จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่าชีวิตไม่มีเป้าหมาย จึงให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันในลักษณะของความไม่แน่ชัดของเป้าหมายในชีวิตหรือไม่สามารถระบุสิ่งที่วาดฝันไว้ในอนาคต การที่วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่น และขาดความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมายหรือความสำเร็จใด ๆ ในชีวิต อาจนำมาซึ่งสภาวะที่ไม่มีหลักยึด

ในการดำเนินชีวิตที่แน่นอน โดยจะแสดงออกมาด้วยลักษณะที่สำคัญคือ การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต ความรู้สึกหมดหวัง ไม่อยากคาดการณ์ไปถึงอนาคตในทางที่ดี การรับรู้ชีวิตไม่มีเป้าหมายวัยรุ่นกลุ่มนี้ จึงนำมาซึ่งภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งการมีเป้าหมายชีวิต ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น (Machell, Disabato, & Kashdan, 2016) การมีเป้าหมายชีวิตจะช่วยให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะ เพราะทำให้มีแรงจูงใจ มีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง วัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ดี สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความเชื่อมั่นและมีความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมาย มีความตั้งใจ ยึดมั่นในความสำเร็จ แม้ว่าวัยรุ่นเหล่านั้นจะเติบโตมาจาก สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงก็ตาม (พิมพ์พนิต ภาศรี, กาญจน์สุนัษ บาลทิพย์, อังศุมา อภิชาติ, และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, 2564) ซึ่งการมีเป้าหมายชีวิตช่วยป้องกันวัยรุ่นให้รอดพ้นจากความเสี่ยงได้ ซึ่งพบว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้จักการตั้งเป้าหมายชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมีเป้าหมายชีวิต จะช่วยให้ชีวิตดำเนินไปอย่างมีทิศทาง และมีความหมาย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเป้าหมายชีวิตของเยาวชนไทยที่มีชีวิตอยู่กับเอชไอวี พบว่า หากวัยรุ่นมีเป้าหมายชีวิตจะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (Balthip & Purnell, 2014) อีกทั้งการมีเป้าหมายชีวิต จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นชายในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่หากมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตอย่างชัดเจนแล้ว จะทำให้สุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น และลดโอกาสการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

ประเด็นที่ 3 ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่า ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลดำเนินชีวิตโดยไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ส่งผลให้ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จึงนำมาซึ่งสภาวะที่ความเชื่อ ความศรัทธาในการดำเนินชีวิตขาดหายไป ทั้งเกิดจากการที่วัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่ต้นจากครอบครัว และขาดความศรัทธาในสิ่งที่เคยเชื่อมั่นว่าจะทำให้ตนพ้นจากความทุกข์หรือหายจากความเจ็บป่วยได้ แต่กลับต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาของวัยรุ่นกลุ่มนี้ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงผู้นำทางศาสนา ผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ ลดโอกาสที่จะเข้าถึงพระศาสนาหรือการเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต การเข้าใจ และการยอมรับความเจ็บป่วยของวัยรุ่นกลุ่มนี้ลดน้อยลงไป โอกาสที่จะเกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณขณะเจ็บป่วยทางจิต ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างมีสติก็ลดลง (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ซึ่งนำมาซึ่งการเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณหรือกิจกรรมทางศาสนามีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณลดลง (Oman & Lukoff, 2018) ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นชายกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา และการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองลงได้

ประเด็นที่ 4 ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ ข้อมูลการรับรู้สาเหตุของการประสบกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จากการยึดติดกับความล้มเหลวในอดีตของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

จึงนำมาซึ่งสภาวะที่คุณค่าในการดำเนินชีวิตถูกรบกวน นำมาซึ่งความทุกข์จาก ความรู้สึกมีตราบาป รู้สึกว่าสังคมจะรังเกียจหรือไม่ให้การยอมรับ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) และอาจส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายเสี่ยงการเข้าสังคม ละอายใจ เกิดแผลทางจิตวิญญาณจากความขัดแย้งในตนเองที่นำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในที่สุด สอดคล้องกับการรายงานผลการศึกษาที่พบว่า ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Hutson, Darlington, Hall, Hei, & Gaskins, 2018)

ประเด็นที่ 5 เหนื่อยล้าจากการเรียน จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าความเหนื่อยล้าจากการเรียนของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งรับรู้ว่าการเรียนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าที่ส่งสมมาเป็นเวลานาน จนเกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ ที่จะรบกวนกระบวนการปรับตัว หรือการเผชิญกับปัญหาด้านการเรียนของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเหนื่อยล้าจากการเรียนของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายอาจนำมาซึ่งภาวะบีบคั้นทางจิตใจ การสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ และนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวเนื่องกับสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณด้วยปัจจัยของการขาดสิ่งสนับสนุนหรือการมีสัมพันธ์ที่ดีที่มาจากตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม หากได้รับการส่งเสริมความหวัง กำลังใจ และความเข้มแข็งภายในจิตใจ จะช่วยให้บุคคลข้ามผ่านอุปสรรคและเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยจิตใจที่กล้ำหาญ ดังนั้นหากวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอก็จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู หรือบุคลากรด้านสุขภาพ จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญกับวัยรุ่นกลุ่มนี้ซึ่งมีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า ให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่า และช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณลง (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสะท้อนมุมมองของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในประเด็นสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยในเขตภาคเหนือตอนบนที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันหรือโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญและพิจารณาสาเหตุภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การขาดเป้าหมายในชีวิต การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และความเหนื่อยล้าจากการเรียน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตตามบริบทของความแตกต่างทางเพศ สังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ ซึ่งอาจพิจารณาใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่น ผ่านการประสานงานและความร่วมมือจากผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในมิติการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ และฟื้นฟูสภาพจิตใจกลุ่มตัวอย่างให้ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตวิญญาณให้กับกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการออกแบบแนวปฏิบัติหรือรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตตามบริบทของความแตกต่างทางเพศ สังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้คำแนะนำ และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2562). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)*. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://omhc.dmh.go.th/img/berry/Slides/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%92%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B9%87%E0%B8%A1.pdf>
- บัวหลั่น หินแก้ว และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2566). ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 24(2), 1-19.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, อังศุมา อภิชาติ และ อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. (2564). เป้าหมายชีวิตของนักเรียนในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(1), 104-114.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2564*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครินทร์ วัฒนธรรณ. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลไทย*, 10(1), 13-21.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2567). *สถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี 2566* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก จาก <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2562). *ศาสตร์เพื่อป้องกันอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย)* [Vedio]. ThaiMooc. <https://lms.thaimooc.org/courses/course-v1:CMU+CMU025+2019/about>
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2564). *การพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย*. เชียงใหม่: สมาร์ท แอนด์ เซอร์วิส.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Year: DAYLs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย.
- Balthip, Q., & Purnell, M. J. (2014). Pursuing meaning and purpose in life among Thai adolescents living with HIV: A grounded theory study. *The Journal of The Association of Nurses in AIDS Care/Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(4), e27-e38. doi: 10.1016/j.jana.2014.03.004
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Philadelphia: Sage.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2023). *Qualitative research in nursing and healthcare*. John Wiley & Sons.
- Hutson, S. P., Darlington, C. K., Hall, J. M., Heidel, R. E., & Gaskins, S. (2018). Stigma and spiritual well-being among people living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. *Issues In Mental Health Nursing*, 39(6), 482-489. doi: 10.1080/01612840.2017.1423426
- Kopacz, M. S., Hoffmire, C. A., Morley, S. W., & Vance, C. G. (2015). Using a spiritual distress scale to assess suicide risk in veterans: an Exploratory study. *Pastoral Psychology*, 64(3), 381-390. doi: 10.1007/s11089-014-0633-1
- Machell, K. A., Disabato, D. J., & Kashdan, T. B. (2016). Buffering the negative impact of poverty on youth: the power of purpose in life. *Social Indicators Research*, 126(2), 845-861.
- Martins, H., & Caldeira, S. (2018). Spiritual distress in cancer patients: a synthesis of qualitative studies. *Religions*, 9(10), 285.
- Oman, D., & Lukoff, D. (2018). Mental health, religion, and spirituality. In Oman, D. (Eds). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*, vol 2 (p.225-243). Philadelphia, US: Springer.
- Rungsang, B., Chaimongkol, N., Deoisres, W., & Wongnam, P. (2017). *Suicidal ideation among Thai adolescents: an empirical test of a causal model*. Pacific Rim Internatioanl Journal of Nursing Research, 21(2) 97-107.
- Vidya, C., Ganjekar, S., Shalini, C. N., Harish, K., & Murthy, N. S. (2016). Spirituality and its association with psychological distress in cancer patients attending a tertiary care hospital in Bangalore, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(7), 1812-1815.
- World Health Organization: [WHO]. (2019). *Suicide data*. from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization: [WHO]. (2023). *Suicide*. From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข: กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) จังหวัดเชียงราย

สยามราชย์ พุเจริญกุลยา, สม.^{1*}สำราญ เชื้อเมืองพาน, พร.ด.²อนรรักษ์ ศรีใจ, สม.³

บทคัดย่อ

ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) จังหวัดเชียงราย ประชากร คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย จำนวน 468 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ paired t-test ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานฯ ใช้รูปแบบ การบริหารจัดการแบบ SUPPORT ได้แก่ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มโรค การเข้าใจในแผนการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพและความเข้มแข็งชุมชน การป้องกันตนเองด้วยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ การสร้างโอกาสในการพัฒนา การตอบโต้สถานการณ์แบบทันที่ และการแบ่งทีมและกำหนดบทบาท อย่างชัดเจน ผลการพัฒนาแบบ พบว่า 1) ด้านการวางแผน 2) ด้านการจัดองค์กร 3) ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ 4) ด้านการประสานงาน และ 5) ด้านการควบคุมการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงควรมีการปรับปรุงแบบการบริหารจัดการฯให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เน้นระบบ การสั่งการที่มีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข,
ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

วันที่รับ: 22 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไข: 21 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล sayamraj1459@hotmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

³ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Development of management model of medicine and public health emergency response: the case of particulate matter with a diameter of less than 2.5 microns (PM_{2.5}) Chiang Rai Province

Sayamraj Foojaroenkallaya, M.P.H.^{1*}

Samran Chuamuangphan, Ph.D.²

Anuruk Srijai, M.P.H.³

Abstract

The issue of particulate matter with a diameter of less than 2.5 microns (PM_{2.5}) in the Asia-Pacific region significantly impacts health, the economy, and society. This research and development aimed to develop a public health emergency management model for particulate matter with a diameter of less than 2.5 microns (PM_{2.5}) in Chiang Rai Province. The population in the study was the committee of the emergency operation center in the case of PM_{2.5} in Chiang Rai Province, with a total of 468 cases. The qualitative data were analyzed using content analysis, and the quantitative data were analyzed using a paired t-test. The results of the study found that the model of operation uses the SUPPORT management model, which includes monitoring four groups of at-risk diseases, understanding the action plan, promoting community health and resilience, self-protection with health literacy, creating development opportunities, responding to situations promptly, and dividing teams and defining roles clearly. The model development found that 1) planning, 2) organization, 3) command and control, 4) coordination, and 5) operational control had statistically significant differences in mean values before and after development ($p < .001$). Therefore, the management model should be appropriately applied to the context of the area, emphasize an efficient command system, and continuously enhance public health literacy.

Keywords: Model development, Management, Medicine and public health emergency response, PM_{2.5}

Received: Feb 22, 2024 Revised: Apr 21, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Senior Professional Level Plan and Policy Analyst, Chiang Rai Provincial Public Health Office

* Corresponding author E-mail: sayamraj1459@hotmail.com

² Professional Level Public Health Technical Officer, Chiang Rai Provincial Public Health Office

³ Senior Professional Level Human Resource Officer, Chiang Rai Provincial Public Health Office

บทนำ

ปัญหามลพิษทางอากาศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกถือเป็นความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบและสร้างความเสียหายต่อการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ผลผลิตทางการเกษตร และสุขภาพของประชาชน ซึ่งพบว่า ร้อยละ 92 ของประชากรในเอเชียและแปซิฟิก หรือประมาณ 4 พันล้านคน ต้องเจอกับปัญหามลพิษทางอากาศที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางสุขภาพ (United Nations Environment Program, 2019) โดยสาเหตุที่เกิดขึ้นมาจากการเผาถ่านเพื่อเตรียมการเพาะปลูกของประชาชนในพื้นที่ ในปี ค.ศ. 2003-2004 ปัญหาหมอกควันกลับมาอีกครั้งจากการเผาป่าขนาดใหญ่บริเวณเขตสุมาตราและกาลิมันตันในอินโดนีเซีย ผลของการเผานี้ก่อให้เกิดกลุ่มหมอกควันขนาดใหญ่ลอยในน่านฟ้าของประเทศเพื่อนบ้าน ทั้ง สิงคโปร์ มาเลเซีย บรูไน และอินโดนีเซีย (Charusombat, 2022) ในประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษในระดับท้องถิ่นที่ส่งผลกระทบต่อระดับประเทศและระดับโลกซึ่งมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมลพิษจากภัยพิบัติไฟป่าและหมอกควันซึ่งทำให้เกิดเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมหลักที่สำคัญในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศ และส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 4 กลุ่มโรคหลักได้แก่ (1) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว (2) โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น คัดจมูก น้ำมูกไหล แสบจมูก และคอ (3) ผิวหนังอักเสบ เช่น คันบน ตามร่างกายมีผื่นแดงทั่วร่างกาย และ (4) เยื่อตาอักเสบ เช่น แสบร้อนหรือคันตา ตาแดง ตาพร่ามัว (วิจารณ์ สิมายา, 2563) ซึ่งจากรายงานในฐานข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 1 ภาคเหนือตอนบนสูงถึง 1,183,691 ราย และสูงที่สุดในประเทศไทย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จังหวัดเชียงรายตั้งอยู่เหนือสุดของประเทศไทย มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่าและประเทศลาว พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทางการเกษตรกรรมที่มีการเพาะปลูกและทำการเกษตรหลากหลายรูปแบบ ทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่ใกล้เคียงป่า (สำนักงานธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดเชียงราย, 2565) ซึ่งเอื้อต่อการเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษ ได้แก่ ไฟป่าและการเผาเชิงเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่ติดต่อกับชายแดนประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีลักษณะเป็นภูเขาใหญ่สลับซับซ้อนและมีลักษณะเป็นแอ่งกระทะ ทำให้เกิดการสะสมของมลพิษได้ง่ายทั้งในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านอย่างพม่าและลาว นำไปสู่การกระจายของหมอกควันที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศที่สามารถแพร่กระจายข้ามพรมแดนได้อย่างอิสระ ซึ่งส่งผลทำให้ประชาชนในพื้นที่ชายแดนได้รับผลกระทบอย่างมาก (ณภัทร พงษ์เทอดศักดิ์, 2558) เนื่องจากมลพิษทางอากาศที่เกิดจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ในอากาศมีความเข้มข้นเกินมาตรฐานค่อนข้างสูง จากรายงานของกรมควบคุมมลพิษเมื่อเดือนมีนาคม 2566 พบว่า ค่าปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ตรวจพบฝุ่น $PM_{2.5}$ คือ 170 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบสูงถึง 586 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (กรมควบคุมมลพิษ, 2566) ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ ผิวหนังอักเสบ และเยื่อตาอักเสบ และยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในด้านการท่องเที่ยว และปัญหาทางสังคมในปรับใช้นโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Hangtrakul, Kanthawee, & Inchon, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมในสถานการณ์ปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เกินมาตรฐาน จากคู่มือเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รัฐบาลได้ประกาศมาตรการสำหรับการแก้ไขปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยมุ่งแก้ไขปัญหาละอองฝุ่นที่เกิดจากการดูแลสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ได้แก่ มาตรการตามแผนปฏิบัติการระดับชาติ และมาตรการเร่งด่วนในการดำเนินการในช่วงที่มีปริมาณฝุ่นละอองสูง โดยมุ่งเน้นการลดแหล่งกำเนิดมลพิษ และการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดนวัตกรรมและให้นำไปประยุกต์ใช้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการคุณภาพอากาศให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองจากผู้ประกอบการ และประชาชนด้วยการจูงใจ การออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย และกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ก่อมลพิษ เพื่อลดมลพิษตั้งแต่ต้นทาง (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2566) นอกจากนี้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ได้นำระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้และบรรจุในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 โดยในระยะเริ่มแรกได้นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันที่มีความรุนแรงและซับซ้อนกว่าอดีต ทำให้ต้องมีการติดตามประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับเหตุ การณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งพัฒนาความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operation center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) ระดับจังหวัดขึ้น เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวและได้ข้อมูลการระบาดของโรคและภัย รวมทั้งจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล (ดารณี วรชาติ, ชาตรี นันทพานิช, รุ่งทิวา ประสานทอง และ พรพิมล ชันชูสวัสดิ์, 2561)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้จัดตั้งศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (emergency operations center, EOC) กรณีฝุ่น $PM_{2.5}$ ขึ้น (นพชัย พองอิสสระ, 2565) โดยศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีข้อสั่งการให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ให้โรงพยาบาลในสังกัดจัดตั้งคลินิกมลพิษ และให้ทุกหน่วยงานในสังกัดจัดให้มีห้องปลอดฝุ่น (safety zone) เพื่อให้บริการแก่ประชาชน และมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อให้พร้อมปฏิบัติงานรองรับภาวะฉุกเฉินจากฝุ่น $PM_{2.5}$ นอกจากนี้ยังมีคำสั่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้ส่งต่อมายังจังหวัดเพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงาน (ณภัทร พงษ์เทอดศักดิ์, 2558) อย่างไรก็ตามในจังหวัดเชียงรายในช่วงที่ผ่านมา พบว่า การแก้ไขปัญหายังไม่ประสบความสำเร็จ อันเนื่องมาจากทุกปียังมีการเกิดไฟไหม้ป่า การเผาเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร และการเผาในที่โล่งของประชาชน ซึ่งเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง จึงกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาหมอกควัน แต่ในทางปฏิบัติกลับ พบว่า ยังคงเกิดไฟป่าในพื้นที่ภาคเหนือเป็นประจำทุกปี โดยไม่มีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ปัญหาหมอกควันก็ยังคงเกิดขึ้นจนเป็นวิกฤติการณ์สิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสังคมเป็นบริเวณกว้างมาโดยตลอด (วิวัฒน์ หมั่นการ และ วิเชต ทวีกุล, 2564) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาหมอกควันที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ เนื่องจาก

