Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568)

Vol.6 No.3 (September – December 2025)

วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
Journal of Research and Health Innovative Development
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
Roi-Et Provincial Public Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุรเดชช ชวะเดช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาสูติ - นรีเวชกรรม) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ว่าที่ พ.ต.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
ดร.นริศรา พันธุ์ศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทรา	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ อัปมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อรุณ บุญสร้าง	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 114 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 3 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3 ซม. และขอบขวา 2.54 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช้คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทความวิจัย

ประกอบด้วย

บทนำ เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการวิจัย ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)
ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)
Corresponding author: E-mail: .....(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK 16 pt)

วัตถุประสงค์ : .....
รูปแบบการวิจัย : .....
วัสดุและวิธีการวิจัย : .....
ผลการวิจัย : .....
สรุปและข้อเสนอแนะ :.....

คำสำคัญ : .....; .....; .....

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด

Abstract

Purpose : .....
Study design : .....
Materials and Methods : .....
Main findings : .....
Conclusion and recommendations : .....

Keywords : .....; .....; .....

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ TH Sarabun PSK 14 pt)

บทนำ

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....

.....

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

.....

.....

ผลการวิจัย

.....

.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน

วิจารณ์

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน“ร้อยเอ็ดโมเดล”อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 13
Development of a Community-Based Participatory Approach for Drug Screening, Case Finding, and Patient Care: The “Roi-Et Model” in Phanom Phrai District, Roi Et Province
วัฒนศักดิ์ สุกใส

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี 29
Development of a Care Model for Psychiatric Patients with Substance Use Disorders In the Acute Phase: Inpatient Services at Thawatchaburi Hospital
รัตนาภรณ์ อุปแก้ว, นงลักษณ์ เตชะนาม, จันทร์เมือง ทนงยิ่ง

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวล และความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 46
EFFECTS OF PLANNED GIVING INFORMATION PROGRAM BEFORE CARDIAC CATHETERIZATION ON ANXIETY AND READINESS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AT ROI ET HOSPITAL
โสภา สุวรรณศรี

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด 58
Development of a Comprehensive Psychiatric Care System (SMI-V) with Family and Community Involvement, at Mae Wadi Hospital, Roi Et Province
สายใจ สิงห์ยะเมือง, ศุภิศา บุญปก, สุพี ช่างม่วง, วิชชากร ไชยรัตน์

การวิเคราะห์สมรรถนะ และผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชี ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 74
Analysis of Professional Competencies and Performance Outcomes in Financial and Accounting Operations among Health Service Network Personnel in Roi Et Province
บุญเรือง แซ่อึ้ง

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพภาพและปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางพลี 90
A Comparative Study of Image Quality and Radiation Dose in Chest Radiography Using Different Tube Voltage Techniques : A Case Study at Bangplee Hospital
ญาณวุฒิ สมศรี

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม 100
Development of a Model for Prevention of Preterm Birth in the Hospital in Mahasarakham Province Network
อัมพร นาคสมบูรณ์

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ 110
The Development of Care Guidelines for Patients with ST - Elevation Myocardial Infarction (STEMI) at Pathumrat Hospital
ดวงใจ คำแหล่

การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 120
The implementation of road accident prevention and resolution in Nadun District, Maha Sarakham Province
สมัย ทองพูล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด 136
Effects of an Intensive Behavioral Modification Program on Dietary Beaviors, Hemoglobin A1cand Body Mass Index in Patients with Remission Diabetes in Chiang Khwan Hospital, Roi Et Province
เกตุแก้ว เพ็ชรรัศมี, ปาริชาต ชรากาหมุด, อภิญญา จันทะคัด

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดมหาสารคาม 147
Development of a Surveillance System for Visual Impairments Among
Grade 1 Primary School Students in Maha Sarakham Province
ศิริรัตน์ จ่ากุญชร, ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัด 160
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลชุมชน: การศึกษาเชิงย้อนหลัง
Factors Associated with a Prolonged Hospital Stay Following Total Knee Arthroplasty
in a Community Hospital: A Retrospective Cohort Study
ณัฐกานต์ บาริศรี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย 169
โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of a nursing model for advance care planning in Palliative Care
at Thawatburi Hospital Roi Et Province
วารุณี บุตรนัย

ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้า 183
ในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
Factors Affecting Delays in Procurement Documentation by Supplies and Financial
Accounting Personnel at Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani Province
พัชรา เดชาวัตร

การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 195
ของทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of a System to Prevent Medication Errors in Diabetes Clinic
With the Participation Process of the Patient Care Team
at Kasetwisai Hospital Roi-et Province
นิพล มหาอุตย์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร 211
Factors Associated with Product Development Needs and FDA Registration Requests Among Non-Factory Food Producers in Yasothon Province
ทินกร แสงสวัสดิ์

วิเคราะห์การใช้ยาต้านจุลชีพและปัจจัยการเสียชีวิตในผู้ป่วย K. pneumoniae ดื้อยา โรงพยาบาลมุกดาหาร 223
Analysis of Antimicrobial Use and Mortality Factors in Patients with Drug-Resistant K. pneumoniae at Mukdahan Hospital
ประภัสสร นนท์จุมจัง

ผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพต่อพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ 234
The Impact of Health Promotion Guidelines in Early Childhood Development Centers on Child Development in Sri Thep District, Phetchabun Province
พัทนี เดชธรรมรงค์

การพัฒนาระบบบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 249
Development of Medical Technical Service Systems in Diabetes and Hypertension Clinics through Application of Lean at Chaturaphak Phiman Hospital, Roi Et Province
ธีรารัตน์ จิตประเสริฐวงศ์

การพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ จังหวัดร้อยเอ็ด 263
The Development of a Support System for Herbal Medicine Prescription in Multidisciplinary Healthcare Teams, Roi Et Province
เปมิกา ยี่ทอง, อัจฉรียา อภัยสูงเนิน, ปรียารัตน์ เรืองบุญ, สนธยา คณาศรี, ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุฒิกุล, มนฤดี แก้วฮ่องคำ, กุลธิดา ง่อนสว่าง, ธนภัทร พลเยี่ยม

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การศึกษาปริมาณรังสี และค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ 277
Radiation Dose Optimization and Dose Deviation Index Analysis in Portable Chest X-ray Examinations for Newborns in Intensive Care Unit
อุษณา แรงทอง

ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยกระตุ้น และการรักษา ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลทั่วไป 278
Clinical Characteristics, Precipitation causes and Therapy of Patients with Acute Heart Failure in A General Hospital
ธนา เหลืองพิกุลทอง

การศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 299
Competency in Elderly Healthcare of Health Personnel at Primary Care Units, Mae La Noi District, Mae Hong Son Province
บุญเลิศ ศรีอารีย์

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 314
The development of a behavioral modification program for elderly care with a history of drug-resistant infections in the responsibility area of Nong Phok Hospital, Roi Et Province
อาภัสรา ธรรมสาร

การพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดร้อยเอ็ด 327
Development of Seamless Care Service Model for Stroke Patients: Implementation in Roi Et Province
ศศิวิมล วิบูลชัย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 335
Service System Development and Quality of Life among Intermediate Care Stroke Patients Receiving Rehabilitation with Thai Traditional and Alternative Medicine
วันวิสาข์ พรหมเมตตา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 347
The Development of Evidence-Based Nursing Practice Guidelines for the Care of Patients with Intercostal Chest Drain in the Surgical Trauma Ward at Roi Et Hospital
พวงผกา ธรรมสมบัติ, วารุณี สีสันต์, สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี

รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ 360
The Health literacy performance assessment model for Village Health Volunteers to Increase Their Work Potential with The Concept of VHV 4.0 and Smart VHV in Galayani Vadhana District, Chiang Mai Province
เอกชัย สมบัติรัตนากร

ผลของโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วย ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด 376
Results of volunteer program for diabetic patients on Promotive behavior to control bloodsugar levels and HbA1C of Diabetic patients in Phra That Subdistrict, Chiang Khwan District, Roi Et Province
กรรณิกา นาควัน, พอใจ พลพิมพ์

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด 389
A Participatory Framework for Suicide Surveillance and Prevention: The Role of Family and Community in Moeiwadee Hospital, Roi Et Province
ศุภิศา บุญปก, สายใจ สิงห์ยะเมือง, วิชชากร ไชยรัตน์, สุพี ช่างม่วง

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 408
Development of Guideline for Community Participation Caring for Psychiatric Patients with Violent Behavior in Suwannaphum District, Roi Et Province
นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ, โชคนิติพัฒน์ วิสูญ

ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่ออุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด และความปลอดภัยของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 420
The Effectiveness of a Nursing Intervention Model for Preventing Preterm Birth on the Incidence of Preterm Delivery and Maternal Safety in Hua Chang Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province
ศศธร จันทะคาม

การประเมินผลการบริหารโครงการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 437
An Evaluation of Project Management of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office
อนุวัฒน์ วภักดิ์เพชร

ผลของโปรแกรมให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง 448
Effects of maternal education program on newborn care behavior to prevent jaundice
ศจี สุวรรณศรี, ดวงใจ นิ่มวัฒนกุล

งานวิจัยและพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ระบบ First Expired, First Out (FEFO) และเทคนิคการประเมินความถูกต้องสถานะคงคลังรายวัน โรงพยาบาลมุกดาหาร 462
Research and Development of Pharmaceutical Inventory Management Using the First Expired, First Out (FEFO) System and Daily Inventory Accuracy Assessment Technique at Mukdahan Hospital
วิภาดา ชาญธนบดีสมบัติ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง 476
Effectiveness of a Teacher Mentorship Development Program for Early Childhood Care Centers in Promoting Early Childhood Development through a Child-Centered
นงนุช แก้วจิตร์

การพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด 489
Development of a Monitoring and Evaluation Program for Public Administration Performance under the Health Strategic Plan of Roi Et Province
อิทธิพล ดวงแก้ว

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด 503
Development of a Care Model for High-Risk Pregnancy using Digital Media for Self-Care at Pathumrat Hospital, Roi-Et Province
ทิวานันท์ นาเมือง

การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick 517
The Evaluation of Operational Training on the Development of Foreigners' Health Coordination Center (FHC) and Foreigners' Health Service Center (FHSC) in Roi-Et Using Kirkpatrick's Evaluation Model
สมปอง ทวีหันต์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 536
The Development of Care Model for Substance Abuse Patients with Psychiatric Symptoms at Risk of Violence through Multi-Stakeholder Collaboration at Kosum Phisai Hospital, Maha Sarakham
ลิหล่า ศรีพวงเพิด

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน“ร้อยเอ็ดโมเดล”อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Community-Based Participatory Approach for Drug Screening, Case Finding, and Patient Care: The “Roi-Et Model” in Phanom Phrai District, Roi Et Province

วัฒนศักดิ์ สุกใส*

Wattanasak Suksai

Corresponding author: E-mail: jack24711@hotmail.com

(Received: July 29, 2025; Revised: August 5, 2025; Accepted: September 2, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ทดลองใช้ และปรับปรุงและเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็น 1) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้สำหรับการสำรวจสภาพปัจจุบันและปัญหา จำนวน 260 คน 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการตรวจคัดกรองเป็นประชาชนอายุตั้งแต่ 16-65 ขึ้นไป 31,910 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และ 3) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.) ชุดละ 30 คน จำนวน 13 ชุด จำนวน 390 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - ธันวาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจสภาพปัจจุบันและปัญหาที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.92 แนวคำถามสำหรับการสนนากลุ่ม และแบบบันทึกที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) ตั้งแต่ 0.80-1.00 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : พบว่า 1) สถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอพนมไพรยังคงรุนแรง โดยปัญหาหลัก คือ การแพร่ระบาดของยาบ้าและการมั่วสุมในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อชุมชนทั้งด้านอาชญากรรมและความสงบสุข แม้จะมีช่องทางแจ้งเบาะแส แต่ความกลัวและความไม่เชื่อมั่นยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการแก้ไขปัญหา แนวทางสำคัญในการลดผลกระทบและฟื้นฟูผู้ป่วยคือ การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในระยะยาวจะเกิดขึ้นได้จากการดำเนินงานอย่างบูรณาการและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน 2) รูปแบบและกลไกประกอบด้วย 6 ขั้นคือ (1) ขั้นเตรียมการ (2) การค้นหาและคัดกรอง 3) สรุปผลการตรวจคัดกรองและการคืนข้อมูลแก่ชุมชน (4) การบำบัดรักษาตามรูปแบบ CBTx จำนวน 9 ครั้งและสรุปผล (5) การส่งต่อความยั่งยืน และ (6) การติดตามและเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำและ 3) ผลทดลองใช้แนวทางผลการตรวจคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายอายุ 16-65 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจคัดกรอง Re x-ray ทั้งหมดจำนวน 31,910 คน พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นผลบวก (Positive) 1,118 (3.5%) ความก้าวร้าวสีแดง 20 คน (1.79%) พฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นผู้ใช้ 21 คน (1.88%) ผู้เสพ 1,069 คน (95.62%) และผู้ติด 28 คน (2.50%) ส่วนผลการบำบัด พบว่าผลการบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้งในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดทั้งหมด 1,064 คน การตรวจปัสสาวะเป็นผลบวก 177 คน (16.64%) และกลับไปเสพซ้ำโดยรวม 123 คน (11.56%)

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการดำเนินการส่งผลกระทบต่อชุมชน การบำบัดตามรูปแบบ CBTx และการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดผลกระทบและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : แนวทาง; การคัดกรอง; การบำบัดฟื้นฟู; ผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด; การมีส่วนร่วม

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate the current situation and challenges of substance abuse; to develop, implement, and evaluate an operational guideline for community-participatory screening, identification, and care for individuals with substance use disorders; and subsequently to refine and disseminate the guideline.