ฝุ่น PM_{2.5} ยังสามารถแพร่กระจายได้อย่างอิสระ ซึ่งต้องอาศัยระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุมและรวดเร็วทั้งในด้านมาตรการและกำลังคนในการดำเนินงานเพื่อให้การจัดการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2566) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษารูปแบบการดำเนินงานบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ของจังหวัดเชียงรายที่เป็นอยู่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} ของจังหวัดให้เป็นรูปธรรมและสามารถนำมาใช้ได้จริงในการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาผลกระทบจากฝุ่น PM_{2.5} อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} ของจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} ของจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าพัฒนารอบแนวคิดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (phase) ได้แก่ ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบเบื้องต้น ระยะที่ 2: การทดลองและปรับปรุงรูปแบบ และ ระยะที่ 3: การนำไปใช้และประเมินผล โดยใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC ประกอบด้วย P = planning O = organizing C = commanding C = commanding C = controlling เป็นหลักการจัดการองค์กรสู่ความสำเร็จตามแนวคิดของ Fayol (Fayol, 1949) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย มีทั้งหมด 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) (Research 1: R1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการกรณีฝุ่น PM_{2.5} ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับผู้บริหาร จำนวน 8 ราย และ 2) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 24 ราย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่อง PM_{2.5} ประกอบด้วย เอกสารสรุปการประชุม หนังสือสั่งการ หนังสือราชการ คู่มือการดำเนินงาน ในการรวบรวมข้อมูลเรื่องแผนการดำเนินงาน มาตรการ และนโยบาย และ 2) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) และได้ปรับปรุงรูปแบบข้อคำถาม และนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย ใช้รูปแบบเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (qualitative : case study) ดำเนินการประเมินสถานการณ์และการดำเนินงานด้วยหลักวิเคราะห์ SWOT analysis (Puyt, Lie & Wilderom, 2023) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหาร 1 กลุ่ม และกลุ่มผู้ปฏิบัติ 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 ราย เกี่ยวกับประเด็นกรณีศึกษาการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} ของจังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (development prototype) (Development 1: D1) จากผลในขั้นตอนที่ 1 ได้นำมาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย ดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีการประชุมระดมสมอง (brainstorming) และการประชุมก่อนปฏิบัติการ (before action review) ใน 2 กลุ่ม คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับผู้บริหาร และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งมีการพัฒนาต้นแบบ และการจัดทำผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎี POCCC (Fayol, 1949) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสถานการณ์

ระยะที่ 2 การทดลองและปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองรูปแบบ (model testing) (Research2: R2) นำรูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} ที่ได้จากการพัฒนามาทดลองใช้ระหว่าง เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชากรกลุ่มเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย คือแบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการประชุมก่อนปฏิบัติการ (before action review) และการประชุมหลังปฏิบัติการ (after action review) และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเด็นข้อคำถาม จำนวน 3 ท่าน และนำไปปรับปรุงข้อคำถามก่อนทำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยมีบทบาทในการดำเนินวิจัย ใช้วิธีการประชุมก่อนปฏิบัติการ และการประชุมหลังปฏิบัติการ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็นที่ได้แล้วนำมาจัดทำแบบร่างรูปแบบ นักวิจัยร่วมวิพากษ์และปรับปรุงแก้ไข และสรุปผลจากการดำเนินงาน

การตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิเคราะห์ใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ทั้งการตรวจทางเอกสารและการตั้งคำถามเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลายคน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลว่ามีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกันของข้อมูล และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนกระทั่งข้อมูลที่ได้มามีความอิ่มตัว (saturated data)

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบ (adjust prototype) (Development2: D2) นำผลการวิจัยที่ได้ทั้งหมด และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงการรับข้อเสนอแนะ และพิจารณาปัญหาอุปสรรคที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปใช้ (implementation) (Research3: R3) นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ในสถานการณ์จริง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากประชากร ประกอบด้วย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย ปี 2566 ทั้งหมด 468 ราย แบ่งเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด จำนวน 41 คน และคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวน 427 ราย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินผลการพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี POCCC (Fayol, 1949) มีลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดได้ 5 คะแนน จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการวางแผน 2) ด้านการจัดองค์กร 3) ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ 4) ด้านการประสานงาน และ 5) ด้านการควบคุมรวมจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การแบ่งระดับค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยระหว่าง 80 ถึง 100 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 60 ถึง 79 อยู่ในระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ยระหว่างต่ำกว่า 60 อยู่ในระดับต่ำ จากนั้นนำแบบสอบถาม

ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) เท่ากับ .84 และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 20 ราย และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 และ 2) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบฯ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

วิธีดำเนินการวิจัย ใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อทดลองรูปแบบจากการพัฒนา และเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนาการปรับการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแบบสอบถามแบบประเมินผลการพัฒนาฯ ในกลุ่มประชากร จำนวน 468 ราย

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล (evaluation) (Development 3: D3) สรุปผลการประเมินรูปแบบจากข้อมูล ในขั้นตอนที่ 5 นำมาสรุปการดำเนินงานในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย ได้รับหมายเลขรับรอง CRPPHO 009/2565 วันที่รับรอง 28 มกราคม 2565 จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัย ชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และมีการนำเสนอข้อมูล ในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และใช้เวลาในการตัดสินใจ หลังจากนั้นจึงให้ลงนามยินยอมใน ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณการประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบฯ ในระยะก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงาน โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Research1: R1)

การศึกษาสถานการณ์ พบว่า จุดแข็งในการดำเนินงานที่ผ่านมาคือในการดำเนินงานมีโครงสร้างระบบ บัญชาการ มีคำสั่งและบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการรายงานผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM_{2.5} ซึ่งได้รับการ สนับสนุนระบบเฝ้าระวังสื่อสารความเสี่ยงฝุ่น PM_{2.5} จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกองประเมินผลกระทบ ต่อสุขภาพ กรมอนามัย แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคเนื่องจากประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงระบบเตือนภัยสื่อสาร ความเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง รวมไปถึงการขาดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ ด้านการประสานงาน และด้านการกำหนดหน้าที่ในการทำงานที่ยังไม่มีความชัดเจน

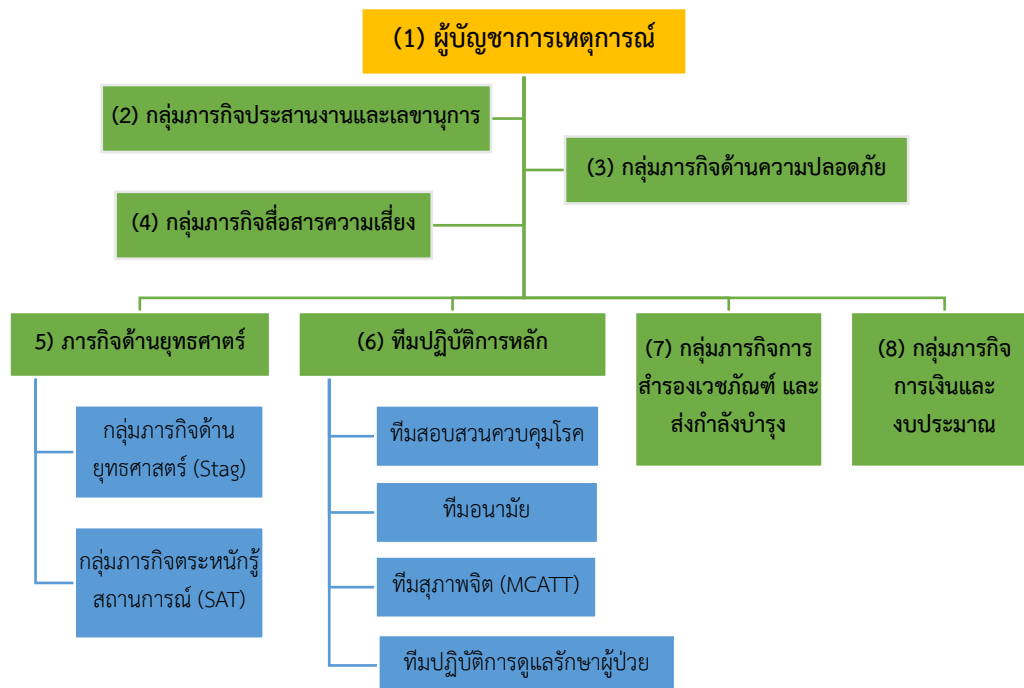
ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Development1: D1)

ขั้นตอนการพัฒนาต้นแบบทำให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการฯดังนี้

Planning: การวางแผน ในการดำเนินงานระยะเตรียมการจัดทำแผน แผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตราย:

All Hazard Plan (AHP) แผนประคองกิจการ: Business Continuity Plan (BCP) แผนปฏิบัติการเฉพาะโรค Hazard specific plan แผนเผชิญเหตุ: Incident Action Plan (IAP) และแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชน โดยมีการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สื่อสารเตือนภัยทุกวัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการแจ้งเตือนที่แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับค่า $PM_{2.5}$ ไม่เกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ลบม.) กำหนดให้สื่อสารวันละ 1 รอบ, ระดับค่า $PM_{2.5}$ 51-75 มคก./ลบม. สื่อสารวันละ 2 รอบ และ ระดับค่า $PM_{2.5}$ มากกว่า 76 มคก./ลบม. สื่อสารวันละ 3 รอบ (2) ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักให้แก่ประชาชนในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และให้คำแนะนำแก่ประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในช่องทางต่าง ๆ (3) เตรียมความพร้อมในการดูแลกลุ่มเสี่ยง และสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการป้องกันสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ในช่วงวิกฤต และสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นแกนนำในการให้คำแนะนำและดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (4) จัดทำทะเบียนและตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่อาสาสมัครดับไฟฟ้า (อสส.) ก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงาน และเตรียมความพร้อมระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้การรักษาและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยจากมลพิษ และประสานงานกับสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อจัดทำห้องปลอดฝุ่นในสถานที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง (5) เฝ้าระวังสถานการณ์การเจ็บป่วย ในกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัส ฝุ่นละออง ที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติควบคุม โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 และรายงานให้คณะกรรมการในระดับอำเภอทุกสัปดาห์ และ (6) เตรียมความพร้อมของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น $PM_{2.5}$ และจัดทำแผนปฏิบัติการ

Organizing: การจัดองค์กรในการดำเนินงานได้แต่งตั้งคณะกรรมการตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาฝุ่น $PM_{2.5}$ ในจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 8 กล่องภารกิจหลัก ได้แก่ (1) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (2) กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ (3) ภารกิจด้านความปลอดภัย (4) กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง (5) กลุ่มภารกิจด้านยุทธศาสตร์ (6) กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (7) กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง และ (8) กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ



แผนภาพที่ 2 แสดงแผนผังโครงสร้างบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

Commanding: การบังคับบัญชาสั่งการ เป็นการดำเนินงานโดยระบบแบบเบ็ดเสร็จ (single command) โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) ดำเนินการเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (public health emergency operation center: PHEOC) ระดับจังหวัด และมีการประชุมคณะกรรมการตามแผนผังโครงสร้างบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ดังแผนภาพที่ 2)

Coordination: การประสานงาน ใช้การดำเนินงานโดยมีผู้ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล หน่วยงานหรือ องค์กร (liaison officer) วางแผนและประสานการจัดประชุม สรุปรายงานการประชุมและข้อสั่งการ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและสื่อสารข้อสั่งการไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีการวางแผนเพื่อผลักดันให้ข้อสั่งการของผู้บัญชาการเหตุการณ์ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

Controlling: การควบคุมการดำเนินงานการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการควบคุมโดยคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยมีการประสานงานในแต่ละระดับในการทำหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการตอบโต้ข่าวสารที่เป็นเท็จ กำหนดให้ทีมในทุกอำเภอ เมื่อทราบข่าวในพื้นที่ หรือทางสื่อสังคมออนไลน์ ให้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูล ข้อเท็จจริง และทำการตอบโต้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และรายงานมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อดำเนินการรายงานข้อเท็จจริงไปยังกระทรวงสาธารณสุข และสื่อสารให้ประชาชนรับทราบ

ระยะที่ 2 การทดลองและปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองรูปแบบการดำเนินงาน (Research2: R2)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบเบื้องต้นไปทดลองใช้ในกลุ่มย่อย ในการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและการปฏิบัติการในภาวะปกติ โดยได้นำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการดำเนินงานจริงในช่วงที่ปัญหาหมอกควันและฝุ่น $PM_{2.5}$ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ได้ผลการวิจัย ดังนี้

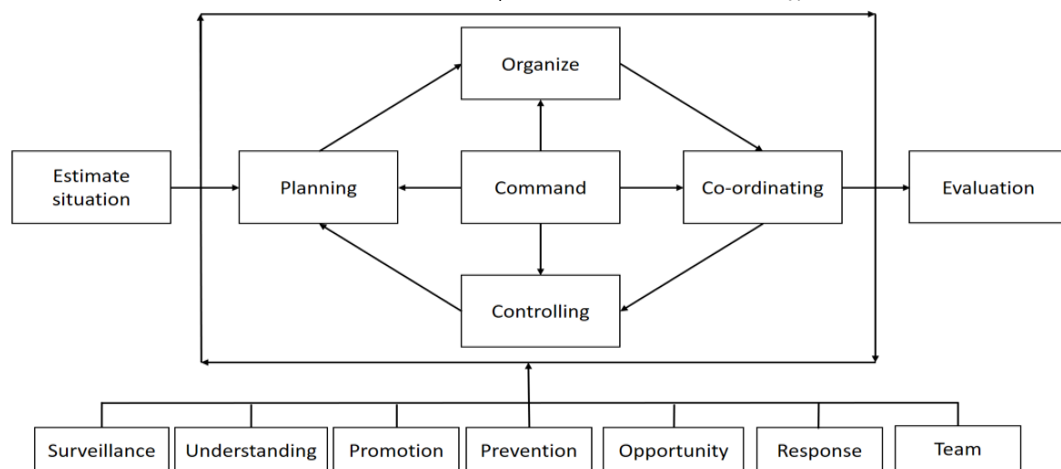
ขั้นการวางแผน ดำเนินงานจัดประชุมก่อนปฏิบัติการ เพื่อให้คณะกรรมการผู้ดำเนินงานได้รับทราบนโยบาย ข้อสั่งการ และรูปแบบการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และผู้ปฏิบัติงานตามกล่งต่าง ๆ อย่างชัดเจน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น $PM_{2.5}$ เมื่อเข้าสู่ช่วงที่เกิดปัญหาผู้บัญชาการเหตุการณ์ มีหน้าที่ในการสั่งการโดยใช้ระบบแบบเบ็ดเสร็จเพื่อลดความสับสนในการสั่งการในผู้ปฏิบัติงาน และให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้กำหนดนิยามและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน

ขั้นปฏิบัติและสังเกต มุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับฝุ่น $PM_{2.5}$ พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น โดยมีการดำเนินงานดังนี้ 1) จัดตั้งคลินิกมลพิษ ในสถานบริการสาธารณสุข 2) ทีม 3 หมอ/หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ลงเยี่ยมบ้าน 3) จัดทำห้องปลอดฝุ่น (clean room) ในสถานบริการและสถานที่ต่าง ๆ 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

ขั้นการสะท้อนผล หลังจากการดำเนินงานมีการจัดประชุมทบทวนหลังปฏิบัติเพื่อสะท้อนข้อดีข้อเสีย รวมไปถึงถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งพบจุดแข็งคือการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้ในการบริหารสถานการณ์โดยมอบหมายให้นายอำเภอเป็นผู้บัญชาการ ตามระบบ single command การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในทุกช่องทาง และสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงต้นแบบ (Development: D2)

ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการฯ มีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ (SUPPORT) ได้แก่ surveillance (S) understanding (U) promotion (P) prevention (P) opportunity (O) response (R) team (T) สอดคล้องกับองค์ประกอบในการสนับสนุนการดำเนินงานตามทฤษฎี POCCC ดังแผนภาพที่ 3 ดังนี้



แผนภาพที่ 3 แสดงรูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น $PM_{2.5}$ จังหวัดเชียงราย

(1) S: surveillance (เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มโรค) มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ PM_{2.5} โดยสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง คือ เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค (โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตาอักเสบ และผิวหนังอักเสบ) ดำเนินงานโดยทีม 3 หมอ หรือหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ลงเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นแกนนำในการให้คำแนะนำและดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

(2) U: understanding (เข้าใจในแผนการดำเนินงาน) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชน โดยมีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสรุปสถานการณ์และคาดการณ์แนวโน้มของฝุ่น PM_{2.5} ในปีถัดไป เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบแนวปฏิบัติ ข้อคำสั่ง และสถานการณ์ เพื่อปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

(3) P: promotion (ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งชุมชน) มุ่งเน้นในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยจัดตั้งคลินิกมลพิษในสถานบริการสาธารณสุข และรูปแบบออนไลน์ โดยจะให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล รวมถึงจัดทำแผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ทั้งระดับจังหวัดและในพื้นที่ คือ คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (คสจ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

(4) P: prevention (ป้องกันตนเองด้วยอุปกรณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพ) มีการเตรียมความพร้อมของระบบบริการสาธารณสุขให้กับประชาชน โดยสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้กับหน่วยงานในระดับชุมชน เพื่อแจกจ่ายให้กับประชาชนในพื้นที่ จัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นในพื้นที่โดยมีเป้าหมายในระดับชุมชนคือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานที่ที่มีกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ บ้านผู้ป่วยติดเตียง และมุ่งเน้นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อป้องกันและลดผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่น PM_{2.5} ตามองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพ

(5) O: opportunity (สร้างโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ) สร้างโอกาสในการพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านของผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยพัฒนาต้นแบบชุมชนจัดการความเสี่ยงและจัดการปัญหาฝุ่น PM_{2.5} ซึ่งมีระบบเฝ้าระวังสื่อสารความเสี่ยงฝุ่นควัน โดยใช้โปรแกรม “ผ่องดีดีตำบล”

(6) R: response (ตอบโต้สถานการณ์แบบทันท่วงที) จากการเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่น PM_{2.5} มีการจัดประชุมในการดำเนินงานทุกเดือน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และมีการสรุปการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที รวมทั้งมีระบบติดตามรายงานและแจ้งเตือนสถานการณ์ โดยมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข (operation center: OC) กรณีหมอกควัน และฝุ่น PM_{2.5} ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ

(7) T: team (แบ่งทีมและกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน) มีการแบ่งทีมในการดำเนินงานอย่างชัดเจนในการปฏิบัติงานตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ ประกอบด้วย 8 กล่องภารกิจหลัก ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการพัฒนาต้นแบบในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล

ผลการเปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน หลังการพัฒนารูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5} จังหวัดเชียงราย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (N=468)

ผลลัพธ์ของการพัฒนา	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ด้านการวางแผน (planning)					
ก่อนพัฒนา	19.41	6.33	467	36.26	0.00**
หลังพัฒนา	22.40	3.63			
ด้านการจัดองค์กร (organizing)					
ก่อนพัฒนา	19.41	5.44	467	40.43	0.00**
หลังพัฒนา	22.47	3.69			
ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ (commanding)					
ก่อนพัฒนา	19.72	78.56	467	48.11	0.00**
หลังพัฒนา	23.09	1.66			
ด้านการประสานงาน (coordination)					
ก่อนพัฒนา	19.64	5.42	467	36.59	0.00**
หลังพัฒนา	22.46	3.67			
ด้านการควบคุมการดำเนินงาน (controlling)					
ก่อนพัฒนา	19.70	5.84	467	37.77	0.00**
หลังพัฒนา	22.56	3.06			

** $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน หลังพัฒนารูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาซึ่งมีการศึกษาทั้ง 3 ระยะ โดยได้ประยุกต์กรอบทฤษฎี POCCC เข้ามาช่วยในการสร้างกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้มีการพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ ของทฤษฎีเพื่อช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) การวางแผน มีการเตรียมแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน รวมทั้งการเฝ้าระวังสถานการณ์การเจ็บป่วยจากการสัมผัสฝุ่นละอองในอากาศ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนชนบท โดยมีการเพิ่มการวางแผน ทั้งในด้านการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในทุกระดับ มีคู่มือแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน ที่ชัดเจน มีความพร้อม สามารถ

ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรสามารถปรับเปลี่ยนหมุนเวียนอัตรากำลังได้ในภาวะฉุกเฉิน สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง (เกศรา แสนศิริทวิสุข, วนิดา ดิวิเศษ และ ละมัย ร่มเย็น, 2564) 2) การจัดองค์กร โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการตามโครงสร้าง และมีการใช้ระบบการบัญชาการเหตุการณ์การจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ (incident command system: ICS) ด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการบริหารจัดการ 3) การบังคับบัญชาสั่งการ เป็นการดำเนินงานโดยระบบแบบเบ็ดเสร็จ (single command) ในระดับจังหวัดโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้สั่งการ และสั่งการระดับหัวหน้ายิ่งผู้ปฏิบัติงาน หรือรูปแบบจากบนลงล่าง สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การมีกลไกการดำเนินงานแบบบูรณาการทั้งในระดับจังหวัด โดยจัดตั้งองค์กรคณะกรรมการระดับจังหวัดขึ้น มีคำสั่งและแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบกับการมี อสม. ที่มีความเข้มแข็งทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีการวางระบบการสั่งการ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการหลักเพียงคนเดียว ส่งผลให้ลดการสั่งการทับซ้อนกัน ลดความสับสนของผู้ปฏิบัติงานโดยบุคลากรในทีมให้การสนับสนุนและร่วมกันปฏิบัติงานตามแผนภายใต้คำสั่งการของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (ณรงค์ ลือชา และ ญัฐกานต์ ปะบุต, 2566) 4) การประสานงาน โดยมีการทำหน้าที่ติดต่อประสานงานระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล หน่วยงานหรือองค์กร โดยมีการวางแผนและประสานงานสรุปการดำเนินงานและข้อสั่งการ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค สื่อสารข้อสั่งการไปยังหน่วยงานในสังกัดในพื้นที่ และสื่อสารข้อมูลให้กับประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบเตือนภัยความร้อนและหมอกควันล่วงหน้าสำหรับพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนาและใช้การแจ้งเตือนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยใช้สื่อรูปภาพ หรือ info graphic พร้อมทั้งมีการแจ้งเตือนดัชนีความร้อนและ $PM_{2.5}$ ผ่านช่องทาง Line application (อัศมน ลิ้มสกุล และคณะ, 2563) และ 5) การควบคุมการดำเนินการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการควบคุมโดยคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง มีการประสานงานในแต่ละระดับในการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ในการศึกษารั้วนี้เมื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสมกับพื้นที่แล้ว สามารถพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีฝุ่น $PM_{2.5}$ จังหวัดเชียงราย ที่เป็นองค์ประกอบในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานได้เป็น 7 องค์ประกอบคือ SUPPORT ได้แก่ (1) เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (2) เข้าใจแผนการดำเนินงาน (3) ส่งเสริมสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน (4) ป้องกันตนเองด้วยอุปกรณ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (5) สร้างโอกาสในการพัฒนาศักยภาพชุมชน (6) ตอบโต้สถานการณ์แบบทันทั่วทั้งที่ และ (7) แบ่งทีมและกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้กรอบของทฤษฎีทางการบริหาร POCCE สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2562 ที่ พบว่า มีการวางแผนประชุมแผนงาน และเตรียมความพร้อมในเรื่องของความปลอดภัย รวมทั้งวัสดุและอุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอและพร้อมใช้งานสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ในส่วนกำลังคนมีการจัดอบรมการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร เพื่อให้เข้าใจระบบบัญชาการเหตุการณ์

และสามารถปฏิบัติงานในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินได้ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ตามภารกิจ และชี้แจงการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ทุกกลุ่มภารกิจให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่และชุมชน (ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, ปทุมมาลย์ ศีลาพร, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ และ สุมาลี จันทลักษณ์, 2566)

นอกจากนี้ผลการวิจัยยัง พบว่า ควรมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน และด้านการป้องกันตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีการพัฒนาแผนการดำเนินงานในการจัดตั้งคลินิกมลพิษ และจัดตั้งห้องปลอดฝุ่น (clean room) รวมถึงสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพในระดับตัวบุคคล รวมทั้งป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน สอดคล้องกับผลการศึกษากิจการปัญหาไฟป่าและหมอกควันตามหลักพุทธรณิเวศวิทยาของหน่วยป้องกันและพัฒนาป่าไม้เกาะคา จังหวัดลำปาง (สายชล สง่าศรี, จีรศักดิ์ ปันลำ และ สมจันท์ ศรีปรัชยานนท์, 2565) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและวิถีชีวิตเกิดจากปัญหาไฟป่าและหมอกควัน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (strong community) และการสร้างความตระหนักตระหนักถึงสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตมนุษย์ที่ยั่งยืน ทั้งสอดคล้องกับการศึกษาศักยภาพการแก้ไขปัญหาวิกฤติ PM_{2.5} ขององค์การบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ของ เสาวนารถ เล็กเลสินธุ์ (2564) พบว่า แรงจูงใจในการแก้ปัญหา คุณลักษณะการแก้ปัญหา และทักษะในการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการแก้ไขปัญหาวิกฤติฝุ่น PM_{2.5} อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังเป็นโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพชุมชนในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งในด้านผู้ปฏิบัติงานและชุมชน ด้านการตอบโต้สถานการณ์แบบทันทั่วทั้งที่ รวมถึงการแบ่งทีมและกำหนดบทบาทหน้าที่ อย่างชัดเจนในการพัฒนารูปแบบทำให้ลดปัญหาในการดำเนินงานผิดพลาด และลดระยะในการทำความเข้าใจคำสั่งในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินในการจัดการเหตุฉุกเฉินของรัฐบาลท้องถิ่นโดยพัฒนาระบบ ICS ตามภารกิจต่าง ๆ ที่กรมควบคุมมลพิษกำหนด ขั้นตอนบัญชาการที่ใช้การสั่งการแบบเบ็ดเสร็จ (single command) เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นติดตามข้อสั่งการอย่างทันที (Sinclair, Doyle, Johnston & Paton, 2013; ฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์, 2561) นอกจากนี้ยังใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบัญชาการ ผ่านการสื่อสารทางกลุ่มไลน์และโปรแกรม Zoom meeting เพื่อให้ตอบสนองได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถรับรู้ได้อย่างทั่วถึงในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก (วิรัช ประวันเตา, พรสุรงค์ ราชภักดี และศรายุทธ อุตตมาภพวงศ์, 2564) นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก พบว่า ในขั้นตอนการควบคุมและติดตามการดำเนินงาน โดยมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ในการรายงานสถานการณ์ผ่านการสนทนากลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อติดตามควบคุมและตอบสนองคำสั่งอย่างทันที และมีการประชุมสรุปงานในระดับองค์กร อำเภอ และจังหวัด เพื่อสรุปสถานการณ์และหาข้อปัญหาอุปสรรค หรือผลการดำเนินงานเพื่อเสนอให้กับคณะกรรมการในระดับจังหวัดต่อไป รวมทั้งมีการวางกำลังคนในพื้นที่ ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์ ส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังป้องกันเหตุการณ์ได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ (วิรัช ประวันเตา และคณะ, 2564)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดอื่นๆ สามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดำเนินงานบริหารจัดการฯ โดยนำแนวทาง SUPPORT มาปรับใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงปัญหาสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ซึ่งการดำเนินงานควรมีการวางแผนดำเนินงานให้เข้ากับบริบทและปัญหาในพื้นที่ โดยผู้ดำเนินงานควรทำความเข้าใจตรงกันในด้านของมาตรการและนโยบายในการดำเนินงานในแต่ละปีงบประมาณ

2. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาต่อยอดการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในกรณีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งจะทำให้สามารถลดระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และมีแผนแม่แบบเพื่อตั้งต้นในการดำเนินงานในปัญหาด้านอื่น ๆ และสามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเน้นระบบการส่งการที่มีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยนำไปใช้ในระดับชุมชน แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ โดยนำไปประยุกต์ใช้ในต่างพื้นที่ เพื่อขยายรูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแผนแม่แบบในการดำเนินงานจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่น PM_{2.5}

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}). นนทบุรี: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/4.2-PM-2.5-V3.pdf>
- กรมควบคุมมลพิษ. คุณภาพอากาศบริเวณตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก <http://air4thai.pcd.go.th/webV3/#/History>.
- เกศรา แสนศิริวิสุข, วนิดา ดิษวิเศษ และ ละมัย ร่มเย็น. (2564). แนวทางการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนเมืองเปรียบเทียบกับชุมชนชนบท เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 1(1), 1-15.
- ฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์. (2561). ศักยภาพการแก้ไขปัญหาวิกฤติฝุ่นควันขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ขององค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารเกษมบัณฑิต, 19(ฉบับพิเศษ มีนาคม 2561), 229-241.

- ณภัทร พงษ์เทอดศักดิ์. (2558). ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในภาวะหมอกควันของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 8(15), 140-147.
- ณรงค์ ลือชา และ ณัฐกานต์ ปะบุตร. (2566) การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 15(3), 9-24.
- ดารณี วรรณชาติ, ขาตรี นันทพานิช, รุ่งทิวา ประสานทอง และ พรพิมล ชันชูสวัสดิ์. (2561). การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(2), 190-202
- ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร, ปทุมมालย์ ศิลาพร, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ และ สุมาลี จันทลักษณ์. (2563) การประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2562. *วารสารควบคุมโรค*, 46(4), 528-539.
- นพชัย ฟองอิสสระ. (2565). ข้อตกลงอาเซียนว่าด้วยมลพิษหมอกควันข้ามพรมแดน ที่มีผลต่อการจัดการหมอกควันข้ามพรมแดนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย กรณีศึกษาระบบจัดการแบบเบ็ดเสร็จ. *วารสารรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์*, 13(1), 89-118.
- วิจารณ์ สิมานายา. มลพิษจากหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือ: ปัญหาและแนวทาง. ใน การสัมมนา "วิกฤตโลกร้อน มลพิษหมอกควัน มหันตภัยใกล้ตัว" คณะกรรมการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม วุฒิสภา 11 กุมภาพันธ์ 2554 จ.เชียงใหม่. เข้าถึงได้จาก https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2020/06/pcdnew-2020-06-05_07-33-31_040770.pdf.
- วิวัฒน์ หมั่นการ และ วิเชิต ทวีกุล. (2564). สมฤทธิผลในการนำนโยบายการแก้ปัญหาหมอกควันไปปฏิบัติในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(2), 1-12
- วิรัช ประวันเตา, พรสุรางค์ ราชักดี และ ศรายุทธ อุตตมาภพพงศ์. (2564). การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารควบคุมโรค*, 47(2), 396-408.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566) จำนวนป่วย (รายโรค) ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ปี พ.ศ.2567 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9c647c1f31ac73f4396c2cf987e7448a&id=297c1cb035778f7b49357693e6867e6c.
- สายชล สง่าศรี, จีรศักดิ์ ปันลำ และ สมจันทร์ ศรีปรัชยานนท์. (2565). การจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควันตามหลักพุทธรณิเวศวิทยาของหน่วยป้องกันและพัฒนาป่าไม้เกาะคา จังหวัดลำปาง. *วารสารปัญญา*, 29(1), 70-84.
- สำนักงานธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดเชียงราย. (2565). รายงานสรุปสถานการณ์ไฟป่าและฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ปี 2565. เชียงราย: ส่วนสิ่งแวดล้อม สำนักงานธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดเชียงราย. เข้าถึงได้จาก