Study Design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : The study, conducted from December 2023 to December 2024, employed a research and development (R&D) design. Three target groups were involved: 1) 260 individuals for a situational analysis survey; 2) 31,910 people aged 16-65, selected through purposive sampling for a screening program; and 3) 390 research collaborators comprising 13 sub-district operational teams (30 members each). Data were collected using a survey questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92, a focus group discussion guide, and record forms validated with an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from 0.80 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage) and content analysis.

Main findings : The situational analysis revealed a severe methamphetamine abuse problem in Roi Et province, particularly in the Phanom Phrai district, prevalent among adolescents and the working-age population, leading to increased crime rates and social unrest. Fear and mistrust were identified as significant barriers to intervention despite the existence of reporting channels. The study led to the development of a six-step model: 1) Preparation; 2) Identification and Screening; 3) Summarizing screening results and providing community feedback; 4) A 9-session Community-Based Treatment (CBTx) program and evaluation; 5) Transitioning to sustainable follow-up; and 6) Monitoring and relapse prevention. The guideline's implementation showed that of the 31,910 individuals screened, 1,118 (3.5%) had positive urinalysis results. These individuals were classified as users (n=21, 1.88%), abusers (n=1,069, 95.62%), and addicts (n=28, 2.50%). Among the positive cases, 20 (1.79%) exhibited red-level aggression. Following the intervention, of the 1,064 'abusers' who completed the 9-session CBTx program, 177 (16.64%) subsequently tested positive for substance use, and 123 (11.56%) were identified as having relapsed.

Conclusion and recommendations : The implementation of the community-participatory guideline positively impacted the community. The CBTx model proved to be an effective approach for mitigating the adverse effects of drug abuse and supporting the sustainable recovery of individuals with substance use disorders.

Keywords : Guideline; Screening; Treatment and Rehabilitation; Users, Abusers and Addicts; Community Participation

* Public Health Technical Office, Professional Level, At Samat District Health Office.

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของยาบ้าในจังหวัดร้อยเอ็ด จากข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพและ ผู้ติดยาเสพติดในระบบ บสต. ปี พ.ศ.2561- 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 3,549, 3,816, 3,808, 3,372, 1,890 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18 - 24 ปี, 25-29 ปี, 30-34 ปี ตามลำดับ[1] ประกอบอาชีพรับจ้าง เป็นผู้ใช้แรงงานว่างงาน ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย ผลการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 76.3, 74.12, 69.94, 66.71, 84.29 ตามลำดับและมีร้อยละการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังการบำบัด พบว่า 99.62, 99.41, 98.84, 98.86 และ 98.63 ตามลำดับ[2] เช่นเดียวกับสถานการณ์ในอำเภอพนมไพรยังคงรุนแรงโดยข้อมูลสะสม ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2567 พบว่า จากการสำรวจ Re-Xray พบผู้ที่เข้าข่าย “เสพ” (ใช้/เสพยาเสพติด) รวมทั้งสิ้น 1,118 คน ทั่วอำเภอพนมไพร ในจำนวนนี้ จำแนกเป็นผู้ใช้ 1,069 คน, ผู้เสพ 28 คน และผู้ติด (ยาเสพติด) 28 คน นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่ติดคุก (จากคดียาเสพติด) ในพื้นที่ 71 คน และมีผู้เสียชีวิต (จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง) 12 คน ปัญหาหลักที่พบคือการแพร่ระบาดของยาบ้าและการมั่วสุมในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชุมชน ทั้งในด้านอาชญากรรมและความสงบสุขของประชาชน แม้จะมีช่องทางในการแจ้งเบาะแสเกี่ยวกับยาเสพติด แต่ความกลัวและความไม่เชื่อมั่นยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การแก้ไขปัญหามีความยากลำบาก[3]

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุหลักของสถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ดังกล่าวสามารถวิเคราะห์ได้ในหลายมิติ เช่น ด้านสังคมและครอบครัว เกิดโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะครอบครัวที่พ่อแม่ออกไปทำงานนอกพื้นที่ ทำให้ขาดการดูแลใกล้ชิด การเลียนแบบพฤติกรรมจากเพื่อนหรือกลุ่มสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่รวมกลุ่มมั่วสุม และชุมชนขาดกลไกการเฝ้าระวังและกลไกการแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพ ด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ในระดับครัวเรือนค่อนข้างต่ำ ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ทำให้บางคนหันไปใช้หรือค้ายาเสพติดเพื่อหารายได้ และความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจและค่าครองชีพทำให้เสพติดยาเพื่อคลายเครียด ด้านพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นและวัยทำงานมีแนวโน้มเสพยาเพื่อความสนุกหรือเพื่อเพิ่มพลังในการทำงาน และการเข้าถึงยาเสพติดทำได้ง่าย โดยเฉพาะยาบ้าเนื่องจากมีแหล่งกระจายสินค้าครอบคลุมในพื้นที่ ด้านระบบควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมายอาจยังไม่ครอบคลุมหรือไม่ต่อเนื่อง และบางพื้นที่ยังเป็นแหล่งมั่วสุมที่ยากต่อการเข้าถึงของเจ้าหน้าที่ ทำให้เป็นจุดแพร่ระบาด และมิติด้านการป้องกันและการฟื้นฟู พบว่า ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและการคัดกรองในชุมชนยังไม่ครอบคลุม และการบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพอาจยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) สรุปได้ว่าสาเหตุหลักที่ทำให้สถานการณ์ยาเสพติดในอำเภอพนมไพรยังคงรุนแรงเกิดจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจและความยากจนในชุมชน ประกอบกับปัจจัยทางสังคม เช่น การรวมกลุ่มของวัยรุ่น การขาดการดูแลจากครอบครัว การเข้าถึงยาบ้าที่ง่าย และกลไกการป้องกัน/ควบคุมที่ยังไม่เข้มแข็ง ส่งผลให้สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงและแพร่กระจายมากขึ้นในกลุ่มประชากรวัยแรงงานและวัยรุ่น[3]

อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยยาเสพยามีแนวโน้มการเข้าถึงบริการลดลง ในขณะที่สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำสูงขึ้น ในระยะการติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟูในช่วง 6 เดือนขึ้นไป ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ การเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาในชุมชนว่ากลุ่มผู้เคยใช้เสพยาเสพติดมีการใช้ยาเสพติดต่อเนื่องหรือมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น หรือทำให้มีอาการทางจิตร่วมด้วย และเสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในชุมชน[3]

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นรัฐบาลโดยกระทรวง

สาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติด และกำหนดให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วนตามแนวคิด “ปราบปราม รักษา ฟื้นฟู ดูแล” โดยเน้นย้ำว่าการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วน และสำคัญของรัฐบาล เพราะว่าแม้จะมีการพัฒนาของประเทศชาติ แต่การแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยทำงานเป็นปัญหาที่ทำลายกำลังสำคัญของชาติ ได้มีข้อสั่งการให้ (1) ทำการ X-ray พื้นที่ด้วยการระดมกำลังตรวจปัสสาวะกลุ่มเสี่ยงทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไปในทุกหมู่บ้าน (2) แยกผู้เสพออกมารับการบำบัดและให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม โดยสำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงกลาโหมขยายผลในการจับกุมผู้ขาย (3) กระทรวงสาธารณสุขแยกแยะผู้เสพตามระดับความรุนแรงมาบำบัด รักษาและส่งคืนชุมชนเมื่อมีความพร้อม โดยให้กระทรวงสาธารณสุข มหาดไทย และกลาโหม ร่วมกันจัดหาสถานที่บำบัดให้เพียงพอและผ่านกระบวนการให้แน่ใจว่าจะไม่กลับไปเสพยาซ้ำ (4) การส่งตัวคืนชุมชน ต้องฝึกอาชีพ หางานให้ทำและมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงแรงงานต้องเข้ามาดูแลในประเด็นนี้เพื่อไม่ให้กลับไปเป็นผู้เสพอีก และ (5) การป้องกันผู้เสพใหม่ให้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมเร่งหามาตรการที่เหมาะสมในการสอดส่องดูแลเยาวชนและให้ทางโรงเรียนร่วมกันในการปลูกฝังค่านิยมคุณค่าใหม่ “เด็กและเยาวชนต้องไม่เกี่ยวข้องกับสาเสพติด”[4] ซึ่งสอดคล้องกับตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ภาค 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดได้นิยามความหมายของการบำบัดรักษาหมายถึงการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติดและการติดตามหลังบำบัดรักษา[5]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนของการแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติดนั้นยังมุ่งเน้นการแก้ไขในเชิงสุขภาพ โดยถือว่าผู้เสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู ดูแลช่วยให้สามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม[6] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ใช้และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น ซึ่งการดำเนินงานจะให้ได้ผลนั้นแต่ละชุมชนจะต้องใช้พลังชุมชนที่มีอยู่เข้าจัดการ อาศัยพลังจากรัฐเข้าช่วย หรือการบำบัดรักษามีจุดแข็งในด้านเทคนิควิชาชีพทางสุขภาพเสริมจุดอ่อนด้านการฟื้นฟูด้านจิตใจ และการปรับเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับไปเสพใหม่ ด้วยความสำคัญดังกล่าวการวิจัยครั้งนี้ได้พยายามค้นหาเงื่อนไขต่างๆ แล้ววิเคราะห์ออกมาเป็น “บทเรียน” เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ “การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้การแก้ปัญหาระดับรากหญ้ามีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดการนำองค์ความรู้ไปต่อยอดและเพื่อเรียนรู้กระบวนการจัดการชุมชนภายในด้านต่างๆ ที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการ พร้อมทั้งสามารถนำไปถ่ายทอดต่อชุมชนอื่นๆ ได้ด้วยความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ทดลองใช้ และปรับปรุงและเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ซึ่งประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research : R1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการคัดกรองค้นหา และบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ป่วยยาเสพติด (A: analysis) ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร การสำรวจสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง การสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยจำแนกเป็น 1) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสำรวจสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังเป็นประชาชนทั่วไป ครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน ตำรวจ ทหาร ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรเอกชน จำนวน 260 คน และ 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการดำเนินงานโครงการบำบัดผู้ติดยาเสพติด “หัวโทนโมเดล” อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดต้นแบบ (Model) จำนวน 12 คน ในขั้นตอนนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสำรวจ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD.) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development : D1) พัฒนาแนวทางการคัดกรองค้นหา และบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด (Design and Development: D) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงแนวทางฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research : R2) เพื่อทดลองใช้แนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด (Implementation: I) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมวิจัย หรือชุดชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.) ชุดละ 30 คน จำนวน 13 ชุด จำนวน 390 คน และประชาชนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองอายุตั้งแต่ 16-65 ปีขึ้น จำนวน 31,910 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน V2, แบบคัดกรอง Q2+9Q และ 8Q, แบบซักประวัติตามแบบ บสต. และสมุดประวัติแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบรายงานยอดสะสมผลการปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการประจำตำบล (ชปต.)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ โดย 1) การวางแผน แต่งตั้งชุดปฏิบัติการสืบสภาพชุมชน 2) การจัดทำพิธีเปิดและการลงนามบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of understanding; MOU) หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ชุดปฏิบัติการระดับชุมชน (4) ประชุมชุดปฏิบัติการระดับอำเภอและพื้นที่มอบหมายหน้าที่และทบทวนรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกันและร่วมกัน 2) การค้นหาและคัดกรองโดย (1) ชุดปฏิบัติการทุกระดับเข้าดำเนินการในพื้นที่ค้นหา (2) ดำเนินการ X-ray 100% (3) กระบวนการกลั่นกรองและรับรองบุคคลที่ผ่านการตรวจปัสสาวะโดยคณะกรรมการคุ้ม (4) ดำเนินการคัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกโดยศูนย์คัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 คือ รพ.สต/โรงพยาบาลและ (5) คัดกรองตามแบบประเมิน V2 คัดกรอง 2Q+ 9Q8Q การซักประวัติตามแบบ บสต. และจัดทำสมุดประจำตัว 3) สรุปผลการตรวจคัดกรองและการคืนข้อมูลแก่ชุมชน 4) การบำบัดรักษาตามรูปแบบ CBTx จำนวน 9 ครั้ง และสรุปผลการบำบัด 5) การส่งต่อความยั่งยืน และประเมินความพึงพอใจของผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัวและชุมชน โดย (1) การรักษาสภาพหมู่บ้าน/ชุมชน (2) เฝ้าระวังโดยชุดปฏิบัติการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ (3) การส่งมอบพื้นที่ และ 6) การติดตามเพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำ โดย (1) การจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจ (2) อัตราผู้ผ่านการบำบัดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนมากกว่า 60% (3) อัตราผู้ผ่านการบำบัดได้รับการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี (4) จำนวนครัวเรือนปลอดยาเสพติดเพิ่มขึ้นก่อนดำเนินโครงการ (5) ปัญหาการแพร่ระบาดยาเสพติดและผู้เสพรายใหม่ลดลง และ (6) ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในหมู่บ้านลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development : D2) เพื่อประเมินปรับปรุงแก้ไขและเผยแพร่แนวทางการคัดกรอง