<https://chiangrai.mnre.go.th/attachment/iu/download.php?WP=qUlcnKtjpQugZKqCGWOghJstqTgcWatjpQWgZ3pkGQEgG2rDqYyc4Uux>

- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2566). *คู่มือเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยที่คุกคามสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})*. นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1202520211213111057.pdf>
- เสาวนารถ เล็กเลอสินธุ์. (2564). ศักยภาพการแก้ไขปัญหาวิกฤติฝุ่นควันขนาดจิ๋ว (PM_{2.5}) ขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. *Journal of Administrative and Management Innovation*, 9(2), 1-13.
- อัศมน ลิ้มสกุล, ศิริพงศ์ สุขทวี, อ่อนจันทร์ โคตรพงษ์, วุฒิชัย พวงแก้ว, อัศดร คำเมือง, อดุลย์เดช ปัดภัย, ..., จิราภรณ์ นันทะจันทร์. (2563). *การพัฒนาระบบเตือนภัยความร้อนและหมอกควันล่วงหน้าสำหรับพื้นที่ภาคเหนือ ตอนบนของประเทศไทย*[รายงานวิจัย]. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. เข้าถึงได้จาก http://datacenter.deqp.go.th/media/images/6/B8/7._Final_Report_Heat_Haze_2561_2562.pdf.
- Charusombat, P. (2022). ASEAN cooperation on transboundary haze pollution: the perspective of institutional incremental change. *Journal of Environmental Information Science*. 2022(2), 1-12. doi: 10.11492/ceispapersen.2022.2_1
- Fayol, H. (1949). *General and industrial management* (2nd ed.). London. Sir Isaac Pitman & Sons, Ltd.
- Hangtrakul, P., Kanthawee, P., & Inchon, P. (2023). Health impacts from air pollution in border community of Thailand-Myanmar. *Journal of Health Science and Alternative Medicine*, 5(3), 92–95. doi: 10.14456/jhsam.2023.22.
- Puyt, R., Lie, F. B., De Graaf, F. J., & Wilderom, C. P. (2020). Origins of SWOT Analysis. *Proceedings - Academy of Management*, 2020(1), 17416. doi: 10.5465/ambpp.2020.132
- Sinclair, H., Doyle, E. E., Johnston, D., & Paton, D. (2013). The use of emergency operations centres in local government emergency management. *International Journal of Emergency Management*, 9(3), 205. doi: 10.1504/ijem.2013.058542
- United Nations Environment Programme. (2019). *Air Pollution Measures for Asia and The Pacific*. from <https://www.ccacoalition.org/resources/air-pollution-asia-and-pacific-science-based-solutions-summary-full-report>

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, พย.ม.¹

วิสุทธิ โนจิตต์, พย.ด.^{2*}

หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงษ์, ศษ.ด.²

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์แรกมักพบว่ามีอาการวิตกกังวล ความกลัวและความปวดขณะคลอด การจัดการความปวดที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดลองในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทดสอบ วิลคอกซัน ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลองทั้ง 3 ระยะต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์แรกก่อนคลอด ลดความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด, ระยะที่ 1 ของการคลอด, หญิงตั้งครรภ์แรก, การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

วันที่รับ: 13 มกราคม 2567 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก email: wnochit@gmail.com

Effects of pain management program in the first stage of labor among primipara women with continuous labor support

Namthip Prasittikan, M.N.S¹

Wisut Nochit. Ph.D.^{2*}

Hathairat Budsayapanpong, Ed.D.²

Abstract

Primipara women often experience anxiety, fear, and pain during delivery, therefore the appropriate development of a pain management model is extremely important. This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design, aimed to compare the average pain scores before and after the experiment in the latent, active, and transition phases. The sample group consisted of 30 primipara women who received midwife services in the community hospitals, in Uthai-Thani province. The experimental tool was a pain management program in the first stage of labor for primipara women by providing continuous labor support. Data collection tools included a personal information questionnaire and a pain assessment form with a numeric rating scale. Data were analyzed using frequency distribution statistics, percentages, means, and standard deviations. The research hypotheses were tested using Wilcoxon signed ranks test. The results showed that the mean pain score after all 3 phases of the experiment was significantly lower than before the experiment ($p < .01$). The results of this research can be used as a guideline for preparing primipara women before labor, reducing pain in the first stage of labor to increase the quality of nursing care in terms of pain management more efficient.

Keywords: Pain management, The first stage of labor, Primipara women, Continuous labor support

Received: Jan 13, 2024 Revised: Apr 26, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Registered nurse, Professional Level, Nongchang Hospital, Uthai Thani Province

² Registered nurse, Senior professional level, Boromrajonnani College of Nursing Chainat, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-Mail: Wnochit@gmail.com

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นกลไกทางธรรมชาติ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อดลูกที่หดตัว ทำให้มดลูกส่วนล่างถูกดึงรั้งจนปากมดลูกบางและเปิดขยาย ในขณะเดียวกันส่วนนำของทารกได้เคลื่อนต่ำลงมากดทับร่างแหประสาทที่ปากมดลูกและอุ้งเชิงกราน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์มีความรู้สึกเจ็บปวด กลัวการเจ็บครรภ์จากการคลอด รวมถึงกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและเกิดการรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นสิ่งที่น่ากลัว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรก (ธีระ ทองสง, 2564) โดยการคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 คือ ระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือ ระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดยาวนานที่สุด มีระยะเวลาประมาณ 8-24 ชั่วโมงหรือเป็นเวลานานเฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 6 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ปัญหาจากความปวดทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายต้องการให้สิ้นสุดการคลอดให้เร็วที่สุดด้วยการทำผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดต่อไปได้ (กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์ เสาวรส ป้อมเย็น, คำภา อยู่สุข และ ไชยรินทร์ ทายาวิวัฒน์, 2562)

ธรรมชาติของกระบวนการการคลอดอาศัยกลไก 3 ประการ ได้แก่ 1) แรงผลักดันในการคลอด (power) คือ แรงจากการบีบรัดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง 2) ช่องทางคลอด (passage) ประกอบด้วยช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก ได้แก่ ขนาดและรูปร่างเชิงกรานเป็นส่วนใหญ่ที่ยืดขยายได้น้อยมากกับส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อซึ่งสามารถยืดขยาย ได้แก่ พื้นเชิงกรานปากมดลูก ช่องคลอด และฝีเย็บ และ 3) สิ่งที่คลอดออกมา (passenger) ได้แก่ ทารกและรก (อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์, 2560) ความปวดจะเกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะปากเปิดมดลูกเปิดช้า (latent phase) อาการปวดเกิดจากมดลูกจะเริ่มหดตัวเพื่อผลักดันทารกให้ค่อยๆ เคลื่อนสู่อุ้งเชิงกราน ระยะนี้ปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 2) ระยะปากเปิดมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ระยะนี้อาการปวดมาจากการหดตัวของมดลูกที่บีบรัดตัวถี่ขึ้น ศีรษะและลำตัวทารกถูกผลักดันไปกดทับร่างประสาททำให้ระดับปวดจะเพิ่มมากขึ้นและทำให้รู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหน้าท้องและหลัง และ 3) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) เป็นระยะที่มีความปวดมาก หญิงตั้งครรภ์จะมีการรับรู้ลดลงเพราะถูกรบกวนด้วยความปวด (ละมัย วงศ์ศาสน์, 2561) นอกจากกระบวนการด้านร่างกายของการคลอดแล้ว สภาพอารมณ์และจิตใจก็ส่งผลต่อการความปวดและระยะเวลาคลอด เพราะความกลัว วิตกกังวลและความเครียดที่เกิดร่วมกับความปวด ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคโทโคลามีนเพิ่มขึ้น แต่ฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ซึ่งทำหน้าที่ช่วยให้มดลูกหดตัวลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดตัวของมดลูกลดลงทำให้เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า (ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี, 2560)

ในการจัดการความปวดในระยะเวลารอคอยคลอดนั้น ตามแผนการรักษาของแพทย์มักจะไม่ใช่ยาลดปวดในช่วงระยะเวลารอคอยคลอด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ต้องใช้การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานจริยธรรม

จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2561) ซึ่งการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการค้นหาวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสมและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การพยาบาลที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของ Adams & Bianchi (2008) มาใช้ในการสนับสนุนการคลอด ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (physical support) ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อลดความปวด เพิ่มความสุขสบาย 2) ด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อน การให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการคลอด 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information) ได้แก่ การให้คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติตัว และ 4) ด้านการเป็นตัวแทน (advocacy support) ได้แก่ การเป็นตัวแทนช่วยเหลือในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ รวมทั้งการปกป้องสิทธิ์ที่พึงได้รับ มีผู้นำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ ลดความกลัว ลดการใช้ยาเร่งคลอด (สุตารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2564) ลดความปวดในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน (ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวน และ เบญญาภา ธิติมาพงษ์, 2564)

สำหรับการนำวิธีการแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า มีวิธีการที่หลากหลายในการจัดการความปวด เช่น การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกช่วยลดความปวดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน (อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์, 2560) และช่วยลดระยะเวลาในการคลอด (พยุงศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว, 2561) การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561) การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ (ปิยาณี นักบุญ, ไฟทอง สอนงาม, ศุภธำภรณ์ มะหุวรรณ และ นิตยา กุลตั้งวัฒนา, 2566) การลดอาการปวดโดยการนวดหลัง (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565) ทั้งนี้การปรับมาใช้ในการจัดการความปวดควรพิจารณาตามความเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์แรกแต่ละราย เพื่อให้ได้ผลการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

การจัดการกับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้คลอดสามารถดูแลตนเองได้ และผ่านพ้นระยะที่มีความปวดไปได้ด้วยดี และปลอดภัย จากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการด้านการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี พบว่า จากการศึกษาวิเคราะห์เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดแบบปกติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 จำนวน 140 ชุด พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 4-8 เซนติเมตร และ 9-10 เซนติเมตร เท่ากับ 6.01, 8.03 และ 10 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่ผ่านมา (โรงพยาบาลหนองฉาง, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนกงานการพยาบาลผู้คลอด ในโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จึงมีความสนใจนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ร่วมกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายด้วยการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเพื่อนและช่วยนวดหลังขณะ

มดลูกหดตัว การนำแอปพลิเคชัน โจนมาใช้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือได้โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่เหมาะสมหญิงตั้งครรภ์แรกและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน

กรอบแนวคิด

เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกมักเกิดจากกลไกตามธรรมชาติของการคลอด และความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากการขาดประสบการณ์ การวิจัยครั้งนี้จึงนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง (Adams & Bianchi, 2008) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การเป็นตัวแทน มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ (แผนภาพที่ 1)

โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

- 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย
 - การบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชทำนั้งผีเสื้อกระพือปีก
 - การให้สามีหรือญาติหนุนหลัง
- 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์
 - การให้ข้อมูล ความรู้ กระบวนการคลอด
 - การให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - การให้ข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในรูปแบบวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์
- 4) การเป็นตัวแทน
 - การเป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ สร้างความมั่นใจ เคารพในการตัดสินใจ

ระดับความปวด

- ระยะปากมดลูกเปิดช้า
- ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
- ระยะการเปลี่ยนผ่าน

แผนภาพที่ 1 โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 6 แห่ง คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 3 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว 2) มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์และระยะคลอดต้องเป็นครรภ์ครบกำหนด 3) อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ 4) ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 6) มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่มารับฝากครรภ์จนสิ้นสุดระยะการเปลี่ยนผ่าน 8) มีสามีหรือญาติที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 ของระยะฝากครรภ์ 9) คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องผ่าตัดทารกออกทางหน้าท้อง เนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด มีภาวะที่ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน และทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกแรกคลอด และการมีส่วนร่วมของญาติ

1.2 แบบประเมินความปวด ชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ดัดแปลงโดยพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข (2528) ซึ่งได้รับความนิยมนำมาใช้ในการประเมินความปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้าและระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (นงลักษณ์ คำสวัสดิ์, 2563) เป็นเครื่องมือวัดเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งความยาวออกเป็น 10 ส่วน โดยมีเส้นตรงขีดตั้งลงบนเส้นตรง มีตัวเลข 0 ถึง 10 ระบุด้านล่าง ด้านซ้ายสุด คือ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ดู แล้วให้ตอบเป็นตัวเลข ใช้ในการประเมินความปวดของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอดในช่วงปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 4-8 เซนติเมตร และ 9-10 เซนติเมตร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนมาคลอด และระยะที่ 2 คือการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

3. คู่มือการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตัวในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก และวิดิทัศน์ประกอบคู่มือโดยเนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย กลไกการคลอด สาเหตุของความปวด วิธีการลดปวด การบริหารท่าผีเสื้อกระพือปีก และวิธีการนวดหลัง และวิดิทัศน์ประกอบการใช้คู่มือ ประกอบด้วย การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และวิธีการนวดหลังสำหรับญาติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความปวดชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) (Alavi, Biros & Cleary, 2020) ประเมินโดยผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 6 คน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 (ค่ายอมรับได้ 0.80-1.00)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 คู่มือและวิดิทัศน์ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และพยาบาลสูติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการคลอด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์สูตินรีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือและวิดิทัศน์ พบว่า เนื้อหา รูปภาพ และสื่อวิดิทัศน์ มีความเหมาะสม และนำไปทดลองให้หญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คนและญาติจำนวน 5 คน ทดลองใช้เพื่อหาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาทั้งที่เป็นคู่มือและวิดิทัศน์ หญิงตั้งครรภ์สามารถสารถย้อนกลับวิธีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก และญาติสามารถสารถย้อนกลับวิธีการนวดหลังได้ถูกต้อง

การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกงานการพยาบาลผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งๆ ละ 2 คน เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยการจัดอบรมให้ความรู้ตามรูปแบบการจัดการความปวดฯ ที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 วัน ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิตตามวิดิทัศน์ โดยใช้แอปพลิเคชัน โน้ต และสาธิตย้อนกลับ และการลงบันทึกข้อมูลตามคู่มือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ เพื่อให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมและกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมและกิจกรรม

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนมาคลอดที่แผนกฝากครรภ์	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย
	1) การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด แนะนำการใช้คู่มือและวิดิทัศน์

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์	2) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่านั่งมีเสื่อกระพือปีก ประกอบการใช้คู่มือ วิดีทัศน์โดยใช้แอปพลิเคชัน โน้ต และมอบหมาย ให้ปฏิบัติการบริหารร่างกายทุกวันๆละ 2-3 นาที ลงบันทึกข้อมูลการปฏิบัติในคู่มือ และรายงานผลการปฏิบัติในวันมาตรวจตามนัด (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) จนคลอด 3) การสอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับให้แก่สามีหรือญาติในการนวดหลังให้หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คู่มือฯ และวีดิทัศน์ประกอบ จำนวน 4 ท่า ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง บั้นเอว สะโพก และก้นกบ โดยแต่ละท่าใช้เวลา 5 นาที และมอบหมายให้ญาติฝึกนวดหลังให้หญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน เพื่อให้มีความพร้อมที่จะสามารถปฏิบัติได้เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ก่อนคลอด	4) ให้หญิงตั้งครรภ์ เป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์กับนักวิจัย สำหรับการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และติดต่อสื่อสารระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 1) หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด 2) สอบถามปัญหา อุปสรรคในการบริหารร่างกายฯ ที่บ้าน รับฟังปัญหาและข้อคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์และญาติ พร้อมกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติม 3) ตรวจสอบการบันทึกการบริหารร่างกาย ในคู่มือ ชื่นชมให้กำลังใจที่หญิงตั้งครรภ์การเป็นผู้แทน 1) เป็นผู้ประสานงานกับบุคคลอื่นตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ 2) หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสตัดสินใจเลือกสามีหรือญาติที่จะดูแลในระยะคลอด
ระยะที่ 2 การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้การทวนสอบความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และตอบข้อซักถามของหญิงตั้งครรภ์และญาติ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ 1) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว 2) พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด การให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ 1) บริหารร่างกายแบบมณีเวชท่านั่งมีเสื่อกระพือปีก ปฏิบัติในระยะเวลาที่มดลูกยังไม่หดตัว ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์นั่งบนเตียง งอขาสองข้างเข้าหาตัว โดยให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบกัน ดันส้นเท้าเข้าหาตัวให้มากที่สุด อาจใช้มือทั้งสองข้างกดที่เข่าทั้งสองข้างไว้ หรืออาจใช้หมอนรองไว้ช่วงหน้าตักหรือนั่งพบบนโต๊ะคร่อมเตียง (over bed table) แล้วกดตัวไปข้างหน้าท่ามุม 15-30 องศา หายใจเข้าลึก หายใจออกช้า นับ 1-20 แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้นหลังตรงปกติ เรียกว่า 1 ชุด ทำซ้ำจำนวน 5 ชุด มีพักระหว่างชุด 1-2 นาที ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ปฏิบัติทุก 1 ชั่วโมง จะยุติเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร 2) ให้สามีหรือญาตินวดหลังขณะมดลูกหดตัว หรือรู้สึกไม่สุขสบายโดยให้หญิงตั้งครรภ์นั่งพบบนโต๊ะคร่อมเตียง จะยุติเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
	การเป็นผู้แทน ได้แก่ 1) การเป็นธุระช่วยเหลือในกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติได้ 2) เป็นผู้ประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลอื่น 3) การปกป้อง รักษาสิทธิที่หญิงตั้งครรภ์พึงได้รับ ได้แก่ การอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการเปิดเผยร่างกายและไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น สิทธิด้านประกันสุขภาพ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 10 ประการ
การประเมินระดับปวด	ประเมินระดับความปวดขณะคลอดลูกหดรัดตัวและขณะที่สามีหรือญาติยืนวดหลัง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับคำรับรองในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีครบองค์ประชุม (full board review) เลขที่ 19/2565 วันที่รับรอง 9 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่บรรลุนิติภาวะ ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลต่อสิทธิในการได้รับบริการอื่น ๆ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่บรรลุนิติภาวะ ได้อธิบายให้ผู้ปกครองและสามีรับทราบข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่บรรลุนิติภาวะ และให้ผู้ปกครองลงนามยินยอม และกลุ่มตัวอย่างลงนามคู่กับผู้ปกครอง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทุกอย่างถือเป็นความลับ โดยจะถูกเก็บในซองกระดาษและถูกรักษาอย่างมิดชิดในตู้ที่มีกุญแจปิดล็อก มีเพียงผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรักษากุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด ได้นำคะแนนระดับความปวดมาทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยการทดสอบ One-sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ค่า $p=.001$ กล่าวคือ ค่า $p<.05$ แสดงว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ต้องการศึกษาโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14-32 ปี ($\bar{x}=19$ ปี, $SD=4.20$) ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา (ร้อยละ 86.67) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.67) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 53.33) รองลงมาได้มากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 43.33) ฝากครรภ์เฉลี่ย