ค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานไปยังเครือข่ายในจังหวัดร้อยเอ็ด (Evaluation: E)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัจจุบันและปัญหาพบว่า สถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอพนมไพรยังคงเป็นปัญหา โดย 5.3% พบเห็นปัญหาด้วยตนเอง และ 37.9% ระบุว่าสถานการณ์รุนแรงกว่าปี พ.ศ.2565 สาเหตุหลักคือราคายาเสพติดที่ถูกลง และการมั่วสุมเพิ่มขึ้น ยาบ้ายังคงพบมากที่สุด (86.5%) โดยกลุ่มที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่คือวัยรุ่นและวัยทำงาน (อายุ 20-24 ปี 60.0%) ปัญหาส่งผลต่อชุมชน เช่น แก๊งมอเตอร์ไซค์ซิ่ง (26.3%) และอาชญากรรมเล็กน้อย (9.2%) แม้มีช่องทางแจ้งเบาะแส แต่บางคนไม่แจ้งเพราะกลัวถูกทำร้าย (11.4%) แนวทางการบำบัดที่เหมาะสมคือการฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based rehabilitation) ซึ่งใช้ทรัพยากรในชุมชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย ภาครัฐควรปราบปรามยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและสร้างความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วน เพื่อลดปัญหาอย่างยั่งยืน

2. แนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของแนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดร้อยเอ็ด

หัวข้อ	รายละเอียด
1. หลักการ	การแก้ปัญหายาเสพติดต้องดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรท้องถิ่น ควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูทางกาย จิตใจ และสังคมตามแนวคิด CBTx (Cognitive Behavioral Therapy) เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน
2.วัตถุประสงค์	1) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการคัดกรอง ค้นหา และบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด 2) พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน 3) ทดลองใช้แนวทางที่พัฒนา 4) ปรับปรุงและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติไปสู่เครือข่ายในจังหวัดร้อยเอ็ด
3. กระบวนการดำเนินงาน	แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน 1) ขั้นเตรียมการ แต่งตั้งชุดปฏิบัติการ อบรมบุคลากร และลงนามความร่วมมือ(MOU) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) การค้นหาและคัดกรอง ตรวจปัสสาวะ X-ray 100% และใช้แบบประเมินพฤติกรรม 3) สรุปผลการตรวจคัดกรองและคืนข้อมูลแก่ชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลและแจ้งผลแก่ชุมชน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	4) การบำบัดรักษา CBTx จัดกิจกรรมบำบัด 9 ครั้ง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
	5) การส่งต่อความยั่งยืน ประเมินความพึงพอใจและคืนผู้ผ่านการบำบัดสู่ชุมชนพร้อมแนวทางป้องกันการเสพซ้ำ
	6) การติดตามและเฝ้าระวัง เฝ้าระวังการเสพซ้ำผ่านการติดตามและสนับสนุนจากชุมชน
4. การวัดและประเมินผล	1. ตรวจปัสสาวะผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อติดตามผล
	2. ประเมินพฤติกรรมผู้เสพโดยใช้แบบสอบถามและดัชนีวัดผลทางจิตสังคม
	3. วัดผลสำเร็จจากจำนวนผู้ที่สามารถหยุดเสพได้ต่อเนื่อง 3 เดือนขึ้นไป
	4. ประเมินอัตราการลดลงของผู้เสพรายใหม่ในชุมชน
	5. ติดตามความพึงพอใจของผู้เสพ ครอบครัว และชุมชน
5. เงื่อนไขการนำไปใช้	1. ต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
	2. ชุมชนต้องมีศักยภาพในการร่วมดำเนินงาน และมีทีมเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง
	3. ต้องมีการติดตามผลต่อเนื่องหลังการบำบัด เพื่อลดอัตราการเสพซ้ำ
	4. ต้องมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของชุดปฏิบัติการระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง
	5. ควรมีมาตรการป้องกันและบำบัดที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

3. ผลการตรวจคัดกรองค้นหา (1) ผลการตรวจคัดกรอง พบว่า กลุ่มเป้าหมายอายุ 16-65 ปีขึ้นไป จาก 19 อำเภอ เข้ารับการตรวจคัดกรองตามแนวทางการปฏิบัติการ Re x-ray ทั้งหมดจำนวน 31,910 คน พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นผลบวก (Positive) 1,118 (3.5%) ผลลบ (Negative) 30,792 คน (96.5%) ผลการประเมินความก้าวร้าว จำแนกเป็น 4 สี พบว่า กลุ่มสีเขียว 1,064 คน (95.17%) สีเหลือง 30 คน (2.68%) สีส้ม 4 คน (0.36%) และสีแดง 20 คน (1.79%) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจำแนกตามสถานะเป็น 3 สถานะพบว่าเป็นผู้ใช้ 21 คน (1.88%) ผู้เสพ 1,069 คน (95.62%) และผู้ติด 28 คน (2.50%) (2) ผลการบำบัด พบว่า ผลการบำบัด CBTx โดยรวม จำแนกเป็นรายกิจกรรม พบว่า ชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.) 13 ชุด ชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.) ดำเนินกิจกรรมครบ 9 ครั้ง 13 ชุด ผู้ตรวจพบสารเสพติด 1,118 คน กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัด (สีเขียว) 1,064 คน ผู้เข้ารับการบำบัด CBTx ที่มีผลการตรวจปัสสาวะบวก 3 ครั้งติดต่อกัน (กลุ่มผู้ติด) 0 คน (3) ผลการบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้งในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 1,064 คน ผลการตรวจปัสสาวะบวก 177 คน (16.64%) ผลการตรวจปัสสาวะลบ 542 คน (50.94%) กิจกรรมไม่ครบ 9 ครั้ง และส่งข้อมูล

ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการ 345 คน (32.42%)

ผลการบำบัดตามกิจกรรมการบำบัด CBTx ครบเกณฑ์ 719 คน (67.58%) ไม่ครบตามเกณฑ์ 165 คน (15.51%) เข้ารับการบำบัดตามเงื่อนไขของกรมคุมประพฤติ 3 คน (0.283%) และพบว่ามีกลุ่มเป้าหมายกลับไปเสพซ้ำ 123 คน (11.56%) ตำบลพนมไพรมากที่สุด 33 คน (18.23%) รองลงมา คือ ตำบลชานุวรรณ 12 คน (20.68%) และตำบลนานวล 11 คน (13.09%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละผลการปฏิบัติการ Re x-ray ในกลุ่มเป้าหมายอายุ16-65 ปีขึ้นไป โดยรวม (n= 31,910)

กิจกรรม	จำนวน(%)
กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	31,910
ผลการตรวจปัสสาวะ	
ผลบวก (Positive) (ทดสอบสารเสพติดเบื้องต้น พบสารเสพติดหรือพิษในร่างกาย)	1,118(3.5)
ผลลบ (Negative) (ทดสอบสารเสพติดเบื้องต้น ไม่พบสารเสพติดหรือพิษในร่างกาย)	30,792(96.5)
การประเมินความก้าวร้าว	
กลุ่มสีเขียว (ผู้ป่วยยาเสพติดที่ ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยหรือประเมิน OAS เท่ากับ 0 คะแนน)	1,064(95.17)
กลุ่มสีเหลือง (ผู้ป่วยยาเสพติดที่ มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยแต่อยู่ในระยะ อาการสงบ หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 1 คะแนน)	30(2.68)
กลุ่มสีส้ม (ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยอยู่ในระยะอาการกำเริบ และมี 5 สัญญาณเตือน ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน	4(0.36)
กลุ่มสีแดง (ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยและกำลังแสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลัง ประเมิน OAS เท่ากับ 3 คะแนน)	20(1.79)
พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	
ผู้ใช้ (บุคคลที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดเป็นครั้งคราวหรือไม่สม่ำเสมอ)	21(1.88)
ผู้เสพ (บุคคลที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดเป็นประจำ หรือมีการเสพในลักษณะที่อาจส่งผลต่อสุขภาพและพฤติกรรม)	1,069(95.62)
ผู้ติด (เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติด)	28(2.50)
รวม	**1,118(100.0)**

ตารางที่ 3 จำนวนผลการบำบัด CBTx โดยรวม จำแนกเป็นรายกิจกรรม

กิจกรรมการบำบัด CBTx	จำนวน
1. ชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.)	13 ชุด
2. ชุดปฏิบัติการระดับตำบล (ชปต.) ดำเนินกิจกรรมครบ 9 ครั้ง	13 ชุด
3. ตรวจพบสารเสพติด	1,118 คน
4. กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการบำบัด (สีเขียว)	1,064 คน
5. ผู้เข้ารับการบำบัด CBTx ที่มีผลการตรวจปัสสาวะบวก 3 ครั้งติดต่อกัน (ผู้ติด)	0 คน

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละผลการบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้งในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด (n=17,266)

กิจกรรมการบำบัด CBTx	จำนวน(%)
การบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้งในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด	
1. ผลการตรวจปัสสาวะบวก	177(16.64)
2. ผลการตรวจปัสสาวะลบ	542(0.94)
3. กิจกรรมไม่ครบ 9 ครั้ง และส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการ	34(32.42)
ผลการบำบัดตามกิจกรรมการบำบัด CBTx	
1. ครบเกณฑ์	791(67.58)
2. ไม่ครบตามเกณฑ์	165(15.51)
3. เข้ารับการบำบัดตามเงื่อนไขของกรมคุมประพฤติ	3(0.28)
4. ดำเนินการต่อในชุมชน (มินิธัญญารักษ์)	177(16.63)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลการติดตามการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองค้นหา และบำบัด ฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติด (n =1,064)

ชื่อตำบล	ติดตาม(คน)	ผลการติดตาม	การกลับไปเสพซ้ำ
		จำนวน(%)	จำนวน(%)
ตำบลพนมไพร	181	181(100.00)	33(18.23)
ตำบลแสนสุข	165	165(100.00)	8(4.84)
ตำบลโคกสว่าง	29	29(100.00)	4(13.79)
ตำบลหนองทัพไทย	50	50(100.00)	9(18.00)
ตำบลโพธิ์ใหญ่	94	94(100.00)	9(5.57)
ตำบลนานวล	84	84(100.00)	11(13.09)
ตำบลวารีสวัสดิ์	52	52(100.00)	6(11.53)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ชื่อตำบล	ติดตาม(คน)	ผลการติดตาม	การกลับไปเสพซ้ำ
		จำนวน(%)	จำนวน(%)
ตำบลกุดน้ำใส	61	61(100.0)	3(4.91)
ตำบลโพธิ์ชัย	67	67(100.00)	3(4.47)
ตำบลคำไฮ	109	109(100.00)	10(9.17)
ตำบลสระแก้ว	62	62(100.00)	8(12.91)
ตำบลค้อใหญ่	52	52(100.00)	7(13.46
ตำบลชานุวรรณ	58	58(100.00)	12(20.68)
รวม	**1,064**	**1,064(100.00)**	**123(11.56)**

4. หลังจากแนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้ปรับปรุงแก้ไขจากเวทีการสนทนากลุ่มแล้วได้เป็น “ร้อยเอ็ดโมเดล” และงานวิจัยนี้ได้เผยแพร่ไปยัง 10 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงใหม่ อุทัยธานี ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ สกลนคร นครพนม ระยองนครศรีธรรมราช ตรัง และนราธิวาส และเผยแพร่ผ่านเวทีประชุมต่างๆ เช่น

ตารางที่ 6 การเผยแพร่แนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้ และผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วันเดือนปี	สถานที่	การเผยแพร่
15 ตุลาคม 2567	สโมสรร่วมเริงไชย ค่าสุรนารี นครราชสีมา	การบรรยายการแก้ไขยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด “ธวัชบุรีโมเดล” “101 โมเดล” ในการประชุมมอบแนวทางการปฏิบัติงานของ กอ.รมน. ภาค 2
23 ธันวาคม 2567	เมืองทองธานี นนทบุรี	เวทีรับโล่รางวัลจังหวัดสีขาวด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด“ธวัชบุรีโมเดล” “101 โมเดล”
20 มกราคม 2568	จังหวัดร้อยเอ็ด	ประชุมเชิงปฏิบัติการการแลเปลี่ยนเรียนรู้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปี พ.ศ.2568
23 มกราคม 2568	จังหวัดร้อยเอ็ด	มอบนโยบายยาเสพติดและวางแผนการขับเคลื่อนนโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568
30 มกราคม 2568	จังหวัดร้อยเอ็ด	นำเสนอผลการดำเนินงานต่อรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงกลาโหม
13 ก.พ.68	ค่าประเสริฐสงคราม มณฑลทหารบกที่ 27	การจัดหาสถานที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดร้อยเอ็ดโมเดล

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ดโดยรวมยังคงรุนแรง โดยยาบ้าเป็นปัญหาหลัก พบกลุ่มเสี่ยงมากในวัยรุ่นและวัยทำงาน การซื้อขายยาเสพติดผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้น และชุมชนยังคงกังวลเรื่องความปลอดภัยในการแจ้งเบาะแส แนวทางการบำบัดที่เหมาะสมคือ การฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อลดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยและส่งเสริมการคืนสู่สังคม การแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการบูรณาการการดูแลเข้ากับระบบบริการในชุมชน เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ดำเนินการที่โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 62, 54 และ 68 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพรายใหม่เพียงร้อยละ 2.89, 3.54 และ 5.41 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีมีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใช้มาก คือ ยาบ้าผลการบำบัดฟื้นฟู พบว่าผู้เข้าบำบัดฟื้นฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 71.22, 68.54 และ 66.12 ตามลำดับ หลังบำบัดฟื้นฟู ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและพบว่าปัญหาการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย[7]; ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาลักขโมย ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ การใช้ความรุนแรงและปัญหาครอบครัว การแพร่ระบาดของยาเสพ[8]; อาชญากรรมทางยาเสพติดมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคม[9] และผู้ค้ายาเสพติดหันมาใช้สื่อสังคมออนไลน์และแอปพลิเคชันส่งข้อความที่เข้ารหัส เช่น Instagram, Snapchat, Telegram และ WhatsApp เพื่อขายยาเสพติด ทำให้การเข้าถึงยาเสพติดสะดวกขึ้นและยากต่อการตรวจสอบ[10]; วิธีการส่งของผู้ชายและผู้ซื้อยาเสพติดนิยมสื่อสารทาง Line ID มากที่สุด รองมาคือการส่งข้อความในรูปแบบของ Direct message (DM) ทักแชท และสะกิด[11]

แนวทางการคัดกรองค้นหาและบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการและสร้างความพร้อมในชุมชน 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การสรุปผลและคืนข้อมูลแก่ชุมชน 4) การบำบัดด้วย CBTx จำนวน 9 ครั้ง 5) การส่งต่อความยั่งยืนและประเมินผล และ 6) การติดตามและเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Treatment: CBTx) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ที่เน้นการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน[12] ในทำนองเดียวกับการบำบัดที่มีส่วนร่วมของชุมชนเน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนเพื่อสร้างความยั่งยืนในการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยชุมชนช่วยสนับสนุนและเฝ้าระวัง[13]; แนวคิด Social Learning Theory โดย Albert Bandura ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการเสพยาเสพติดอาจเกิดจากการเรียนรู้แบบเลียนแบบจากสิ่งแวดล้อม และสามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมในชุมชน; Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่เน้นการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยผู้เสพยาเสพติดระบุรูปแบบความคิดเชิงลบและพัฒนากลไกในการรับมือที่เหมาะสม[14]; Ecological Systems Theory แนวคิดของ Bronfenbrenner เน้นการพิจารณาปัจจัยหลายระดับที่มีผลต่อผู้ใช้ยาเสพติด เช่น ปัจจัยครอบครัว ชุมชน และนโยบายสาธารณะ[15] และ Relapse Prevention Theory แนวคิดนี้โดย Marlatt และ Gordon ชี้ให้เห็นว่าการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำสามารถทำได้โดยการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาและลดปัจจัยเสี่ยง[16]

ผลการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายอายุ 16-65 ปี จำนวน 31,910 คน พบการตรวจปัสสาวะเป็นผลบวก 1,118 คน (3.50%) และผลปัสสาวะลบ 30,792 คน (96.50%) โดยจำแนกสถานะเป็นผู้ใช้ 21 คน ผู้เสพ 1,069 คน และผู้ติด 28 คน ผลการบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้ง พบว่า

ผู้เข้ารับการบำบัด 1,064 คน มีผลปัสสาวะบวก 177 คน (16.64%) ผลปัสสาวะลบ 542 คน (50.69%) และเข้ากิจกรรมบำบัดครบเกณฑ์ 719 คน (67.58%) แสดงถึงความสำเร็จของกระบวนการบำบัดในภาพรวม ในทำนองเดียวกับแนวคิด Community Reinforcement Approach (CRA) ที่สนับสนุนการบำบัดฟื้นฟูโดยการเสริมแรงทางบวกในชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดการฟื้นตัวในระยะยาว การเข้าถึงเครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนในกระบวนการบำบัด เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่ชี้ว่าการบำบัดในชุมชนมีอัตราความสำเร็จสูง[17] สอดคล้องกับ Stages of Change Model (Transtheoretical Model) โดย Prochaska และ DiClemente ได้อธิบายว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นในหลายขั้นตอน (Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action, Maintenance) การบำบัด CBTx ครบ 9 ครั้งและการติดตามเฝ้าระวังการเสพซ้ำสอดคล้องกับการสนับสนุนผู้ป่วยในระยะ Action และ Maintenance[18]; Relapse Prevention Theory โดย Marlatt และ Gordon ทฤษฎีนี้อธิบายวิธีลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำผ่านการระบุปัจจัยเสี่ยงและการสร้างทักษะการรับมือ กระบวนการบำบัด CBTx และการเฝ้าระวังการเสพซ้ำในชุมชนสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้[16] แนวคิด Social Support Theory ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ครอบครัว และสังคมมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการบำบัดในชุมชนผ่านเครือข่ายที่เข้มแข็ง[19] และCBT มีหลักการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยผู้ป่วยรับมือกับสถานการณ์กระตุ้นที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดใหม่ การบำบัด CBTx 9 ครั้ง ในงานวิจัยนี้ชี้ถึงความสำเร็จของกระบวนการดังกล่าว[14]

อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีกลุ่มเป้าหมายกลับไปเสพซ้ำโดยรวมถึง 11.56% พบผลเช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยสะท้อนว่าการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มเป้าหมายถือเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีอัตราค่อนข้างสูง เช่น งานของ Kabisa et al.[20] ในประเทศรวันดา ซึ่งติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูและพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึง 59.9 % สอดคล้องกับงานของ Nagy et al.[21] ที่ศึกษาในประเทศอียิปต์และรายงานว่า กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระบบติดตามผลหลังการรักษาทั้งในระบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำอยู่ระหว่าง 45-56% ผลการศึกษาทั้งสองฉบับแสดงให้เห็นว่าการบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ หากไม่มีการติดตามและเสริมพลังทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่ามีผู้กลับไปเสพซ้ำจำนวน 123 คน (11.56 %) แม้จะอยู่ในระบบการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในขณะที่ ผลการวิจัยบางเรื่องมีความขัดแย้งกับการศึกษานี้ โดยรายงานอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่สูงกว่าอย่างชัดเจน เช่น งานของ Liu et al.[22] ในประเทศจีน ซึ่งติดตามผู้ที่พ้นจากการบำบัดแบบบังคับจำนวน 510 คน และพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึง 47.6 % ภายในช่วงเวลาเพียงหนึ่งปี เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนโดย Sohrabpour et al.[23] ที่อ้างถึงงานของ Witkowitz ซึ่งพบว่า มากกว่า 80% ของผู้เคยเสพสารเสพติดกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนแรก และงานของ Xie ที่ติดตามผู้ป่วยนาน 10 ปี พบว่าสัดส่วนของผู้ที่กลับไปเสพซ้ำในปีแรกอยู่ที่ 25% และส่วนที่เหลืออีก 75% กลับไปเสพซ้ำในช่วงเวลาถัดมา ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการติดตามการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงรูปแบบการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดฟื้นฟู และแม้ว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำในงานวิจัยปัจจุบันจะต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด แต่ก็ยังควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยคุ้มครอง (Protective factors) และบทบาทของครอบครัวและชุมชนที่ทำให้รูปแบบการป้องกันสามารถลดการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ ประการแรก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติที่มุ่งพัฒนากระบวนการดำเนินงานจริงในพื้นที่ ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานตรวจคัดกรอง ค้นหา และดูแลผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดมีลักษณะที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ตั้งแต่ขั้นตอนการสำรวจปัญหา การออกแบบแนวทาง ไปจนถึงการทดลองใช้ ทำให้แนวทางที่พัฒนาได้

มีความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริง และได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประการที่สอง การใช้เครื่องมือ Re x-ray ทำให้สามารถจำแนกระดับปัญหาได้ละเอียดตั้งแต่ “ผู้ใช้” “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ส่งผลให้การจัดกลุ่มและออกแบบมาตรการดำเนินการมีความชัดเจนและเป็นระบบ นอกจากนี้การรายงานผลยังมีข้อมูลเชิงปริมาณสนับสนุน ทำให้สามารถสะท้อนสถานการณ์ได้อย่างครอบคลุม

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การเก็บข้อมูลอาศัยการรายงานตนเองของผู้ให้ข้อมูลในชุมชน รวมถึงการอ้างอิงจากฐานข้อมูลของหน่วยงาน อาจมีความเอนเอียงหรือไม่สะท้อนความเป็นจริงทั้งหมด เนื่องจากประเด็นยาเสพติดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอาจไม่เปิดเผยในบางกรณี และการศึกษาดำเนินในพื้นที่เดียว คืออำเภอพนมไพร ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจเฉพาะ ทำให้การนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบท นอกจากนี้ระยะเวลาการทดลองใช้แนวทางค่อนข้างจำกัด ทำให้ยังไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ระดับครอบครัว ครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรัก ความเข้าใจ และการสื่อสารที่ดีภายในบ้าน เพื่อให้สมาชิกที่มีความเสี่ยงหรืออยู่ในกระบวนการฟื้นฟูได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ควรติดตามพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด มีการให้คำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่ชีวิตปกติของผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ครอบครัวควรเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อพัฒนาทัศนคติที่ดีและเพิ่มทักษะในการดูแลบุตรหลาน

ระดับชุมชน ชุมชนควรสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การสำรวจปัญหา การจัดทำแผนกิจกรรม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาศูนย์เรียนรู้หรือชมรมเพื่อฟื้นฟูผู้เคยใช้ยาเสพติดภายในหมู่บ้าน รวมทั้งจัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก เช่น การรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ และกิจกรรมนันทนาการ เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน ผู้นำท้องถิ่น โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข อีกทั้งควรส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชนให้ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งและที่ปรึกษาในการดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัด

ระดับนโยบาย ในระดับนโยบายควรมีการบูรณาการแผนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ในแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำหนดนโยบายสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานสามารถขยายผลได้ในระยะยาว ภาครัฐควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา ฝ่ายปกครอง และภาคประชาชน พร้อมทั้งจัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลที่ครอบคลุมทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อพัฒนานโยบายในเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรสนับสนุนการวิจัยเชิงประเมินผลและวิจัยแบบติดตามระยะยาวในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์นำไปใช้ปรับปรุงนโยบายในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านพื้นที่และลักษณะประชากร เพื่อให้ผลการศึกษาเกิดความครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ได้กับบริบทที่หลากหลาย นอกจากนี้ควรใช้ระยะเวลาในการติดตามผลที่ยาวขึ้น เพื่อประเมินถึงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของแนวทางที่ได้นำไปใช้ และเพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงพฤติกรรมและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีความถูกต้องควบคู่กับข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทของชุมชน นอกจากนี้ยังควรศึกษาปัจจัยเชิงนโยบายและการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้สามารถพัฒนาโมเดลหรือแนวทางที่นำไปสู่การดำเนินงานเชิงระบบได้อย่างยั่งยืน พร้อมทั้งควรมีการเสนอแนวทางสำหรับการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่าง

ภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2565. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข: ร้อยเอ็ด; 2565.
2. ปิยกัณญา แก่นวิชา, สุณี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230-41.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพร. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2567. งานพัฒนายุทธศาสตร์: ร้อยเอ็ด; 2567.
4. ชัย วัชรงค์. การแก้ปัญหายาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/85317.
5. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี; 2567.
6. UNODC/WHO. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. Discussion paper; 2013.
7. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;16(2):244-57.
8. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):e268174.
9. อัครพล คุรุศาสตรา, จอมขวัญ รุ่งโชติ. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(2):4-12.
10. Tidy J. Drug Dealers Have Moved Onto Social Media. WIRED; 2024.
11. กนิษฐา ไทยกล้า, ชัยสิริ อังกุระวรานนท์. การตลาดและการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดบนโลกอินเทอร์เน็ต. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. 2562; 36(1):28-9.
12. United Nations Office on Drugs and Crime. การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://www.unodc.org/roseap/uploads/archive/documents/cbtx/cbtx-brief-TH.pdf?utm_source=chatgpt.com
13. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
14. Beck A T, Wright F D, Newman C F, Liese B S. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 1993.
15. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
16. Marlatt G A, Gordon J R. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford Press; 1985.
17. Hunt W A, Azrin N H. A community-reinforcement approach to alcoholism. Behavior Research and Therapy. 1973;11(1):91–104.
18. Prochaska J O, DiClemente C C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

1983;51(3):390-5.

19. Cohen S, Wills T A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985;98(2):310-57.
20. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga J d'A, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2021;16:13.
21. Nagy N E S , Ella E I A, Shorab E M, Moneam M H El-D A, Tohamy A A. Assessment of addiction management program and predictors of relapse at the Institute of Psychiatry, Ain Shams University. Egyptian study. 2022;19;29(1):80.
22. Liu N, Lu Z, Xie Y. Tracking Study on the Relapse and Aftercare Effect of Drug Abstainers after Compulsory Detoxification in China. Front Psychiatry; 2022.
23. Sohrabpour M, Kamyab A, Yari A, Harsini P A, Jeihooni A K. The factors affecting substance abuse relapse based on theory of planned behavior in male addicts covered by addiction treatment centers in Southern Iran. BMC Public; 2024.

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี

Development of a Care Model for Psychiatric Patients with Substance Use Disorders In the Acute Phase: Inpatient Services at Thawatchaburi Hospital

รัตนาภรณ์ อุปแก้ว* นงลักษณ์ เตชะนาม จันทร์เมือง ทนงยิ่ง*****
Ratanapirn Upkaew, Nongluk Tachanam, Chanmueang Thanongying
Corresponding author: Email: rp.1970porn@gmail.com
(Received: July 29, 2025; Revised: August 5, 2025; Accepted: September 2, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : แหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาเวชระเบียนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่มารับบริการในแผนกงานผู้ป่วยใน 108 ฉบับ กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนกลุ่ม 19 คน และกลุ่มเป้าหมายสำหรับการทดลองใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพที่ 13 คน และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) 43 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า : 1) การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติพบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้บริการ (พยาบาล) ระบบบริการ และครุภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ 2) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ (1) การเตรียมความพร้อมและบุคลากร (2) การจำแนกและการรับผู้ป่วย (3) การปรับเปลี่ยนพื้นที่รองรับ (4) กระบวนการบำบัด และ (5) กระบวนการรับผู้ป่วยเข้าผู้ป่วยในและจำหน่าย หลังจากนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้แล้ว พบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาระยะ Acute น้อยที่สุด คือ 3 วัน (2.32%) มากที่สุด คือ 12 วัน (2.32%) ผู้ป่วยนอนรักษาระยะ Acute 7 วันจำนวน 29 คน (44.18%) จำนวนผู้บำบัดที่ผ่านการรักษาระยะ Acute และไปบำบัดระยะ IMC ครบ จำนวน 32 คน (74.41%) และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52, SD. = 0.44)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาข้างต้นสามารถลดวันนอนรักษาระยะ Acute ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีอัตราการบำบัดสำเร็จสูงและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ดังนั้น จึงควรขยายผลรูปแบบการดูแลดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่าย พร้อมปรับปรุงเรื่องครุภัณฑ์และระบบสนับสนุนให้ครบถ้วนทั้งนี้ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางจิตจากการใช้สารเสพติด; การดูแลระยะวิกฤติ; รูปแบบการดูแล; การให้บริการในแผนกผู้ป่วยใน

---

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : This study aimed to assess the current situation and problems related to the care of patients with substance-induced psychiatric disorders in the acute phase, to develop an appropriate care model, implement it in practice, and evaluate and refine the model for use in inpatient settings.

Study Design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : A research and development design was employed. Data on 108 patients admitted with acute psychiatric complications related to substance abuse were collected from medical records. Focus group discussions were conducted with 19 key informants. The developed model was then implemented with 13 registered nurses and 43 purposively selected acute psychiatric patients. Data were collected through questionnaires and record forms and analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : Problems in acute care were identified at four levels: patients and their relatives, service providers, service systems, and medical equipment and supplies. The care model developed for acute substance-related psychiatric patients consisted of five steps: (1) preparation of personnel and readiness, (2) triage and admission, (3) area modification, (4) treatment process, and (5) admission to inpatient ward and discharge. Implementation of the model resulted in a reduced number of acute-phase hospitalization days (minimum = 3 days; maximum = 12 days), with 29 patients (44.18%) remaining in the acute phase for 7 days. A total of 32 patients (74.41%) successfully completed both the acute and IMC treatment phases. Overall, nurses' satisfaction with the care model was at the highest level (Mean = 4.52, SD. = 0.44).

Conclusion and recommendations : The developed model effectively reduced the length of acute-phase hospital stay and enhanced treatment success, while yielding high satisfaction among service providers. Therefore, the model should be expanded to network hospitals and supported with adequate equipment and system resources. Continuous monitoring and evaluation are recommended to ensure suitability and sustainability in different contexts.

Keywords : Substance-related psychiatric disorders; Acute phase care; Care model; Inpatient service

*,**Registered Nurse, Professional Level, Thawatchaburi Hospital.

***Registered Nurse, Senior Professional Level, Thawatchaburi Hospital.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคมและประเทศชาติ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างก่อให้ เกิดปัญหาสังคม มีผลเสียต่อ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมโดยรวมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความสงบสุขของประชาชนและความมั่นคงของชาติจากรายงานข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดโลก ปี ค.ศ.2020 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่า ปี พ.ศ.2561 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากร ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine - type stimulants: ATS) และมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น[1] เช่นเดียวกับผลการศึกษาผลการใช้เมทแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือ เรียกว่าเกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อนำประสาทหรือสารโดปามีน ในสมองผิดปกติ เกิดอาการทางจิตแบบ มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในช่วงปัจจุบัน อยู่เป็นประจำ จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2012 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI นั้น พบว่ามีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยจิตเวช[2]

ทั้งนี้ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรโลกหรือราว 970 ล้านคน กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต (1) ในประเทศไทย สถานการณ์ไม่แตกต่างกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2566 มีประชากรที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจประมาณ 4 ล้านคน และมีผู้ใช้สารเสพติด 2.5 ล้านคน คิดเป็น 6.44% ของประชากรทั้งหมด (2) แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงการรักษาเป็นปัญหาท้าทาย มีเพียง 38.75% ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ขณะที่กว่า 60.0% ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำเป็น ซึ่งหมายถึงส่วนหนึ่งจะต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา[1] เนื่องจากสารเสพติดบางชนิดกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความก้าวร้าว (3) ซึ่งจะกลุ่มผู้ป่วยเรียกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) โดยบางส่วนมักมีอาการทางจิตที่รุนแรงและอาจก่อให้เกิดปัญหาหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชน หากขาดการบำบัดที่ต่อเนื่อง (4) การศึกษาโดยแวนดอร์นพบว่า ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงมีโอกาสก่อพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้นในช่วง 2-4 ปี หลังจากเริ่มต้นการศึกษา โดยมีสัดส่วนร้อยละ 2.9[3] นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติดได้กำหนดเป้าหมาย การให้บริการด้านหนึ่ง คือ การให้บริการผู้ป่วยใน จิตเวชและยาเสพติดฉุกเฉิน (Acute care) ในสถานพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การรับบริการ ของประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้รับการดูแล ช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้อาการทางจิตสงบและลดค่าใช้จ่ายใน การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการเฉพาะทางได้[4]

สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดยังเป็นพื้นที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้า จากข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในระบบ บสต. ในปี พ.ศ.2561- 2565 พบผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 3,549, 3,816, 3,808, 3,372 และ 1,890 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18 - 24 ปี, 25-29 ปี, 30-34 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ใช้แรงงานและว่างงาน ยาเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า กัญชา และสารระเหย ผลการบำบัดพบผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 76.3, 74.12, 69.94, 66.71 และ 84.29 ตามลำดับ และการหยุดเสพต่อเนื่อง

3 เดือนหลังการบำบัดพบ ร้อยละ 99.62, 99.41, 98.84, 98.86 และ 98.63 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสถานการณ์ยาเสพติดในโรงพยาบาลธวัชบุรีตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2567 โดยรวม ปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยนอก 330 คน 864 ครั้ง ผู้ป่วยใน 112 คน จำนวนวันนอน 335 วัน ปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยนอก 298 คน 762 ครั้ง ผู้ป่วยใน 158 คน จำนวนวันนอน 381 วัน และปี พ.ศ.2567 พบผู้ป่วยนอก 1,173 คน 2,953 ครั้ง ผู้ป่วยใน 679 คน จำนวนวันนอน 9,651 วันตามลำดับ[5]

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพยามีแนวโน้มการเข้าถึงบริการลดลง ในขณะที่สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนมากขึ้น สะท้อนถึงพฤติกรรมการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำสูงขึ้นในระยะการติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟูในช่วง 6 เดือนขึ้นไป ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากทักษะการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพการเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น[6] จากการวิเคราะห์สาเหตุหลักพบปัญหาในชุมชนว่า กลุ่มผู้เคยใช้เสพยาเสพติดมีการใช้ยาเสพติดต่อเนื่องมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วยก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้นและอาจส่งผลให้มีอาการทางจิตร่วมด้วยและเสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ จึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับ และพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคงและหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาส การรักษาเหมาะสมเท่าเทียม และไม่ถูกตีตราจากสังคมภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการประสานงาน[7]

การให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในระยะวิกฤติแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนจากการถอนสารเสพติดที่อาจนำไปสู่การชักหรือหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 7-10 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[8] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยงานวิจัยของ Nordström & Palmstierna[9] ชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดร่วมกับความเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มความรุนแรงต่อผู้อื่นสูงถึง 4.5 เท่า ด้านการวินิจฉัยพบการดูแลในโรงพยาบาลช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถแยกแยะระหว่างอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดกับโรคจิตเวชปฐมภูมิได้อย่างแม่นยำ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาสังเกตอาการอย่างน้อย 72 ชั่วโมงภายหลังการหยุดใช้สารเสพติด[10] ทั้งนี้เพราะการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนจะส่งผลต่อแนวทางการรักษาในระยะยาวขณะเดียวกัน การดูแลแบบผู้ป่วยในยังเปิดโอกาสให้เริ่มต้นการรักษาแบบบูรณาการ ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ซึ่ง Drake et al.[11] พบว่าสามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้มากกว่า 50.0% โดย โปรแกรมนี้ประกอบด้วยสามเสาหลัก ได้แก่ การปรับสมดุลสารสื่อประสาทด้วยยาเฉพาะทาง การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ยิ่งไปกว่านั้นระยะวิกฤติถือเป็น “ช่วงโอกาสทอง” (Golden hour) ในการสร้างสัมพันธภาพเชิงรักษาเนื่องจากผู้ป่วยในภาวะนี้มักมีความตระหนักถึงปัญหาและยอมรับการรักษาสูงกว่าช่วงอื่นถึง 3.2 เท่า[12] อย่างไรก็ตามประโยชน์เชิงเศรษฐสาธารณสุขก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน โดย Humensky[13] ระบุว่าการดูแลระยะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาวได้ถึง 32.0% ผ่านการป้องกันการเข้ารับการรักษาซ้ำ ทั้งนี้การควบคุมสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยยังช่วยป้องกันการนำสารเสพติดเข้าสู่ระบบการรักษาได้ถึง 91.0%[14] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้การฟื้นตัวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกที่ Drake[15] เน้นย้ำว่า “ชี้เป็นชี้ตายต่อผลลัพธ์ระยะยาว” ของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ดังนั้นผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพของ

โรงพยาบาลธวัชบุรีจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาว การป้องกันการเข้ารับการรักษาซ้ำ และช่วยป้องกันการนำสารเสพติดเข้าสู่ระบบการรักษาได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา พัฒนารูปแบบทดลองใช้ และประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ลักษณะการวิจัยเป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 - มิถุนายน 2568 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research : R1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ (A: analysis); (เดือนธันวาคม พ.ศ.2567)

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 1) ศึกษาเวชระเบียนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่มารับบริการในแผนกงานผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 108 ฉบับ และ 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และญาติผู้ป่วย โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และ 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาล งานผู้ป่วยใน ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ โดย (1) กำหนดวัตถุประสงค์ของแบบบันทึก (2) นิยามเชิงปฏิบัติการตัวแปรที่ศึกษา พร้อมกับการกำหนดโครงสร้างของแบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย: เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการรักษา ข้อมูลอาการแสดงและสัญญาณชีพ: อุณหภูมิ หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแนวทางการรักษา (3) จัดทำแบบร่างและนำเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเที่ยงเชิงเนื้อหาใช้ Index of Item-Objective Congruence (IOC) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินแต่ละรายการของแบบบันทึก ค่าดัชนีความสอดคล้องควรมากกว่า 0.75 และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 และ (4) จัดทำแบบบันทึกฉบับจริง 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของพยาบาล งานผู้ป่วยในก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ได้แก่ (1) ศึกษาเอกสาร ตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) นิยามเชิงปฏิบัติการตัวแปรที่ศึกษา กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างชุดคำถาม และ (3) ร่างชุดแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม กำหนดหัวข้อประเด็นสนทนาและจัดลำดับคำถาม นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนโดย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยสุ่มทบทวนตัวอย่างเวชระเบียน 43 คน โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษาพยาบาล และข้อมูลผลการรักษา 2) ทบทวนแนวทางการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่ใช้ในงานผู้ป่วยใน ศึกษาปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง จากพยาบาลประจำงานผู้ป่วยใน 13 คน โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

จิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ได้แก่ สภาพการณ์ สถานการณ์ในการดูแล ข้อดี ปัญหาและอุปสรรค ความเพียงพอ ความรู้ของบุคลากร และความต้องการและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการพยาบาล และ3) การสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูล อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ กล้องบันทึกภาพ เครื่องบันทึกเสียงและสมุดจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata 16.1 สำหรับการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อคำถาม สำหรับข้อเสนอแนะที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบแบบสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ 3) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล เสนอในรูปตารางและความเรียง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ (Design and Development: D1); (เดือนมกราคม 2568)

แหล่งข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 5 คน และมีคุณสมบัติดังนี้ 1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ 4 คน และ 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล 2) เครื่องมือประกอบการจัดอบรม ได้แก่ (1) แผนการจัดกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ (ร่างแผนฯ แนวทางการจัดกิจกรรม ระยะเวลา สื่อ และการประเมินผล) (2) เอกสารที่ใช้ประกอบการฝึกอบรม ได้แก่ คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ขั้นที่ 1 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการลงมือปฏิบัติและทบทวน (Plan-Do-Check-Act) ตามวงจรเดมมิ่ง โดยใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ขั้นที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ โดย 1) ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และ 2) ปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ขั้นที่ 3 สื่อสารรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปยังผู้ปฏิบัติหน้างานอย่างทั่วถึง โดยการจัดอบรมวิชาการ และชี้แจงแนวปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และขั้นที่ 4 ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ประกอบขั้นที่ 1 ศึกษานำร่องเป็นระยะเวลา 1 เดือน (เดือนมีนาคม 2568) ขั้นตอนที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แต่ละฉบับให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata 16.1 สำหรับการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแต่ละข้อคำถาม สำหรับข้อเสนอแนะที่ได้จากคำถามปลายเปิดในแบบสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ 3) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในรูปตารางและความเรียง

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research : R2) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ (Implementation: I) ; (เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2568)

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำงานผู้ป่วยใน 13 คน และ 2) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช่ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลและแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่

ขั้นเตรียมการ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมให้ชัดเจน และ 2) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนออกแบบรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์รูปแบบการพยาบาล และผลการปฏิบัติตาม บริบทแต่ละหน่วยงาน และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินการ

ขั้นดำเนินการ ดำเนินการตามวงจรคุณภาพของ Deming, W. Edwards[16]

ขั้นวางแผน (Plan) โดย 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวชและอาการจากการใช้สารเสพติดประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2) กำหนดเป้าหมายการดูแล: กำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เช่น ลดอาการทางจิตเวช ลดความรุนแรงของอาการจากการใช้สารเสพติด เพิ่มความสามารถในการดูแลดนเอง และส่งเสริมการปรับตัวเข้ากับสังคม 3) วางแผนการพยาบาล: วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยคำนึงถึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ 4) วางแผนการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมอาการทางจิตเวชและอาการจากการใช้สารเสพติด 5) วางแผนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะร่วมมือในการรักษา และ 6) วางแผนการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ และความร่วมมือในการรักษา

ขั้นดำเนินงาน (Do) โดย 1) สร้างสัมพันธภาพสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเปิดใจรับการช่วย 2) ดูแลด้านร่างกาย โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการรับฟังและให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับอาการทางจิตเวชและอาการจากการใช้สารเสพติด และ 4) ดูแลด้านสังคม โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในเชิงบวกส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมและให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้ป่วย

ขั้นการตรวจสอบ (Check) โดย 1) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประเมินผลการดแลอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประเมินความก้าวหน้าในการรักษาและประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและบันทึกผลการประเมินและข้อมูลที่เกี่ยวข้องลงในเวชระเบียน และ 2) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย: ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลและการรักษา และนำความคิดเห็นของผู้ป่วยมาปรับปรุงการดูแลรักษา

ขั้นการปรับปรุง (Act) ปรับปรุงแผนการพยาบาล: ปรับปรุงแผนการพยาบาลตามผลการประเมิน เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ (เดือนมิถุนายน 2568)

แหล่งข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ 43 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

ในงานผู้ป่วยใน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาล และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติงานตาม Protocol ของพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ โดย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินพร้อมกับขั้นตอนที่ 3 2) จัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ และ 3) สรุปเป็นรูปแบบการการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติฉบับปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ COE 1172567 ให้การรับรองเมื่อวันที่ 27 เดือน ธันวาคม 2567 โดยได้คำนึงถึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผลสรุปจากการสนทนากลุ่มได้จำแนกสภาพปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติพระยะวิกฤติออกเป็น 4 ด้าน คือ สรุปสภาพปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดระยะวิกฤติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี สามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา มีอาการก้าวร้าว หวาดระแวง และบางรายมีอาการถอนสารเสพติดร่วมด้วย ทำให้ยากต่อการสื่อสารและควบคุมพฤติกรรม นอกจากนี้ญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยและแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีและไม่สนับสนุนกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (2) ด้านผู้ให้บริการ (พยาบาล) บุคลากรมีจำนวนจำกัดและไม่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชยาเสพติด ส่งผลให้การประเมินอาการและการจัดแผนการรักษาไม่ครอบคลุม ปฏิบัติงานด้วยความเสี่ยงสูงต่อการถูกทำร้าย และต้องทำงานภายใต้ภาระงานที่มาก ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเพียงพอ บางรายยังขาดทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงจิตบำบัด (3) ด้านระบบบริการ หน่วยงานยังขาดระบบคัดกรองแยกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีปัญหายาเสพติดอย่างชัดเจน ส่งผลให้การวางแผนการดูแลเฉพาะรายทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งการเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง ขาดรูปแบบการส่งต่อและติดตามภายหลังจำหน่ายที่ชัดเจน และ (4) ด้านอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ หอผู้ป่วยยังขาดอุปกรณ์เฉพาะทางสำหรับการรักษาภาวะถอนสารเสพติด เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบต่อเนื่องหรือห้องแยกความเสี่ยง อีกทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัย เช่น ตำแหน่งประตูและทางหนีไม่เหมาะสม อุปกรณ์หลายรายการเสื่อมสภาพ ไม่เพียงพอ และขาดระบบตรวจสอบสิ่งของต้องห้ามที่อาจถูกนำเข้ามาในหอผู้ป่วย

สรุปได้ว่าการสนทนากลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายาเสพติดระยะวิกฤติเป็นเรื่องซับซ้อน จำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างแพทย์ พยาบาล และญาติ รวมถึงการเชื่อมโยงกับระบบบริการชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และลดโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

2. การสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน จากสภาพปัญหาในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรีแบ่งออกเป็น 5 ขั้น ได้แก่

1) การเตรียมความพร้อมและบุคลากร โดยการกำหนดบทบาทและพื้นที่ อำเภอธวัชบุรีได้รับเลือกเป็นพื้นที่สีแดงสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

ในเดือนกรกฎาคม 2567 การเปิดศูนย์เฉพาะทาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรีได้ประชุมคณะทำงานเพื่อเปิดโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ธวัชบุรี 200 เตียง เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2567 เตรียมทีมงาน: ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 1 คน, พยาบาลยาเสพติด 1 คน, และนักจิตวิทยา 1 คน และกำลังสนับสนุน: ได้รับความอนุเคราะห์จากทหารกองพลทหารราบที่ 6 จำนวน 2 นายต่อวัน เข้าเวรตลอด 24 ชั่วโมง ประจำที่ตึกผู้ป่วยใน เพื่อช่วยดูแลผู้บำบัดให้มีอาการสงบก่อนส่งต่อมินิธัญญารักษ์ ทหารยังช่วยในการควบคุมดูแล ตรวจค้นสิ่งของ พาเก็บปัสสาวะ พาไปเอกซเรย์ ควบคุมการฉีดยา/รับประทานยา และนำส่งผู้บำบัด/ผู้ป่วย