จำนวน 9 ครั้ง ระดับความสูงเฉลี่ยของยอดมดลูกเท่ากับ 31.86 เซนติเมตร (ซม.) น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอดเท่ากับ 3,096 กรัม และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลในระยะเตรียมตัวก่อนคลอด พบว่า ญาติที่เข้ามารับความรู้ที่แผนกฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ แบ่งเป็นสามี จำนวน 14 คน และญาติฝ่ายหญิง จำนวน 16 คน (มารดา จำนวน 12 คน พี่สาว จำนวน 4 คน) และในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีจำนวน 2 คน ที่มีการเปลี่ยนผู้ดูแล คือ สามี จำนวน 2 คน ที่ติดภาระกิจการทำงาน โดยให้มารดาของหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้มีส่วนร่วมดูแลแทน ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะมาคลอดแล้ว

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกก่อนและหลังทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง ($n=30$)

ระยะที่ 1 ของการคลอด	ระดับการปวด ($\bar{X}$, SD)		Z	P
	ก่อน	หลัง		
ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.	4.85(.56)	3.30(.72)	-4.77	.001**
ระยะปากมดลูกเปิด 4-8 ซม.	6.98(.48)	5.21(.61)	-4.71	.001**
ระยะปากมดลูกเปิด 9-10 ซม.	8.68(.31)	6.90(.93)	-4.72	.001**

** $p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการทดลองในครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดทั้ง 3 ระยะ เท่ากับ 3.30 5.21 และ 6.90 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลการทดลองกับข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดแบบปกติที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ พ.ศ 2563-2564 ซึ่งพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่า โดยมีระดับความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 6.01 8.03 และ 10 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองฉาง, 2564) ซึ่งผลการวิจัยสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การสนับสนุนด้านร่างกาย

โปรแกรมฯ ได้กำหนดกิจกรรมให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการนวดหลัง และมีการเตรียมความรู้และฝึกทักษะการนวดตั้งแต่ระยะมาฝากครรภ์ จึงทำให้สามีหรือญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนวดหลังเมื่อมดลูกหดรัดตัวทำให้บรรเทาความปวดลงได้ เป็นเพราะว่าการนวดและการสัมผัสส่งผลให้ยับยั้งข้อมูลความปวดของ substantia gelatinosa cell (SG cell) ของ dorsal horn ของไขสันหลัง ไปยังเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่าทีเซลล์ (T-Cell) ที่ไขสันหลัง ซึ่งเป็นการปิดประตูการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมอง การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการนวดหลังจะรู้สึกผ่อนคลาย ร่างกายจะมีการหลั่งสารฮอร์โมนเอนโดรฟิน (endorphin hormone) ซึ่งผลิตจากต่อมใต้สมอง

พิทูอิทารี (pituitary gland) และต่อมไฮโปทาลามัส (hypothalamus gland) เป็นสารที่หลั่งออกมาเพื่อช่วยบรรเทาความเป็นปวด โดยสารเหล่านี้จะทำปฏิกิริยากับหน่วยรับความรู้สึกกับสมอง ส่งผลให้ร่างกายมีความเจ็บปวดที่น้อยลง จึงช่วยตัดวงจร ความกลัว ความตึงเครียด และความปวดได้ (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565)

การสนับสนุนด้านอารมณ์

ความกลัวในระยะคลออดของหญิงตั้งครรภ์แรกจะส่งผลให้ระดับพลาสมาอิพิเนพริน (plasma epinephrine) เพิ่มขึ้น ในขณะที่ตัวร่างกายจะหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดและเกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นตามมา เกิดเป็นวงจร ความกลัว ความเครียด ความปวด (fear tension pain cycle) ความเจ็บปวดส่งผลให้หมดลูกหดตัวผิดปกติ เกิดกระบวนการคลออดที่ยาวนานหรือคลออดยากตามมา (พยุศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว, 2561) โดยทั่วไปความกลัวในหญิงตั้งครรภ์แรกเป็นผลมาจากความไม่รู้และความเข้าใจผิด ๆ กับสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลออด เช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลออด ความกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจขึ้นกับเด็กทารกในครรภ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่คุ้นเคยขณะนอนรอคลออดและขณะคลออด และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การขาดประสบการณ์ในการคลออด (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 โดยให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การสอนให้สามีหรือญาตินวดหลังให้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ออยู่ที่บ้าน และให้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ห้องรอคลออด ในระยะที่ 1 ของการคลออด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลินี เจริญสุข และคณะ (2561) ซึ่งใช้แนวความคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากสามีและญาติด้วยการนวดกดจุด ๆ เป็นวงกลมแน่นหนาสม่ำเสมอขณะหมดลูกหดตัวขณะรอคลออดโดยสามารถลดระดับความเจ็บปวดได้ และทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในระดับสูง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์แรกควรให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะ ฝากครรภ์จนถึงระยะรอคลออด ร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิดของทีมสุขภาพจะทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์คลายความปวดขณะรอคลออดได้

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญในระหว่างรอคลออดและวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งจะเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้วยเทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำจากสามีหรือญาติ และเกิดความคิดบวกต่อการบวนการคลออด จะช่วยให้เกิดการยอมรับและมีประสบการณ์การคลออดที่ดี (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการทำสื่อการเตรียมความพร้อมในการคลออดในรูปแบบวีดิทัศน์ ที่สามารถชมได้ในแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลออด วิธีการปฏิบัติตน โดยเฉพาะวิธีการบริหารโดยศาสตร์มณีเวชทำนังผีเสื้อ กระพ้อปีก และวิธีการลดปวดจากการนวดหลังโดยสามีหรือญาติ และคู่มือสำหรับศึกษาด้วยตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว สามารถศึกษาได้ทุกเวลาที่ต้องการ และนำความรู้ไปใช้ในการเตรียมตัวทั้งที่บ้านและขณะรอคลออดที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลินี เจริญสุข และคณะ (2561) ได้มีการเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างเจตคติทางบวกต่อการคลออดด้วยวีดิทัศน์การให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ

ของการคลอด เทคนิคการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการแจกกุ่มมือโดยให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้เรียนรู้ไปด้วยกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น การใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน

การเป็นตัวแทนทำกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลอื่น และเป็นการปกป้องหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลตรงกับความต้องการ และเปิดโอกาสให้ ผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้คลอดและบุตรในครรภ์ การให้ความเคารพ ให้ความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้คลอดโดยไม่จำเป็น และให้ความเคารพต่อการตัดสินใจในการรักษาถ้าไม่ขัดต่อแผนการดูแลการคลอด (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยในครั้งนี้พยาบาลให้การดูแลโดยไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น มีการอธิบายให้เกิดความเข้าใจถึงกรณีที่มีความจำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายในทุกขั้นตอนระหว่างการคลอด การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิ์เลือกบุคคลที่จะเป็นเพื่อนและช่วยดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับทราบข้อมูลสิทธิ์ 10 ประการที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ และเป็นผู้ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความต้องการและความจำเป็นของหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแลและได้รับปกป้องพิทักษ์สิทธิ์ในทุกขั้นตอนของการคลอด สอดคล้องการศึกษาของ สุดารักษ์ ประสาร และคณะ (2564) ที่กำหนดให้พยาบาลผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ พักพิทักษ์สิทธิ์ที่พึงได้รับ จนทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง เกิดความมั่นใจในการได้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นตัวแทนให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด เพราะจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกเกิดความไว้วางใจพยาบาลผู้ดูแล นำไปสู่การบรรลุความสำเร็จในทุกขั้นตอนของกระบวนการคลอด

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกครั้งนี้ เป็นการผสมผสานกิจกรรมให้ครอบคลุมกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมให้แก่เนื้อเยื่อบริเวณพื้นอุ้งเชิงกรานด้วยการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ (สัปดาห์ที่ 36) และปฏิบัติต่อเนื่องในช่วงขณะรอคลอด 2) การให้สามีและญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะเตรียมจนถึงระยะรอคลอด 3) การนวดหลังโดยญาติหรือสามี 4) การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการติดตาม 5) การนำทฤษฎีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาเป็นแนวทางปฏิบัติ สามารถช่วยลดความปวดลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการวิจัยที่ผ่านมาที่จะศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมหรือมีการผสมผสานบางกิจกรรม แต่ไม่ได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบเหมือนการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์สามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดฯ โดยผสมผสานหลักการสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทน นำไปใช้ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์แรก ที่แผนกฝากครรภ์และแผนกการพยาบาลผู้คลอดได้

2. พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลและสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด เขตสุขภาพและประเทศ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาต่อยอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เคร่งครัด เช่น มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มควบคุม

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยพิจารณาเพิ่มเติมตัวแปรด้านระยะเวลาการคลอด นอกเหนือจากระดับความปวด เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการจัดการความปวดในหญิงตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กุลรัตน์ บริรักษวานิชย์, เสาวรส ป้อมเย็น, คำภา อยู่สุข และ ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. (2562). ผลการใช้ทำนั้งมณีเวชต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 455-465.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2561). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 67-75.
- ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 158-165.
- ธีระ ทองสง. (2564). *สูติศาสตร์*. เชียงใหม่: หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ คำสวัสดิ์. (2563). เครื่องมือประเมินความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(2), 21-31.
- ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล และ เบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2564). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอด อย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 115-127.
- พยุศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว. (2561). ผลของการใช้ทำนั้งมณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 791-804.

- พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. (2528). ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พัทธินันท์ วิริยะศิริสกุล. (2565). ผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี*, 5(1), 79-96.
- โรงพยาบาลหนองฉาง. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี [เอกสารประกอบการประชุม]. อุทัยธานี: โรงพยาบาลหนองฉาง.
- ละมัย วงศ์ศาสนธิ์. (2561). ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวด และระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุตารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 148-160.
- อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์. (2560). การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(2), 325-337.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing/JOGN Nursing*, 37(1), 106–115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Alavi, M., Biroš, E., & Cleary, M. (2022). A primer of inter-rater reliability in clinical measurement studies: Pros and pitfalls. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23–24). doi: 10.1111/jocn.16514

การจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ สุขภาพชุมชนของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1

กนกวรรณ เอี่ยมชัย, กศ.ด^{1*} มัทนา สมบัติวัฒนาเวช, สม.²

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วท.ม.³ จรัส สิงห์แก้ว, พ.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยใช้บริบทเป็นฐานและแนวคิดด้านการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) สร้างประโยชน์การเรียนรู้ และสร้างแนวทาง เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งเป็นแนวทางการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงที่สอดคล้องกับบริบทกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ร่วมกันขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมีกระบวนการเรียนรู้เป็นการเชื่อมประสานการจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงเข้ากับความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อันจะส่งผลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในภาพรวมของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, การจัดการระบบสุขภาพชุมชน, ภาคีเครือข่าย, การบริหารจัดการระบบสุขภาพ, การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

วันที่รับ: 15 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไข: 25 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล kanokwan.a@bcnpy.ac.th

² เกสัชกรชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

³ รองศาสตราจารย์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

⁴ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง จังหวัดเชียงใหม่

Participatory interactive learning through action management to enhance the community health management competency of the network community: A case study of health region 1

Kanokwan Aiemchai, Ed.D.^{1*} Muttana Sombutwuttanawet, Pharm.D.²

Wilawan Senaratana, M.Sc.³ Jaras Singkaew, M.D.⁴

Abstract

This article aims to study the learning process utilizing Participatory Interactive Learning through Action (PILA), based on the foundation contexts and concepts from co-thinking, co-action, and collaborative learning principles. The study focuses on improving learning benefits and guidelines for enhancing the competency of community health management among network members in Health Region 1. The PILA process is an experience learning approach that originates from realistic practice, aligning with the context and activities in the field to collectively initiate strengthening community health management. This learning process integrates practical knowledge expanded from experiences with academic knowledge, aiming to enhance the quality of life for the population. Eventually, this contributes to the effective development of community health systems for the comprehensive well-being of the country.