2) การจำแนกและการรับผู้ป่วย ผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี: โรงพยาบาลธวัชบุรีดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตยาเสพติดที่มีอาการสีเหลืองถึงสีส้ม (ค่า OAS 1 คะแนนขึ้นไป) โดยรับไว้ในรูปแบบผู้ป่วยในร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป การส่งต่อผู้ป่วยรุนแรง กรณีผู้ป่วยมีความก้าวร้าวรุนแรง ระดับสีแดง พยาบาลจิตเวชยาเสพติดจะประสานกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เพื่อส่งตัวเข้ารับการรักษา หากจำเป็นต้องรับรักษาที่โรงพยาบาลธวัชบุรี จะมีการปรึกษาแพทย์จิตเวชเพื่อปรับยาจนอาการสงบก่อนดำเนินการส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การรับผู้ป่วยจากมินิธัญญารักษ์และอื่นๆ: ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดสามารถถูกรับเข้าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธวัชบุรีได้จากมินิธัญญารักษ์, แผนกผู้ป่วยนอก (OPD), และห้องฉุกเฉิน (ER) การคัดกรองเบื้องต้น (แรกรับ) ในช่วงแรกที่เปิด มินิธัญญารักษ์รับผู้บำบัด กลุ่มอาการสีเขียว (สมัครใจบำบัด) ในเขตอำเภอธวัชบุรี แต่เมื่อผู้บำบัดเข้ามา หากมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ภาพหลอน พูดบ่นคนเดียว เดินไปมา หรือมีค่า OAS 1-2 คะแนนขึ้นไป (ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้) หรือพบความเสี่ยงจากผลตรวจคัดกรองวัณโรค **จะต้องส่งกลับมารับการรักษาอาการทางจิต/ปรับยาให้สงบในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรีก่อน** หากอาการไม่ดีขึ้นจะส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3) การปรับเปลี่ยนพื้นที่รองรับ ปัญหาแรกเริ่ม: ในช่วงแรก ตึกผู้ป่วยในไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ต้อง Admit ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป และพบปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดเอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยทั่วไปหวาดกลัว บางรายต้องผูกมัด การปรับใช้ห้องเดิม: ตึกผู้ป่วยในจึงพิจารณาใช้ห้อง Negative pressure (ห้องดูแลผู้ป่วยโควิดเดิม) จำนวน 4 ห้อง (C1, C2, C4, C5) โดยปรับมาใช้เป็นห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง สามารถรับได้ห้องละ 2 คน การขยายพื้นที่เพิ่มเติมในเดือนพฤศจิกายน 2567 โรงพยาบาลธวัชบุรีได้เปิด ตึก Intermediate Care (ตึก IMC) ขนาด 8 เตียง ห้อง C4, C5 (ห้องโควิดเดิม) ถูกปรับเป็นที่นอนสำหรับผู้บำบัดทั่วไป รองรับได้ห้องละ 5 คน ห้อง C1, C2 ยังคงใช้สำหรับผู้บำบัดกลุ่มอาการรุนแรงที่ต้องแยก กลุ่มผู้บำบัดชายจัดให้พักในห้องสหรักษ์ฟื้นฟูเดิม (IMC เดิม 4 เตียง) และเมื่อมีผู้บำบัดเพิ่มขึ้นจึงปรับเป็นที่นอนแทน สามารถรับได้ 7-8 คน และผู้หญิงและกลุ่ม LGBTQ ยังคงรับไว้ที่ตึกผู้ป่วยใน

4) กระบวนการบำบัด แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1: ระยะวิกฤติ (ระยะถอนพิษยา) ระยะเวลา: ใช้เวลาบำบัด 7 วัน การจัดการแรกรับ: สร้างสัมพันธภาพ เซ็นต์ยินยอมการบำบัด ตกลงบริการบำบัด ชี้แจงกฎระเบียบ (การอยู่ร่วมกัน, การดูแลความเรียบร้อย, การไม่แอบเสพ/หนี/ทำลายสิ่งของราชการ) ชี้แจงการปฏิบัติตัว ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ (แอมเฟตามีน, กัญชา) และเอกซเรย์ปอด (CXR) แจกกล่องของใช้ส่วนตัว จัดเข้าห้องพักเป็นระบบปิด (เปิดโดยครูทหารกับพยาบาล) การดูแลระหว่างวัน: ดูแลระยะถอนยา ประเมิน OAS เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน ให้ยาตามแผนการรักษาหลัก 5 ชนิด: Diazepam 5 mg, Fluoxetine(20) 1x1, Ferrous fumarate 1x1, Vitamin C (1,000) 1x1 ระหว่างบำบัดรักษาในระยะวิกฤติ จะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงการฉีดยา ปรับยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการทางจิต

ระยะที่ 2 : ระยะฟื้นฟูยาเสพติด (IMC) การประเมินเพื่อย้าย: เมื่อครบ 7 วันในระยะวิกฤติ หากผู้บำบัดไม่มีอาการทางจิต พยาบาลจะตรวจปัสสาวะและประเมินอาการทางจิตด้วย แบบประเมินอาการถอนพิษ

ยาแอมเฟตามีน (Amphetamine Withdrawal Questionnaire Version2, AWQV2) เพื่อประเมินความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูในมินิธัญญารักษ์ แบบประเมิน AWQV2 มี 10 ข้อ เช่น ความรู้สึกอยากยา, เศร้า, วิตกกังวล, อ่อนเพลีย, อยากอาหารเพิ่มขึ้น, ฝันร้าย ผลการประเมินที่ผ่านมา 95% ของผู้ป่วยพบอาการอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น (ในกลุ่มอาการ Reversed Vegetative) การย้ายสถานที่ฟื้นฟู: ผู้ชายที่ครบระยะวิกฤติและอาการสงบ ทหารจะช่วยนำย้ายไปบำบัดฟื้นฟูต่อที่มินิธัญญารักษ์ ผู้หญิงและกลุ่ม LGBTQ จะยังคงรับไว้ที่ตึกผู้ป่วยในกิจกรรมบำบัดในระยะฟื้นฟู (สัปดาห์ที่ 1, 2, 3): จัดโดยทีมงานจิตเวชยาเสพติดและนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม

5. กระบวนการรับผู้ป่วยเข้าผู้ป่วยใน และจำหน่าย

ขั้นตอนการรับ : รับผู้ป่วยจากมินิธัญญารักษ์, OPD, ER ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจค้น พยาบาลจิตเวชประเมิน OAS แพทย์ Admit ให้การรักษาตาม Patient Journey จิตเวชยาเสพติด หากอาการสงบ จะ Admit Ward หากอาการไม่สงบ แพทย์จะ Consult หรือ Refer

การเตรียมจำหน่าย (วันที่ 8): ตรวจ Urine Amphetamine ประเมิน AWQV2 ให้คำปรึกษาชี้แจงการบำบัดฟื้นฟูต่อ ประสานมินิธัญญารักษ์เพื่อย้าย และประสานขอรถและเตรียมครูทหารนำส่ง (สำหรับผู้ป่วยที่ย้ายไปมินิธัญญารักษ์)

3. ผลการทดลองใช้ และประเมินและปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะวิกฤติส่วนใหญ่มีระยะเวลาการนอนรักษาเฉลี่ยค่อนข้างยาว โดย กลุ่มที่นอนรักษาระยะ Acute 7 วัน มีจำนวนมากที่สุด คือ 29 คน คิดเป็น 44.18% ของผู้ป่วยทั้งหมด (n=43) รองลงมาคือ กลุ่มที่นอนรักษา 8 วัน จำนวน 8 คน (18.60%) และกลุ่มที่นอนรักษา 10 วัน จำนวน 3 คน (6.97%) ในขณะที่กลุ่มที่มีระยะการนอนรักษาสั้นเพียง 3–6 วัน มีจำนวนรวมเพียง 2 คน (4.64%) และพบผู้ป่วย ที่ต้องนอนรักษายาวที่สุด 12 วัน จำนวน 1 คน (2.32%) กล่าวคือ ผลการดำเนินการดูแลในช่วงระยะวิกฤติสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลานอนรักษาไม่น้อยกว่า 7 วัน เพื่อให้สามารถประเมินอาการ แยกแยะอาการจากสารเสพติดออกจากโรคจิตเวชพื้นเดิม และเริ่มต้นการรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจแสดงถึง ความรุนแรงของอาการในระยะเริ่มต้นและความจำเป็นของการดูแลแบบใกล้ชิดโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติระดับสากลที่แนะนำให้เฝ้าระวังภาวะวิกฤติอย่างต่อเนื่องในช่วง 72 ชั่วโมงแรกและติดตามอาการอย่างเข้มข้นภายใน 7–10 วันแรกของการรักษา

ผลการดำเนินการด้านการบำบัดต่อเนื่องหลังระยะ Acute พบว่า ผู้บำบัดส่วนใหญ่สามารถเข้าสู่ระยะ IMC ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 32 คน คิดเป็น 74.41% ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด (n=43) สะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของระบบบริการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครบกระบวนการ อย่างไรก็ตามพบว่ามี ผู้ป่วยกลับมานอนรักษาซ้ำ (Re-admit) จำนวน 6 คน หรือ 18.75% ซึ่งบ่งชี้ถึงการกลับเป็นซ้ำภายหลังจำหน่ายจากระยะวิกฤติ และยังแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังหลังบำบัดได้ในระดับหนึ่ง ในขณะเดียวกันมี 5 คน (15.62%) ที่แม้ว่าจะผ่านการรักษาระยะ Acute แล้ว แต่ไม่สามารถเข้าสู่ระยะ IMC ได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องส่งต่อไปติดตามดูแลต่อในชุมชน แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการผสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยจากตารางนี้สะท้อนว่า ระบบการดูแลต่อเนื่องมีแนวโน้มในเชิงบวก แต่ยังมีช่องว่างในกลุ่มที่กลับมาเข้าโรงพยาบาลซ้ำและกลุ่มที่มีอาการทางจิตต่อเนื่องซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาแผนการติดตามร่วมกับชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน (n=43)

รายการประเมิน	จำนวน(%)
1. นอนรักษาระยะ Acute 3 วัน	1(2.32)
2. นอนรักษาระยะ Acute 6 วัน	1(2.32)
3. นอนรักษาระยะ Acute 7 วัน	29(44.18)
4. นอนรักษาระยะ Acute 8 วัน	8(18.60)
5. นอนรักษาระยะ Acute 10 วัน	3(6.97)
6. นอนรักษาระยะ Acute 12 วัน	1(2.32)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้บำบัดที่ผ่านการรักษาระยะ Acute และไปบำบัดระยะ IMC (n=32)

รายการประเมิน	จำนวน(%)
1. จำนวนผู้บำบัดที่ผ่านการรักษาระยะ Acute/ไปบำบัดระยะ IMC ครบ	32(74.41)
2. กลับมา Re-admit รอบ 2	6(18.75)
3. จำนวนผู้บำบัดที่ผ่านการรักษาระยะ Acute แต่ไม่บำบัดระยะ IMC ต่อเนื่องจากมีอาการทางจิตและไปติดตามต่อชุมชน	5(15.62)

4. การปรับปรุงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยในสรุปเป็น 5 ขั้นตอนหลักได้ดังนี้ (1) การเตรียมความพร้อมและปรับปรุงพื้นที่ (2) การจำแนกและการรับผู้ป่วยเบื้องต้น (3) ระยะวิกฤติ (ระยะถอนพิษยา) (4) ระยะฟื้นฟูยาเสพติด (IMC) และ (5) การเตรียมจำหน่าย และวางแผนต่อเนื่อง และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินผลความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติในโดยรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” (Mean = 4.52, SD. = 0.44) โดยพบว่า ทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและขั้นตอนการให้บริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความรู้สึกปลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.82, SD. = 0.39) รองลงมาคือ การทำงานเป็นทีม (Mean = 4.78, SD. = 0.41) และ มีขั้นตอนการทำงานที่เข้าใจง่าย (Mean = 4.76, SD. = 0.41) แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลมีความชัดเจนและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ยังได้รับคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean = 4.51, SD.= 0.54) สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

ในทางตรงกันข้าม ด้านการนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ “มาก” (Mean = 3.75, SD. = 0.60) ซึ่งแม้ว่าจะอยู่ในระดับดี แต่ยังพบว่ามีความแปรปรวนของคะแนนมากกว่าด้านอื่น ๆ จึงอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านระยะทาง ระบบการประสานงาน หรือทรัพยากรที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระยะวิกฤติ โดยประเด็นดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาเพื่อเสริมให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของทีมปฏิบัติการการต่อรูปแบบการดูแล รักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยใน (n = 19)

รายการประเมิน	Mean±SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	4.51±0.54	มากที่สุด
2. มีขั้นตอนการทำงานที่เข้าใจง่าย	4.76±0.41	มากที่สุด
3. ความรู้สึกปลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ	4.82±0.39	มากที่สุด
4. การนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว	3.75±0.60	มาก
5. การทำงานเป็นทีม	4.78±0.41	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	**4.52±0.44**	**มากที่สุด**