Keywords: Quality of life, Community health system management, Network community, Health system management, Participatory interactive learning through action

Received: Mar 15, 2024 Revised: Apr 25, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail kanokwan.a@bcnpy.ac.th

² Pharmacist, Senior Professional Level, Chiang Muan Hospital, Phayao province

³ Associate Professor, Panyapiwat Institute of Management

⁴ Family Medicine, Yang Noeng Health Promoting Hospital, Chiang Mai province

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน ตั้งแต่ พ.ศ. 2513–2523 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัทธณมถ และ แอนน์ มิลส์, 2561) จนนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2545 เริ่มต้นจากแนวคิดสร้างนำซ่อมถูกนำมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ก่อนแล้วเรียกว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550) ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดคือ "ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี" โดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถบริหารจัดการในภาพรวม ทั้งการวางแผนคน แผนเงิน และแผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพการบริหารและการบริการดีขึ้น การร่วมบริหารจัดการงบประมาณให้เป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care: CUP) ตามเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) แต่ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย CUP ในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่สภาพปัญหาและสิ่งท้าทาย เช่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนโลก การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ล้วนส่งผลกระทบต่อปริมาณภาครัฐและคุณภาพบริการ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557; รุ่งเรือง กิจผาติ, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (district health system: DHS) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2555 เป็นการประสานพลังร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ภายใต้แนวคิดประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง คนไทยมีสุขภาพดี และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน ให้เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยปรับกลไกการทำงานเชื่อมโยงไปถึงตำบล หมู่บ้านและชุมชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) ซึ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอได้ต้องทำให้เกิดความเข้มแข็งของแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health system management learning: DHML) สำหรับทีมในระดับอำเภอ ได้เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556 เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้แก่ผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เป็นการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงกับความรู้ทางวิชาการ เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน และแนวคิด "ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้" ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ กระบวนการเรียนรู้หลัก กระบวนการเรียนรู้เสริม และกระบวนการเรียนรู้ของทีมผู้เรียน จำนวน 6 ครั้ง และมีพี่เลี้ยงประจำของศูนย์ประสานงานการจัดการเรียนรู้ช่วยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้ของทีมงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมวิชาการให้ทีมงานและช่วยถอดบทเรียนให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลลัพธ์จากการจัดทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมทั้งยัง เป็นการสร้างความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ลดการแข่งขัน ลดความขัดแย้งในบุคลากร สร้างกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เปลี่ยนบรรยากาศการทำงานเป็นการประสานความร่วมมือ ให้เกียรติกกัน และชื่นชมผลงานซึ่งกันและกัน นำผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ในงานที่ปฏิบัติไปพัฒนางานของตนเอง เป็นการช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการและเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างยั่งยืน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2558)

ผลการดำเนินงานสามารถส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เห็นความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะการบริหารแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอในพื้นที่ แต่ควรปรับแนวคิดและกระบวนการออกแบบการเรียนรู้ ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานและเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของหุ้นส่วนทางสังคม ที่ร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้เข้มแข็งโดยการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงเข้ากับความรู้ทางวิชาการ และเป็นการเรียนรู้โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (participatory interactive learning through action: PILA) (วินัย สวัสดิ์วร, 2557 อ้างถึงใน ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน ต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่การเรียนรู้และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ต้องมีการพัฒนาทีมจัดการเรียนรู้ในด้านเทคนิควิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนและสะท้อนคิดในประเด็นต่าง ๆ ของการจัดกระบวนการเรียนรู้ทั้งก่อนและหลังจัดการเรียนรู้ การสะท้อนคิด สุนทรียสนทนา แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการปฏิบัติการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ โดยใช้บริบทชุมชนเป็นฐานของการเรียนรู้หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ต้องมีการกำหนดความต้องการหลักของกระบวนการเรียนรู้ร่วมด้วย (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2559) ทั้งนี้การดำเนินงานได้หยุดชะงักไประยะหนึ่งในช่วง พ.ศ.2564-2565 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ผสานทีมมุ่งเน้นเข้าไปจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรค

แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) (district health system: DHS)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 โดยเน้นการสร้างระบบการทำงานร่วมกันของภาคสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ ระดับอำเภอ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายร่วมกันและบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2559) จนกระทั่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย “การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ” (DHS) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ คือระบบการทำงานด้านสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน ที่มีระบบการทำงานด้วยการมองทุกส่วนในระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน องค์การภาคีในพื้นที่ เนื่องจากโครงสร้างการบริหารจัดการในระดับอำเภอ มีศักยภาพที่รองรับนโยบายจากส่วนกลางและจังหวัด และจัดการนโยบายไปสู่ระดับปฏิบัติตามความจำเป็น และความต้องการของพื้นที่ ให้เกิดการบูรณาการอย่างสมดุลและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ไปพร้อมกับ

การพัฒนากระบวนการบริการในภาพรวมของอำเภอ เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายสุขภาพ ได้รับการพัฒนาให้มีขีดความสามารถ สมรรถนะตามลักษณะ “ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated health care system) คือ มีการบูรณาการผสมผสานสถานบริการต่าง ๆ ในระดับอำเภอ เช่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยงานเอกชน ระดับตำบล ประกอบด้วย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) ระดับหมู่บ้านคือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) วัด โรงเรียน และภาคประชาสังคม เป็นต้น มีความสัมพันธ์กันคือสามารถประสานและเชื่อมโยงกันได้ ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ด้วยการบูรณาการอย่างเป็นระบบ ไม่มีช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อน ทั้งเชิงการบริหารจัดการและการปฏิบัติการทั้งด้านทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี ด้านบุคลากร รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) โดยการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน มีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบ (one district one project) โดยมีเป้าหมายเดียวกันระดับอำเภอ ร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความต้องการของชุมชน ส่งผลต่อประสิทธิภาพของหน่วยบริการ (ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน, 2556) มีการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เข้าด้วยกันในบริบทของสังคมในพื้นที่อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ (self care) ให้มีสถานะสุขภาพดีขึ้น (health status) สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เกิดชุมชนเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557; สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมภูศรี, 2557) ระบบสุขภาพอำเภอมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560 เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนพร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพ คณะกรรมการ พชอ. ให้มีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สมรรถนะการบริหารจัดการ การสร้างความร่วมมือในการทำงาน สามารถเข้าใจในปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสามารถมองภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML)

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับทีมในระดับอำเภอ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้แก่ผู้บริหารหน่วยงานหน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เป็นการเชื่อมประสานและจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริงกับความรู้ทางวิชาการ เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน และ แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ (PILA)” (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ กระบวนการเรียนรู้หลัก กระบวนการเรียนรู้เสริม และกระบวนการเรียนรู้ของทีมผู้เรียน จำนวน 6 ครั้ง และมีพี่เลี้ยงประจำของศูนย์ประสานงานการจัดการเรียนรู้ช่วยอำนวยความสะดวกของทีมงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมวิชาการให้ทีมงานและถอดบทเรียนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ถึงผลลัพธ์จากการจัดทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างความร่วมมือ ลดการแข่งขัน ลดความขัดแย้งในบุคลากร สร้างกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เปลี่ยนบรรยากาศการทำงานเป็นการประสานความร่วมมือ

ให้เกียตรกัน และชื่นชมผลงานซึ่งกันและกัน นำผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ในงานที่ปฏิบัติ ไปพัฒนางานของตนเอง เป็นการช่วยเสริมความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการและเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อย่างยั่งยืน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557) ที่จะเสริมสร้างแนวคิดหลักการและวิธีการ โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการและ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสุขภาพและ สร้างเสริมสุขภาพ โดยมียุทธประสงค์เฉพาะ 3 ประการ ได้แก่ 1) เพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอของทีมนักเรียนรู้และผู้เกี่ยวข้องกับการกระบวนการเรียนรู้ 2) สนับสนุนการดำเนินงานที่ใช้สำหรับการเรียนรู้โดยมี กระบวนการวิธีบริหารจัดการและการวิจัยเพื่อรองรับตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบ และ 3) สังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของทีมนักเรียน และกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินโครงการกระบวนการเรียนรู้ในโครงการ

ทั้งนี้ DHML มุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะหลัก (core competencies) 6 สมรรถนะ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ การวางแผน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการรู้จักใช้ เครื่องมือในการบริหารจัดการ และสมรรถนะเงา (shadow competencies) อีก 4 สมรรถนะเหมือนเป็นเงาตามตัว ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ การสื่อสาร การให้อำนาจ และการสร้างคุณค่า โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจาก การปฏิบัติจริงเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาคาศ, ธาณี กล่อมใจ และ พิทยา ศรีเมือง, 2560)

องค์ประกอบที่สำคัญของ DHML

การจัดกระบวนการเรียนรู้ DHML อยู่บนพื้นฐานกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบ context based learning (CBL) คือการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานของตนเอง ในสถานที่ตนเอง งานของตนเอง คนของตนเองที่รวมทั้งผู้เรียน และผู้สอน เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ หรือเรียกกระบวนการ "ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้" เพื่อนำไปพัฒนางานของตนเองที่ทำอยู่ ต่างจากการเรียนรู้แบบเดิมที่ปฏิบัติอยู่ คือ การประชุม อบรม เรียนต่อ นอกสถานที่ ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามากและบางครั้งความรู้ที่ได้มาอาจไม่เหมาะสมกับงานที่ทำ เพราะต่าง บริบทกันกับที่เรียน คือ ใช้คนในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานที่ทำ เพื่อเอาไปพัฒนางานของตนเอง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อดำเนินการ แก้ไข (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557; ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โครงสร้างสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) ศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ (learning and coordinating center: LCC) 2) พี่เลี้ยง (preceptor: P) 3) แหล่งเรียนรู้ (sources of learning: SL) 4) ทรัพยากรบุคคล (resource persons) เช่น ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้บริหาร ที่มีความรู้ความสามารถในพื้นที่ที่ได้รับเชิญให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียน 5) ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการในพื้นที่ของทีมเรียน และ 6) สถาบันการศึกษา (academic institutions: AI) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการ เชิญให้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามความจำเป็นของประเด็นการเรียนรู้แต่ละครั้งที่ทีมเรียนต้องการ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญต้องมีทีมเรียน (learning team: LT) หมายถึง บุคคลใดก็ได้ที่ต้องการเรียนรู้และสนใจแก้ไข ปัญหาประเด็นเดียวกัน ได้แก่ บุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ

ภาคประชาชน ทีมเรียนสามารถเลือกใช้การเรียนรู้ที่หลากหลาย เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ตามความสนใจของทีมเรียนผ่านศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้ และเสนอพื้นที่เพื่อศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ เพื่อประโยชน์ของการดำเนินโครงการของแต่ละทีมเรียน อย่างไรก็ตามการเรียนรู้จำเป็นต้องมีที่ปรึกษาและผู้ให้การสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2559; ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร และคณะ, 2560)

กรณีศึกษาการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 1

กรณีศึกษาเสนอตามแนวคิดและโครงสร้างของการจัดกระบวนการเรียนรู้ DHML ตามลำดับดังนี้ 1) ที่มาของทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) เขตสุขภาพที่ 1 2) การแสวงหาทีมเรียนรู้ 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ และ 5) การขับเคลื่อนงานสุขภาพและคุณภาพชีวิตในพื้นที่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557)

1. ที่มาของทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) เขตสุขภาพที่ 1

ทีมศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ เขตสุขภาพที่ 1 จากจุดเริ่มต้นมีแนวคิดจากโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2557, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โดยสมาชิกของทีม LCC ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโครงการดังกล่าว ผลที่ได้รับคือเกิดความเป็นกัลยาณมิตรในทีมและระหว่างทีม และประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ได้เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบทำให้การดำเนินการขาดความต่อเนื่องและหยุดชะงักไปในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 ที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้เพิ่มความรุนแรงขึ้น จนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเริ่มคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ที่ปรึกษาโครงการ ได้เป็นผู้ประสานงานหัวหน้าทีมของเขตสุขภาพที่ 1 คือนายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว ให้รับเป็นหัวหน้าทีม และแสวงหาทีม LCC แบบผสมผสานคือบุคคลเดิมที่เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้ในโครงการ DHML และบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ในโครงการ DHML แต่มีความเชี่ยวชาญด้านการฝึกทักษะเพื่อสร้างสมรรถนะในการทำงานเป็นทีม ร่วมเป็นทีมต่อยอดพัฒนาระบบสุขภาพ ได้ทีม LCC ประกอบด้วย 1) รองศาสตราจารย์วิลาวัลย์ เสนารัตน์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) นางสาวอักษรา ศิลป์สุข นักวิจัยพัฒนาหมู่บ้านชุมชนเมือง 3) ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา และ 4) เกสัชกรหญิงมัทนา สมบัติวัฒนาเวช เกสัชกร โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

2. การแสวงหาทีมเรียนรู้ (LT)

การแสวงหาทีมเรียนรู้ของเขตสุขภาพที่ 1 ได้มาจากการประชุมปรึกษาหารือของทีม LCC มุ่งเน้นให้กระจายไปแต่ละพื้นที่ โดยใช้พื้นที่การทำงานระดับตำบล (พท.) ทุกตำบลที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการเรียนรู้เป็นการกลั่นกรองโดยทีม LCC เนื่องจาก ทั้ง 4 ตำบล มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ครบถ้วน คือ ให้ความสำคัญหลากหลาย แต่ละทีมเรียนต้องครอบคลุมตั้งแต่ผู้นำจากท้องที่ ท้องถิ่น ภาครัฐและภาคประชาชน มีประสบการณ์ทำงานร่วมกันจริงในตำบล ทีมละ 10 คน ต้องมีด้านบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมายคือ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนที่ตำบลนั้น ๆ ตั้งอยู่ 2) ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ 3) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่ตำบลนั้น ๆ ตั้งอยู่ จำนวน 3 คน และอีก 7 คน ให้ทีมตำบล เป็นผู้กลั่นกรองเข้าร่วมทีม

ตามข้อกำหนด ดังนี้ คือต้องเป็นทีมเรียนที่มีความสนใจ สามารถเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 5 ครั้ง และระหว่างการเรียนรู้ต้องได้รับการพัฒนาทักษะและมุมมองเชิงพหุปัญญา ด้วยการปฏิบัติจริงในบริบทที่แตกต่างกัน ของอีก 3 พื้นที่ที่เข้าร่วมเรียนรู้ ด้วยการร่วมกันจัดทำแผน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการในชุมชน โดย คัดเลือกประเด็นที่ขับเคลื่อนในตำบลอย่างต่อเนื่องและน่าสนใจ จัดทำเอกสารรายงานผลการเปลี่ยนแปลง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับตำบลตามบริบท ให้ความร่วมมือในการถอดบทเรียน สะท้อนคิด และปรับปรุง หลักสูตร เผยแพร่ผลงานตามสื่อต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทีมเรียนต้องมีความสนใจ เปิดใจ ตั้งใจ ใฝ่การเรียนรู้ สามารถอยู่ร่วม กระบวนการตลอดหลักสูตร ได้ทีมเรียนรู้ 4 ตำบล คือ 1) ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 2) ตำบลท่ากว้าง อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ 3) ตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ 4) ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

3. กระบวนการจัดการเรียนรู้

การจัดกระบวนการเรียนรู้เป็นการออกแบบร่วมกันระหว่างทีม LCC และผู้แทนจากทีมเรียนรู้ทั้ง 4 ทีมตั้งแต่ การวางแผนและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เป็นหลักสูตรการเรียนรู้ในพื้นที่จริง (on site) ทั้ง 5 ครั้ง โดย ทีมเรียน ทั้ง 4 ตำบล ต้องมีความสมัครใจและวางแผนร่วมกัน ในการหมุนเวียนการเป็นเจ้าภาพจัดการเรียนรู้ ช่วงเวลาที่จัดแต่ละพื้นที่เว้นระยะห่างครั้งละ 2-3 เดือน มีเงื่อนไขคือทีมเรียนต้องเข้าร่วมการเรียนรู้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวน ครั้ง ซึ่งเป็นระยะเวลาเพียงพอในการสร้างเสริมทักษะแต่ละด้านจนเกิดการพัฒนาในตัวเอง ทีมงานและชุมชน ทีมเรียน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะมากขึ้น ทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งในทีมและ ระหว่างทีม และความคาดหวังที่อยากให้มีการจัดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันไป (จรัส สิงห์แก้ว, 2565) โดยการจัดการเรียนรู้ แต่ละพื้นที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันของทั้ง 4 ตำบล ครั้งแรกใช้พื้นที่กลาง คือ ตำบลเจ็ดยอด อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ วันที่ 16-17 กันยายน พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2 วันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา วันที่ 8-9 เมษายน พ.ศ. 2566 เทศบาลตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ครั้งที่ 4 วันที่ 21-22 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และเทศบาลตำบลท่ากว้าง อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ เนื้อหาและกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย

1. การทบทวนเป้าหมายของ คณะกรรมการ พขอ.

2. หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบ PILA ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) กลไกสมอง 3 ส่วน การพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ กิจกรรมในการพัฒนาตนเองคือการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพและสมอง การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 5 วัน การนอนหลับให้ได้ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน การบริหารจัดการ การฝึกเล่นเกม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การคิดดีพูดดีทำดี การลงมือปฏิบัติจริง ที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและ สมอง 2) การฟังอย่างลึกซึ้ง ด้วยกิจกรรมการฝึกฟัง ฝึกสะท้อนคิดด้านบวก การฟังแบบไม่ตัดสิน จากการเล่าเรื่องดี ๆ จากผู้แทนของแต่ละตำบล ผู้ฟังใช้หลักฟังด้วยใจ ชื่นชม อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิดจากประสบการณ์ และสิ่งที่นำไปใช้ 3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษย์สัมพันธ์และฝึกเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะหลัก 6 สมรรถนะ และสมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ ด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ตามฐานที่กำหนดร่วมกันและนำมาระดมสมอง สะท้อนคิด และสรุปเป็นระบบ ด้วยการฝึกพูด ฝึกการนำเสนอและนำไปขับเคลื่อนในพื้นที่หรืองานที่ตนเองดูแลรับผิดชอบจริง

3. การศึกษาเรียนรู้ในพื้นที่ (a journey of transformative learning) ด้วยการเรียนรู้ประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ ของทีมเรียนรู้ตามที่ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ให้ไปสู่กรอบอ้างอิงใหม่ ที่สามารถพิจารณาสิ่งรอบตัว อย่างรอบด้านมากขึ้น (inclusive) แหล่นคมมากขึ้น (discriminating) สามารถเปิดรับ สิ่งใหม่ได้มากขึ้น (open) มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงเชิงอารมณ์มากขึ้น (emotionally capable of change) และมีการคิดทบทวนมากขึ้น (reflective) กรอบอ้างอิงที่มีลักษณะเหล่านี้จะช่วยสร้างความเชื่อ (belief) และความคิดเห็น (opinion) ที่ผ่านการตรวจสอบและสอดคล้องกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (true) หรือมีเหตุผลอัน สมควรมากขึ้น (justified) ซึ่งในท้ายที่สุดนั้น จะนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติ (line of action) ในชีวิตของบุคคลต่อไป (Mezirow, 1991) โดยอาสาสมัครของทีมเรียนทั้ง 4 ทีม ออกมาสะท้อนคิดเส้นทางการเปลี่ยนแปลง กลไกการคิดต่อยอด การเรียนรู้ในมิติอื่น

4. การฝึกสรุปการเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ (body paint) ใช้ในการสรุป การเรียนรู้ ค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทและนำกลับไปขยายผลในพื้นที่ โดยที่ใช้แผนภูมิร่างกายของมนุษย์ทุกส่วน แทนกระบวนการคิดแต่ละส่วนของร่างกาย ดังนี้ 1) การทบทวนสถานการณ์ปัญหาจากพื้นที่ที่เรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง เพื่อให้เห็นว่ามีปัญหาที่ต้องต้องการแก้ไขร่วมกัน 2) อวัยวะหัวใจ เป็นการตั้งเป้าหมาย 3) อวัยวะสมอง แทนแนวคิด ที่ต้องการแก้ไขปัญหา ที่ต้องมีหลักการ หลักวิชา แนวคิดมาสนับสนุนแนวทางในการแก้ไขปัญห 4) อวัยวะ แขน แทนทีมงาน ภาควิชาหรือหน่วยงาน กลไกการขับเคลื่อนการร่วมกันแก้ไขปัญหในพื้นที่ 5) อวัยวะส่วนท้อง แทนกระบวนการ และกิจกรรมการแก้ไขปัญหตามลำดับ 6) อวัยวะขา แทน ผลงานที่เกิดขึ้น ซึ่งจะได้เห็นกรอบการสรุปการเรียนรู้ เชิงระบบอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ ความร่วมมือร่วมใจและผลงานที่เกิดขึ้น สิ่งที่ต้องระมัดระวังของ การใช้เครื่องมือคือความเห็นส่วนตัวหรือความรู้สึกส่วนตัว ต้องร่วมกันดำเนินงานด้วยข้อมูลและข้อเท็จจริง (จรัส สิงห์แก้ว, 2565)

4. ผลลัพธ์การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม

เสนอตามประเด็นหลัก คือ 4.1) ความเข้าใจการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม 4.2) ผลลัพธ์การเข้าร่วมเรียนรู้ ประกอบด้วยประเด็นย่อยดังนี้ 4.2.1) การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง 4.2.2) การพัฒนาการใช้ สมอมนุสย์ 4.2.3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษยสัมพันธ์ และเรียนรู้พัฒนาสมรรถนะหลัก 6 สมรรถนะ สมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ 4.2.4) การเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ และ 4.2.5) การฝึกสรุป การเรียนรู้ในพื้นที่เชิงระบบด้วยเครื่องมือแผนภูมิร่างกายมนุษย์ ดังนี้

4.1 ความเข้าใจการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ของทีมเรียน จำแนกได้เป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเข้าใจว่าเข้าร่วมเป็นทีม เรียนในการเรียนรู้คือ กลุ่มที่เป็นบุคลากรในองค์กรภาครัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือเป็นทีม ซึ่ง เป็นการต่อยอดจากงานที่ทำมาแต่ตั้งแต่ปี 2561-2565 คือ คณะกรรมการ พขอ. เป็นงานที่ได้รับมอบหมาย จากหัวหน้าหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และถูกคัดเลือกเข้าร่วมโครงการจาก ทีม LCC ที่มีเป้าหมายคือเป็นหมอครอบครัวคนเดียวของ รพ.ป่าซาง ที่ดูแลงานปฐมภูมิมาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไปปรับใช้

ในงาน สามารถนำกลยุทธ์ไปต่อยอดพัฒนางานในพื้นที่ได้ ทั้งนี้เริ่มมีความเข้าใจและเรียนรู้ในโครงการดีขึ้นในการจัดกระบวนการเรียนรู้ครั้งที่ 2 ที่เทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยที่กลุ่มนายกเทศมนตรี/ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำท้องที่ ได้เห็นว่า โครงการนี้มีวัตถุประสงค์คือ อยากให้ชุมชนมาร่วมกัน แก้ไขปัญหาร่วมกัน วัตถุประสงค์ของโครงการนี้คือการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิด แต่ละคนความคิดไม่เหมือนกัน ถ้าหากความคิดของตำบลอื่นที่ยังไม่มีสามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่เข้าร่วมโดยถูกคัดเลือกจากทีมของพื้นที่ทั้ง 4 ตำบล เช่น กลุ่มภาคประชาชนที่ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน

กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับทีม พชต. พยายามเรียนรู้เพื่อนำไปพัฒนาทีมตำบลของตนเอง “มาเพื่อเรียนรู้แนวคิดใหม่ ๆ จะได้นำไปประยุกต์ใช้ในงานที่ทำอยู่” และ “เป็นผู้รับผิดชอบงาน พชอ.ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ประสบการณ์การทำงานกับชุมชนยังน้อย มาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ไปปรับใช้ในการทำงาน”(ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 3 ใน 4 คน มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการเรียนรู้ เนื่องจากเป็นการทำงานที่ต่อยอดจากงานเดิมที่ได้ขับเคลื่อนคณะกรรมการ พชอ. ของอำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 “เป็นงานที่รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบระดับตำบลในการเป็นตัวแทนอำเภอเพื่อเข้าประกวดระดับจังหวัด” (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง) เช่นเดียวกับ

กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้แบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าภารกิจการทำงานที่รับผิดชอบไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ทุกครั้ง “เป็นหมอบรรดาคนเดียวของโรงพยาบาล ดูแลงานปฐมภูมิมาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไปปรับใช้ในงาน” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ที่มีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ต้องการให้ชุมชนมาร่วมกันแก้ไขปัญหา ทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดจากบริบทจริง สามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ของตนเองได้ “ดีมากเลย ได้มาเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้เห็นแต่ละพื้นที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้” (นายกเทศบาลตำบลท่านหนึ่ง)

กลุ่มที่เข้าร่วมโครงการที่ถูกคัดเลือกมาจากทีมอำเภอหรือทีมตำบล เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่เป็นทีมงานที่เคยร่วมกันขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบล ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการชุมชนเข้มแข็ง “ถูกคัดเลือกมาโดยทีมนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยว อสม.” และ “เป็นงานชุมชนที่รับผิดชอบและได้รับมอบหมายจาก ผอ.รพ.สต. รวมถึงเคยร่วมงานกับทีมวิทยากรมาแต่เดิม” (พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่ง)

4.2 ผลลัพธ์การเข้าร่วมเรียนรู้

4.2.1) การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง ทีมเรียน ได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะ จากการเข้าร่วมการเรียนรู้ด้านการรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) จนสามารถนำมาใช้กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี เมื่อได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ การฝึกสติ นำการใช้สติ คิดดีทำดี และการเข้าใจผู้อื่นทำให้ตนเองหยุดคิดก่อนเมื่อเทียบกับลักษณะของการใช้อารมณ์ในอดีต พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองจนเกิดการควบคุมตนเอง ทำให้เป็นคนใจเย็นมากขึ้น สามารถนำไปปรับใช้กับการทำงานได้มากขึ้นด้วยการรับฟังผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมากขึ้น เกิดการคิดวิเคราะห์

อย่างครบวงจร เข้าใจผู้ป่วยและหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการป่วยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งได้รับแรงบันดาลใจในการทำงานกับชุมชน “การฝึกสติ ซึ่งทำให้ตนเองเป็นคนที่ใจเย็นขึ้น” และ “ทำให้เกิดการควบคุมตนเองในการฟังผู้ป่วยมากขึ้น และการคิดวิเคราะห์ให้ครบวงจร” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเอง ทำให้หยุดคิดก่อนลงมือทำ สามารถนำไปปรับใช้กับครอบครัวและหน้าที่การงานได้เป็นอย่างดี “นำไปปรับใช้กับการทำงาน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ใจเย็นลง ฟังผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมากขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่ง)

ในกลุ่มผู้นำชุมชน ได้นำประเด็นการรับฟังผู้อื่น การประนีประนอมไปใช้ เมื่อประเมินตนเองแล้วมีความใจเย็นมากขึ้น รับฟังปัญหาของลูกบ้านและคนในครอบครัว (ภรรยาและลูก) โดยใช้หลักการประนีประนอมในการปกครอง “ใจเย็นมากขึ้น ในครอบครัวรับฟังภรรยาและลูก จนคนในครอบครัววง ว่าเกิดอะไรขึ้น ฟังปัญหาของลูกบ้านประนีประนอมในการปกครองมากขึ้น” (ผู้นำชุมชนท่านหนึ่ง)

กลุ่มผู้นำท้องถิ่น บางคนที่เคยมีประสบการณ์เป็นพนักงานระดับหัวหน้างาน ของหน่วยงานเอกชน ในระบบโรงงานอุตสาหกรรม มีหน้าที่ต้องดูแลลูกทีมจำนวนมาก และมีความหลากหลายของผู้ประกอบกิจการ ในอดีตการดำเนินชีวิตส่วนตัวและหน้าที่การงานมีความตึงเครียด ใช้ความเด็ดขาดในการทำงานในตำแหน่งหน้าที่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายขององค์กร เมื่อเข้าร่วมการเรียนรู้และนำวิธีการใช้สติและการสื่อสารสร้างแรงจูงใจไปใช้ ครั้งแรกนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จนสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษา ต่อมาวางแผนนำไปใช้กับชาวบ้านที่ติดสุราเรื้อรังในชุมชน เพื่อชักจูงเข้าสู่กระบวนการบำบัดและรักษาต่อไป จะเห็นได้ว่า การรู้จักฟังอย่างลึกซึ้ง ทำให้ช่วงเวลาที่ใช้เป็นการใช้สติอย่างดี คิดดีทำดี ใจเย็นมากขึ้น โดยเฉพาะการถูกปฏิเสธที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น เข้าใจความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะของแต่ละคน และกลุ่มคนที่แตกต่างกัน “เดิมเป็นคนหุนหันุนใจง่าย หลังจากได้ ได้นำการใช้สติ คิดดีทำดี และการเข้าใจผู้อื่นทำให้การทำงานราบรื่นและทำให้ทีมเข้าใจด้วยผลงานที่ตนตั้งใจทำจริง” (ประธานกลุ่มในองค์กรชุมชนท่านหนึ่ง)

4.2.2) การพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ กิจกรรมการเรียนรู้มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองสามารถนำไปใช้ทั้ง 3 ระดับ คือ ตนเอง ครอบครัว และหน้าที่การงาน จากกิจกรรมการพัฒนาการใช้สมองมนุษย์ นำหลักคิดสมองส่วนหน้า การฝึกสติ รวมทั้งการไปเรียนรู้จากอีก 3 พื้นที่ นำมาปรับใช้กับตนเอง กับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งใช้กับผู้ใต้บังคับบัญชาที่ทำงานให้ดียิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในตนเอง และสามารถบอกต่อคนใกล้ชิดสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะกับชุมชน และการเป็นต้นแบบที่ดีกับชาวบ้าน รวมถึงการให้คำปรึกษาทำให้ได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชนมากขึ้น นำไปสู่การต่อยอดเพื่อพัฒนางานในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องนำเทคนิคไปใช้สร้างเครือข่ายทีมงาน เกิดความยืดหยุ่นกับทีมและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น นำสิ่งที่เรียนรู้มาปรับการทำงานให้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมกับทีม บางคนนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกาย สมรรถนะความแข็งแรงร่างกายเพิ่มขึ้น ผลพลอยได้จากการออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักตัวลดลงประมาณ 5-6 กิโลกรัม ส่วนการปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปพร้อมกันคือการกินอาหารที่มีประโยชน์ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และนำไปใช้ในการดูแลลูก

คุยและให้เวลากับลูกมากขึ้น และเมื่อได้ฝึกปฏิบัติทำให้นิ่งได้มากขึ้น สามารถประเมินตนเองได้ว่า พัฒนาการใช้สมองจากสมองสุนัข สมองมนุษย์ได้

“คนคิดเร็วทำอะไรเร็วและมักใช้อารมณ์บ่อยครั้ง ทำให้ได้หยุดนิ่ง ฟังมากขึ้น” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. ท่านหนึ่ง)

“นำเทคนิคต่าง ๆ มาสร้างเครือข่ายทีมงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับลูกดีขึ้นมาก พูดคุยและให้เวลากับลูกมากขึ้น” (นักวิชาการสาธารณสุขท่านหนึ่ง)

“เดิมมักจะสั่งงานช่วงเวลากลางคืนดึก ๆ ประมาณ 22 น. โดยไม่สนใจเวลา ว่าเขาจะทำได้หรือไม่ได้ ต้องมีงานส่ง” และ “นำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกาย” (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่ง)

4.2.3) การทำงานเป็นทีมโดยการสร้างมนุษยสัมพันธ์และฝึกเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะหลัก 6

สมรรถนะ และ สมรรถนะรอง 4 สมรรถนะ ทีมเรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนำไปใช้ทั้ง 3 ระดับคือ ตนเอง ครอบครัว และหน้าที่การงาน สมรรถนะในการควบคุมตัวเอง การได้มีโอกาสเข้าร่วมการเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่พัฒนาให้เกิดการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและควบคุมได้อย่างเหมาะสม ลดอัตราความเป็นตัวตนของตนเองลง มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากขึ้น มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น การยึดติดความคิดของตนเองลดลง รับฟังผู้อื่นมากขึ้น ส่งเสริมการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทั้งในและนอกภาคีเครือข่ายได้มากขึ้น สมรรถนะด้านการมีวิสัยทัศน์ เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งของตนเองและทีมงาน สามารถนำไปเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการในทางปฏิบัติ สมรรถนะด้านการวางแผน การนำการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะการทำงานเป็นทีม สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเองได้ สมรรถนะการใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ การสร้างทีมงาน และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

4.2.4) การเรียนรู้ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทพื้นที่ตามที่ตั้งมื่อปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากพื้นที่เรียนรู้อื่นสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม นำกลยุทธ์ไปต่อยอดพัฒนางานในพื้นที่ที่ต้องการให้ฝึกการเป็นผู้นำ ทำงานกับชุมชน เข้าใจชุมชน ได้พัฒนาศักยภาพแล้วนำไปปรับใช้กับงานของตนเองได้ “เป็นหมอครอบครัวที่มารับงานต่อจากรุ่นพี่ เนื่องจากรุ่นพี่ย้ายโรงพยาบาลและรุ่นพี่เล็งเห็นว่า การเข้าร่วมโครงการฯ นี้จะเป็นประโยชน์ในการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ในงาน” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวท่านหนึ่ง)

ในทีมเรียนที่ยังไม่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชน หรือยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการ ต้องการการเรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เนื่องจากเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่รับผิดชอบดูแลงานกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เพิ่งเข้ารับตำแหน่งงานที่เทศบาลได้ประมาณ 1 เดือน ยังไม่มีประสบการณ์ทำงานชุมชนมาก่อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง จึงเป็นการเปิดโลกทัศน์การทำงานร่วมกับชุมชน ทำให้เข้าใจการทำงานชุมชนมากขึ้น ทีมเรียนบางคนนำไปปรับใช้ในองค์กรให้เกิดองค์กรสร้างสุข

การเลือกประเด็นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน เกิดจากการนำข้อมูลที่ได้รับจากพื้นที่เรียนรู้ไปแลกเปลี่ยนกับทีมที่มาเรียน และมีความอยากรจะขับเคลื่อนในพื้นที่ของตนเอง ดังเช่นทีมเรียนตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เห็นความสำคัญและเป็นต้นแบบการเรียนรู้ หลังจากการไปเรียนรู้ที่ทีม LCC และทีมตำบลจุน ได้จัดการเรียนรู้ในพื้นที่ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ทีมตำบลเมืองแปงได้จัดสรรงบประมาณ เพิ่มทีมเรียน

ลดลงจากเดือนละ 50,000 บาท เหลือเดือนละ 30,000 บาท จากกระบวนการประชาคมทำให้ชาวบ้านนำขยะรีไซเคิลไปจัดการเอง 2) เทศบาลพัฒนาคุณค่าขยะรีไซเคิล ทำอ่างล้างภาชนะจากถังน้ำพลาสติกเก่า นำไปใช้สนับสนุนงานของชุมชน ครัวเรือนทั้ง 7 หมู่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 100 ทั้งยังเป็นต้นแบบให้ พทต. เมืองแปง ในตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 3) เกิดกลไกการช่วยเหลือด้วยคุณธรรม เทศบาลเป็นศูนย์กลางนำน้ำดื่มสะอาดเพื่อประชาชนไปช่วยงานฌาปนกิจในชุมชน โดยเปลี่ยนจากการใช้น้ำดื่มแบบขวดพลาสติก เป็นแบบแก้วพลาสติกที่สามารถรีไซเคิลได้ ลดค่าใช้จ่ายจากเดิมประมาณ 10,000 บาทต่องาน เหลือ 3,000 บาท ดำเนินการครอบคลุมทั้ง 7 หมู่บ้าน ส่งผลให้ประชาชนคัดแยกขยะ และร่วมกันสกัดกันขยะที่จะเพิ่มภาระการจัดเก็บขยะในชุมชนไปได้มาก

ตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ได้รับการหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุน ประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ การจัดการขยะ เป็นการต่อยอดการขับเคลื่อนประเด็นของ พทอ.จุน ที่ขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง ภาควิชาที่ดำเนินการร่วมกันขณะนี้ขับเคลื่อนในรูปแบบคณะกรรมการได้ 2 ระดับ คือ พทอ. และ พทต. ผู้นำชุมชน โดยการจัดการเรียนรู้ครั้งที่ 2 จัดขึ้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา โดยมีทีมเจ้าหน้าที่ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ได้เข้าร่วมเรียนรู้ และเริ่มขับเคลื่อนเพิ่มขึ้นอีก 1 อำเภอ คือ อำเภอเชียงคำ การขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมของตำบลจุน คือ การจัดการขยะที่มีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เช่น ปี พ.ศ. 2562 มีถนนปลอดขยะ 100% ปี พ.ศ. 2563 มอบบ้านพักขยะ จำนวน 54 หลัง คิดเป็น ร้อยละ 60 ปี พ.ศ. 2564 มีบ้านพักขยะ ครบทั้ง 17 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 รวม 74 หลัง มีกลุ่มจิตอาสาออกเฝ้าเมืองจุน ช่วยแยกขยะครบทุกหมู่บ้าน รวม 556 คน ปิดบ่อขยะได้ครบ 5 บ่อ หลังจากเข้าร่วมโครงการได้พัฒนา จากการรับฟังความเดือดร้อนของชุมชน คือ การเอื้อสถานที่วางขยะเดิมต้องวางในจุดที่เทศบาลกำหนดเท่านั้น เปลี่ยนเป็นการวางที่หน้าบ้านได้ครอบคลุมชุมชนทั้ง 17 หมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและการลักลอบทิ้งขยะต่าง ๆ หายไป และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้เครือข่าย พทต.เมืองแปง ได้นำไปขยายผลปรับใช้ในตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้สำเร็จ

ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน การขับเคลื่อนโครงการฯ ในพื้นที่ให้ความสำคัญที่ชุมชนเข้มแข็งดังนั้น ทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมด้วยช่วยกันในทุกขั้นตอน สถิติอัตราการฆ่าตัวตายไม่มีติดต่อกัน 7 ปี และต่อยอดจากบ้านแสนสุขสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่นระดับภาคเหนือในปี พ.ศ. 2566

ตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเด็นที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง คือ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในชุมชน และการดูแลหลังการได้บำบัดรักษา ได้นำการเรียนรู้เรื่องการจัดการขยะของเทศบาลตำบลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กับการเรียนรู้เรื่องกลไกสมองมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย นำไปเข้ากระบวนการประชาคมหมู่บ้านทุกหมู่บ้านอย่างครอบคลุม และเริ่มมีการจัดการขยะในหมู่บ้านต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การคัดแยกขยะในชุมชน การจัดการขยะรีไซเคิล การจัดการขยะพลาสติกด้วยเครื่องอัดไฮดรอลิก นวัตกรรมรีไซเคิล สู่การทำอ่างล้างจานที่ได้จากการเรียนรู้จากเทศบาลตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนสมาชิกทีมเรียนมากที่สุด โดยที่หัวหน้าทีมคือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองแปง มีแนวคิดคือให้สลับสับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ามามีโอกาสในการเรียนรู้ที่จะนำไปร่วมกันเสริมสร้างทีมของตำบลให้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยที่สมาชิกทีมเรียนหลักคือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายก กำนัน

ปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ

ปัจจัยที่ทำให้งานสำเร็จ ทุกคนให้ความสำคัญกับประเด็นหลัก 3 ส่วน คือ 1) “ผู้นำ” ได้แก่ ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับทุกคนที่เป็นพี่น้องเล็ก ๆ ในพื้นที่ การเสริมพลังของผู้นำ และการให้คุณค่ากับคนทำงาน การเสริมพลัง โดยการชื่นชมให้กำลังใจ รวมถึงเทคนิคของผู้นำในการนำทีม อาทิ ผู้นำธรรมชาติที่มีวิสัยทัศน์ (ปราชญ์ชุมชน) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำที่ใช้หลักการบริหารแนวราบซึ่งจะทำให้เข้าถึงง่าย 2) การขับเคลื่อนงานที่เริ่มจากระดับเล็ก ๆ เช่น การขับเคลื่อนของตำบลแม่แรง เป็นการขับเคลื่อนจากระดับเล็ก ๆ คือ ค้อ ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของระดับหมู่บ้าน โดย 1 หมู่บ้านจะมี 4 ค้อ ตำบลแม่แรง มีทั้งหมด 43 ค้อ ซึ่งทำให้การบริหารทำได้ง่ายและโอกาสสำเร็จสูง และ 3) การสื่อสารของทีมที่ทำให้เข้าใจและเกิดการบูรณาการร่วมกัน การรับฟังผู้อื่น ความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อน และการตั้งเป้าหมายที่ไม่สูงเกินไปรวมถึงการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและค่อย ๆ ทำตามกำลังของตนไปเรื่อย ๆ ภาวศีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และความหลากหลายของบริบทพื้นที่ ความเข้าใจทุนทางสังคมของบริบทพื้นที่ เช่น บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) โดยการบูรณาการสิ่งที่ได้เรียนรู้มาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ตนเอง

องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น

สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 1 ทำให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การได้มาของทีมนุญประสานงานจัดการเรียนรู้ (LCC) 2) การค้นหาทีมเรียนรู้ (LT) 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ 4) ผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในตนเองตามสมรรถนะหลัก 6 ด้าน คือ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การนำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีม และ 6) การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ และการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



กระบวนการ PILA คือการ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้” มีความโดดเด่นเกี่ยวกับการนำหลักการพัฒนาสมองส่วนหน้า เมื่อกระบวนการพัฒนาเกิดอย่างเต็มที่ส่งผลให้เกิดทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง เกิดการคิดวิเคราะห์ จนถึง การสะท้อนกลับด้วยการไม่ตัดสินผิดหรือถูก แต่เกิดทักษะกระบวนการคิดแบบมุขิตาจิต รู้จักชื่นชมยินดี และมีกรุณาจิต ร่วมชี้แนะข้อเสนอดี ๆ เพื่อต่อยอดการพัฒนา และเกิดทักษะสรุปรวมเป็นพหุปัญญาแลกเปลี่ยนกัน โดยใช้เครื่องมือ body paint เพื่อส่งมอบสิ่งที่สรุปได้ให้ทุกทีมเรียนรู้มุมมองที่หลากหลายและเลือกนำไปต่อยอดการพัฒนาทั้งในมิติ พัฒนาปัจเจก ทีม และองค์กรต่อไป กระบวนการในแต่ละเวทีเรียนรู้ ถูกออกแบบร่วมกันทั้งทีม LCC และทีมเรียนรู้ ที่เป็นเจ้าภาพโดยการมุ่งเน้นการนำโครงการที่ได้ลงมือทำจริงมาเป็นฐานในการเรียนรู้ (area base learning) หลัก ซึ่งมีประโยชน์และสร้างความสนใจให้ผู้ไปเรียนรู้มาก จึงเป็นการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานของตนเอง

หลังเสร็จสิ้นการจัดกระบวนการเรียนรู้แต่ละครั้ง ทีมวิทยากร LCC มีการทบทวนหลังการปฏิบัติทันที (after action review: AAR) เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน เป็นการประเมินผลสิ่งที่ได้และสิ่งที่อยากเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ให้มีการเติมเต็มในครั้งต่อไป อีกทั้งเป็นการร่วมกัน วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และช่องว่างที่ควรได้รับการปรับปรุงพัฒนาในครั้งต่อไป ตลอดจนความสำเร็จและความโดดเด่นของทีมเรียนเป็นรายบุคคล และรายพื้นที่ เพื่อจะได้หนุนเสริม

ให้นำมาเล่าในการเรียนรู้ในครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการวัดผลประเมินผลแห่งศตวรรษที่ 21 ที่เป็นการวัดผลและประเมินผลแบบการวัดผลเชิงประจักษ์ (constructivist assessment) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ (constructivism theory) ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ (experience learning) ด้วยมุมมองที่ว่า ผู้เรียนที่ "ผ่าน" ประสบการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาแล้ว ย่อมมีความรู้ความสามารถที่แท้จริงในเรื่องนั้น ๆ และผู้เรียนที่ได้ "ลงมือทำจริงๆ" โดยการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ (learning by doing) มาแล้ว ย่อมสามารถสร้างคุณสมบัติให้เป็นผู้ที่มีบุคลิกลักษณะ "character" ที่ เป็นคน "คิดเป็น ทำเป็น และสามารถแก้ปัญหาได้" (วิจารณ์ พานิช, 2558) โดยทีม LCC ได้เห็นความสำคัญและมีข้อสรุปที่แตกต่างจากโครงการ DHML เดิม ดังนี้

1. การนำหลักคิดเรื่องการพัฒนาสมรรถนะมนุษย์มาขับเคลื่อนในทีมผู้เรียนก่อน และต่อยอดด้วยการสนับสนุนให้สร้างสมรรถนะการควบคุมตนเอง ด้วยการรู้จักเปิดใจฟังอย่างลึกซึ้ง การมีมิติจิตใจชื่นชมยินดี โดยการสะท้อนคิด และมีหลักการสรุปประเด็นโครงการด้วยหลัก 4P1O (PPPO) คือ purpose วัตถุประสงค์ principle หลักการ participation มีส่วนร่วม process กระบวนการ และ organization องค์กร

2. การสรุปโดยใช้เครื่องมือ body paint ซึ่งเมื่อนำมารวมกับการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงของพื้นที่ ทำให้ผู้เรียนเกิดการมองภาพรวมได้ชัดเจนในช่วงเวลาที่มีจำกัดได้เป็นอย่างดี ภายหลังจากมีการเรียนรู้แต่ละพื้นที่ ทีมผู้เรียนได้มีการต่อยอดประเด็นการพัฒนางานทั้งรายบุคคลและโครงการในพื้นที่หลายโครงการ เช่น การขับเคลื่อนประเด็นการจัดการขยะ และการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน การพัฒนาสมรรถนะทีมจิตอาสากลุ่มดอกเอื้องเมืองจุน อำเภอจุน จังหวัด พะเยา ให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น การพัฒนาทีมงานองค์กรครู พัฒนาทักษะการสอนของครู ในศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลจุน โดยทีมเรียนรู้ตำบลจุน การพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพิ่มคุณภาพการจัดการขยะ โดยทีมเรียนรู้ตำบลท่ากว้าง อำเภอ สารภี จังหวัดเชียงใหม่ และการนำไปขยายผลการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในอำเภอสารภี เป็นต้น โดยมีปัจจัยความสำเร็จที่การมีสมรรถนะความเป็นผู้นำสูง และการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ลดระดับจากทีมอำเภอ (พขอ.) ลงมาเป็นทีมตำบล (พขต.) ทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับตำบล ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของตำบลนั้น ๆ สามารถนำกระบวนการเรียนรู้ไปกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของตนเองได้ เนื่องจากสภาพของพื้นที่ตำบล ที่นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 4 ตำบลที่ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ จุดเด่นของการเรียนรู้ของทีมระดับตำบลคือ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นประธาน ที่สามารถนำการขับเคลื่อนประเด็นภายใต้คุณภาพชีวิตและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับตำบล ที่ร่วมกันแก้ไขปัญหาในขอบเขตของตำบลได้ชัดเจน ในการร่วมกันแก้ปัญหาเชิงประเด็นของพื้นที่ เป็นการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นอย่างเด่นชัด ดังเช่นคำว่า ทุกสุขของคนบ้านเดียวกัน แตกต่างจากการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีขอบเขตกว้างและมีบริบททั้งเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น ที่มีความหลากหลาย การแก้ไขปัญหาจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและการขับเคลื่อนแบบไร้รอยต่อนั้น ควรมีปัจจัยและกลไกที่ดี ดังนี้

1. ควรมีการเชื่อมโยงโครงการกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ การพัฒนาระบบปฐมนิเทศของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับกรม ระดับจังหวัด จนถึงระดับอำเภอ เพื่อให้เห็นความสำคัญที่จะสนับสนุนให้บุคลากรได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเกิดกลไกสนับสนุน
2. ควรมีสื่อสนับสนุนให้สามารถเรียนรู้ผ่านกลไกผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ แบบเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่ยืดยาวและเป็นศัพท์วิชาการมากเกินไป เพราะทีมเรียนรู้มีความหลากหลายแตกต่างกันมาก เพื่อที่จะได้เรียนรู้ร่วมไปพร้อม ๆ กัน
3. ทีม LCC เขต ควรเป็นทีมที่มีขีดความสามารถในการประสานงาน กับหน่วยงานราชการและส่วนท้องถิ่นได้ดี ควรเป็นผู้ยังมีตำแหน่งหน้าที่และมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงาน พชอ. ทีมตำบล พชต. ในระดับเขต หรือระดับจังหวัด หรือถ้ามีการพัฒนาภายในจังหวัด ทีม LCC ควรเป็นผู้ที่ยังทำงานในระดับจังหวัดนั้น ๆ
4. ควรมีหลักสูตรสร้างทีม LCC ในแต่ละจังหวัดทุกจังหวัด
5. การพัฒนาทักษะการใช้สมองมนุษย์และทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง สามารถนำไปอบรมฝึกบุคลากร ที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชาชนได้ ดังนั้นถ้ามีการจัดทำหลักสูตรให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้สมัครใจรับการอบรมเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ น่าจะเกิดคุณค่าและความสุขในผู้ปฏิบัติงานมากกว่าเดิมมาก เช่น กลุ่มแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
6. การมีสมรรถนะการเป็นผู้นำ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการดำเนินการโครงการในภาพรวม หรือแก้ไขปัญหาของส่วนรวมได้สำเร็จ หากจะมีการพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำเสริมเข้าในหลักสูตรให้มากขึ้น น่าจะเติมเต็มโครงการพัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้อย่างครบถ้วนได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิสาตร์ และ อนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา. (2559). การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 854-864.
- จรัส สิงห์แก้ว. (2565). การประชุมผู้แทนเรียนรู้ เพื่อหาหรือหลักสูตรการอบรมทีมเรียนรู้ ใน *การประชุมผู้แทนทีมเรียนรู้เพื่อหาหรือหลักสูตรการอบรมทีมเรียนรู้ 30 กรกฎาคม 2565*. เชียงใหม่: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน. (2556). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับ อำเภอ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 17-28.
- ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, จิราพร วรวงศ์, ศิราณี ศรีหาภาค, ธาณี กล่อมใจ และ พิทยา ศรีเมือง. (2560). การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ: บทบาทและมุมมองของอาจารย์หรือนักวิชาการ สถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 27-39.

- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)*. สมุทรสาคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- รุ่งเรือง กิจผาติ. (2563). *ปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ จุดเปลี่ยนด้านสาธารณสุขครั้งสำคัญของประเทศไทย เพื่อประชาชนสุขภาพดี*. เข้าถึงได้จาก <https://www.ahsouth.com/paper/407>
- วิจารณ์ พานิช. (2558) *การวัดผลประเมินผลแห่งศตวรรษที่ 21*. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/589130>
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัทธนฤมล และ แอนน์ มิลส์. (2561). *การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. เข้าถึงได้จาก https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai-1517425266757.pdf
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2558, มีนาคม 16). *แนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน [เอกสารอิเล็กทรอนิกส์]*. เข้าถึงได้จาก <https://www.slideshare.net/slideshow/ss-45508221/45508221>
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2559, เมษายน 20). *DHML กระจายอำนาจจัดการสุขภาพอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]*. เข้าถึงได้จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/90>
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2557). *ประสบการณ์ร่วมเรียนรู้กับ LCCs & LTs: ความเหมือนที่แตกต่าง. ใน การประชุมติดตามความก้าวหน้าโครงการการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (district health management Learning-DHML) 26 พฤศจิกายน 2557*. เข้าถึงได้จาก <https://www.slideshare.net/AuampornJunthong/lcctournew26-nov2014-dhml>
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). *CUP Management การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: นโม พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุรียัภรณ์ เลิศวัชรสกุล และ สุทธิพร ชมพูศรี. (2557). *การศึกษากระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity District Health Team) จังหวัดพะเยา*. พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) District Health System. (DHS) ฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: โครงการการพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มุลนิธิแพथ์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions in adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.