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับ Johnson et al.[17] ที่พบว่ามิติผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ความสับสนและหมดหวังนั้น ปัญหาหลักก็คือ ผู้ป่วยและญาติประสบความสับสนเมื่อต้องเผชิญระบบบริการที่แยกส่วน และไม่ได้รับดูแลทันท่วงที สาเหตุเชิงระบบ คือ การแบ่งแยกบริการ (Service Fragmentation): ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดทำงานแยกขาด ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อหลายหน่วยงานโดยขาดความต่อเนื่อง การขาด Case Management ที่มีประสิทธิภาพ การไม่มีบุคลากรเฉพาะทำหน้าที่ประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างชนิด (สุขภาพจิต/ยาเสพติด/สังคมสงเคราะห์) ส่งผลให้แผนการดูแลขาดความต่อเนื่องและการขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่บางส่วนในหน่วยบริการทั่วไปขาดทักษะดูแลผู้ป่วยซับซ้อน นำไปสู่การประเมินอาการผิดพลาดหรือทัศนคติเชิงลบ มิติผู้ให้บริการ (พยาบาล) ได้แก่ ความเครียดสูงและอุปสรรคการทำงาน ปัญหาหลักก็คือ พยาบาลในแผนกฉุกเฉินและหน่วยวิกฤติรายงานความเครียดสูงจากภาระงาน การขาดแคลนบุคลากร การรอคอยเตียงนาน และการขาดอุปกรณ์จำเป็น เช่น ชุดตรวจสารเสพติดรวดเร็ว[18] สาเหตุเชิงระบบคือ ความซับซ้อนของอาการ: ผู้ป่วยวิกฤติมีอาการรุนแรง (กระสับกระส่าย/หวาดระแวง) จากการใช้สารเสพติดและอาการทางจิตซ้อนกัน ต้องการทักษะดูแลเฉพาะทาง การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง: จำนวนพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพเชี่ยวชาญ Dual Diagnosis ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ระบบสนับสนุนล้มเหลว เช่น ปัญหา “การกักตัวผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน” (ED boarding) และการขาดทีมเฉพาะทางร่วมประเมินผล ทำให้การจัดการวิกฤติล่าช้า และข้อจำกัดด้านครุภัณฑ์ เช่น การไม่มีชุดตรวจสารเสพติดแบบ Point-of-Care ที่แม่นยำ หรือพื้นที่เฉพาะ (ห้อง De-escalation) ขัดขวางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

มิติระบบบริการ ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ ปัญหาหลักคือ ระบบบริการประสบปัญหาการแบ่งส่วน[17] การส่งต่อล่าช้า[18] และการเชื่อมต่อบริการหลังออกจากโรงพยาบาลไม่ดี ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำสูง[19] สาเหตุเชิงระบบ คือ การออกแบบระบบแบบแยกส่วน เช่น โครงสร้างพื้นฐานแยกขาดระหว่างบริการสุขภาพจิต ยาเสพติด และการแพทย์ทั่วไป แรงกดดันด้านงบประมาณ เช่น นโยบายเร่งรัดให้ผู้ป่วยออกจากหน่วยวิกฤติเร็ว (Reduce Length of Stay) ส่งผลให้ขาดการจัดการสาเหตุลึกซึ้งและวางแผนฟื้นฟูระยะยาว การขาดทีมสหวิชาชีพบูรณาการ เช่น การไม่มีทีมทำงานร่วม (จิตแพทย์/นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์/ผู้เชี่ยวชาญยาเสพติด) ภายใต้โมเดล Integrated Care และระบบส่งต่อชุมชนล้มเหลว เช่น การขาดกลไกเชื่อมต่อ

ที่มีประสิทธิภาพสู่บริการชุมชนหลังออกจากโรงพยาบาล มิติครุภัณฑ์และวัสดุ ได้แก่ ความไม่เพียงพอ ปัญหาหลัก เช่น การขาดแคลนอุปกรณ์ตรวจคัดกรอง อุปกรณ์ความปลอดภัย และเตียงไม่เพียงพอ ส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล[18-19] สาเหตุเชิงระบบ ก็คือ การจัดลำดับความสำคัญผิดพลาด: งบประมาณมักถูกจัดสรรให้อุปกรณ์รักษาโรคทางกายก่อนอุปกรณ์สุขภาพจิต/ยาเสพติด การขาดความเข้าใจในการออกแบบ: การออกแบบพื้นที่และเลือกอุปกรณ์ไม่คำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง และข้อจำกัดงบประมาณ: การลงทุนปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น เตียงเฉพาะทาง ห้องปลอดภัย) ต้องการเงินลงทุนสูง

2. รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Smith et al.[20] ได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Simulation-Based Training) สำหรับทีมสหวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน โดยมุ่งเน้นที่การประเมินและการจัดการผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับอาการทางจิตเวช ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมดังกล่าวมีความมั่นใจและความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการจำแนกผู้ป่วย (ขั้นตอนที่ 2) โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ที่แม่นยำขึ้น การระบุชนิดของสารเสพติดที่เกี่ยวข้อง และการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด (Substance-Induced Psychosis) กับอาการทางจิตเวชเดิม นอกจากนี้ โปรแกรมยังเน้นการเตรียมความพร้อม (ขั้นตอนที่ 1) ผ่านการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารแบบไม่ตัดสิน (Non-judgmental communication) และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary teamwork) เพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติที่ซับซ้อน ซึ่งนำไปสู่การลดความขัดแย้ง และเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลขั้นต้น[20]

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับงานการวิจัยเชิงคุณภาพโดย O'Malley et al.[21] ได้สำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการในหน่วยดูแลวิกฤตจิตเวช (Psychiatric Intensive Care Unit - PICU) ที่นำร่องใช้กระบวนการบำบัดแบบบูรณาการ (ขั้นตอนที่ 4) โดยเฉพาะ" โปรแกรมบำบัดกลุ่มระยะสั้นสำหรับการใช้สารเสพติดในบริบทวิกฤติ" (Brief Integrated Group Therapy in Crisis, BIGT-C) ซึ่งผสมผสานหลักการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) แนวคิดการเสริมแรงแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และการให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดเข้ากับการดูแลทางจิตเวชแบบมาตรฐาน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากระบวนการบำบัดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเสพติดกับอาการทางจิต สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาทักษะการรับมือเบื้องต้นได้ แม้ในระยะเวลาจำกัดของผู้ป่วยในวิกฤติ คู่ขนานไปกับนี้การศึกษาเดียวกันยังให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพื้นที่รองรับ (ขั้นตอนที่ 3) โดยสังเกตว่าหน่วยที่จัดให้มี "พื้นที่บำบัดกลุ่มที่สงบและปลอดภัย" ซึ่งออกแบบมาเฉพาะ (เช่น เก้าอี้จัดเป็นวงกลม สีผนังโทนเย็น ไม่มีวัตถุอันตราย) ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยระหว่างเข้าร่วมกระบวนการบำบัดกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญ[21] และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ระยะยาวโดย Chen & Rodriguez[22] ได้ติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยวิกฤติ Dual Diagnosis ที่ได้รับการดูแลภายใต้ "โปรแกรมการเปลี่ยนผ่านและการจำหน่ายที่มีโครงสร้าง" (Structured Transition and Discharge Program - STDP) ซึ่งเป็นกระบวนการรับผู้ป่วยในและจำหน่าย (ขั้นตอนที่ 5) แบบใหม่ โปรแกรมนี้ให้ความสำคัญกับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกเข้า (Admission) โดยทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่หลายประการ ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการหลังจำหน่ายอย่างรวดเร็วแต่รอบด้าน 2) การประสานงานกับบริการในชุมชน (เช่น คลินิกเฉพาะทาง Dual Diagnosis บริการจิตเวชชุมชน ศูนย์บำบัดยาเสพติด บ้านพักฉุกเฉิน) ก่อนวันจำหน่าย 3) การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) ที่ชัดเจนซึ่งรวมทั้งการนัดหมาย การจัดการยา และแผนเผชิญเหตุหากอาการกำเริบ และ 4) การจัดให้มีการประชุมสรุปการรักษา (Discharge meeting) ร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรม STDP ช่วยลดอัตราการกลับมา

รักษาซ้ำ (Readmission rates) ในระยะ 30 และ 90 วัน หลังจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มความพึงพอใจทั้งในผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล[22] กระบวนการนี้เน้นย้ำว่าการรับผู้ป่วยใน (Admission) ควรมองไปสู่เป้าหมายการจำหน่ายและการฟื้นฟูที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้น

งานวิจัยทั้งสามเรื่องนี้ให้หลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ 5 ขั้นตอน การเตรียมความพร้อมบุคลากรผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง[20] และการจัดระบบการจำแนก/รับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญ การบำบัดรักษาที่บูรณาการทั้งด้านจิตเวชและยาเสพติดเข้าด้วยกัน และการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการบำบัด[21] เป็นหัวใจของการจัดการในระยะวิกฤติ ขณะที่กระบวนการรับผู้ป่วยในและจำหน่ายที่มีโครงสร้างและเน้นการเชื่อมต่อกับบริการในชุมชน[22] เป็นปัจจัยชี้ขาดที่ช่วยตัดวงจรการกลับเข้ารักษาซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน หลักฐานจากงานวิจัยล่าสุดนี้สนับสนุนให้หน่วยบริการวิกฤตินำรูปแบบที่ครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอนไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อนนี้

3. ผลลัพธ์จากการทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติ ซึ่งแสดงให้เห็นระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ย 7 วัน (44.18%) อัตราการเปลี่ยนผ่านสู่หน่วยฟื้นฟู (IMC) สูง (74.41%) และความพึงพอใจของผู้ให้บริการในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.52) นั้น สอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในงานวิจัยล่าสุดจากต่างประเทศ ดังนี้ การลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะวิกฤติ (Acute Phase) พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Chen & Rodriguez[22] ในสหรัฐอเมริกาที่ประเมินโปรแกรมการดูแลระยะสั้นแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ Dual Diagnosis พบว่า การใช้เกณฑ์การจำหน่ายที่ชัดเจนและทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ยในระยะ Acute ลงเหลือประมาณ 7-10 วัน โดยไม่เพิ่มอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ ผลการศึกษาชี้ว่าระยะเวลาพักรักษา 7 วัน (ซึ่งเป็นค่าฐานที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้) เป็นระยะเวลาที่เพียงพอสำหรับการจัดการอาการทางจิตที่รุนแรงให้คงที่ (Stabilization) ร่วมกับการเริ่มต้นกระบวนการบำบัดปัญหาใช้สารเสพติดเบื้องต้น (Engagement and brief intervention) หากมีการวางแผนการจำหน่ายและการเชื่อมต่อบริการอย่างมีแบบแผนตั้งแต่แรกเข้า สอดคล้องกับผลการทดลองใช้รูปแบบที่พบผู้ป่วยนอนรักษา 7 วันมากที่สุด[22]

เช่นเดียวกับอัตราการเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลต่อเนื่อง (IMC) ที่สูงพบผลในทำนองเดียวกับงานวิจัยในสหราชอาณาจักรของ Thompson et al.[23] ได้รายงานความสำเร็จของ “โมเดลการดูแลแบบขั้นตอน (Stepped Care Model)” สำหรับผู้ป่วย Dual Diagnosis หลังระยะวิกฤติ พบว่า การมีกระบวนการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Seamless Transition) และการเริ่มต้นการมีส่วนร่วมกับบริการบำบัดยาเสพติด/จิตเวชชุมชนขณะยังอยู่ในหน่วย Acute (เช่น การเยี่ยมโดยทีมชุมชนก่อนจำหน่าย การนัดหมายบริการต่อเนื่องล่วงหน้า) ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงและคงอยู่ในโปรแกรมบำบัดระยะกลาง (Intensive Medical Care - IMC หรือเทียบเท่า) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษานี้รายงานอัตราการเปลี่ยนผ่านและการคงอยู่ในการดูแลระยะต่อไปที่เกิน 70% ซึ่งตรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากรูปแบบการดูแลที่ทดลองใช้ (อัตราการไปบำบัดระยะ IMC ครบ 74.41%) การศึกษานี้ย้ำความสำคัญของการเชื่อมโยงบริการระหว่างหน่วยวิกฤติและหน่วยฟื้นฟูตั้งแต่เนิ่นๆ[23]

ส่วนความพึงพอใจสูงของผู้ให้บริกาพบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียได้สำรวจระดับชาติโดย Martinez[24] เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความเหนื่อยล้าของบุคลากรในหน่วยจิตเวชวิกฤติ พบว่า รูปแบบการดูแลที่มีโครงสร้างชัดเจน มีขั้นตอนปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และมีทรัพยากรเพียงพอ สัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในงานและความรู้สึกมีประสิทธิภาพ (Sense of Efficacy) ของผู้ให้บริการในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในหน่วยงานที่มีระบบดีมักอยู่ที่

4.5 ขึ้นไป (ในสเกล 5 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการทดลองใช้ (ค่าเฉลี่ย= 4.52) ผู้ให้บริการรายงานว่ารูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจนช่วยลดความคลุมเครือ ลดความขัดแย้งในการทำงานร่วมกัน และทำให้การจัดการผู้ป่วยซับซ้อนเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน[24] หลักฐานจากงานวิจัยทั้งสามเรื่องนี้สนับสนุนว่า รูปแบบการดูแลที่ผู้วิจัยทดลองใช้นั้นไม่เพียงแต่ได้ผลในบริบทเฉพาะ แต่ยังสอดคล้องกับหลักปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ที่ได้รับการยืนยันในระดับสากลสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะวิกฤติ

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ สามารถลดระยะเวลาการนอนรักษาในระยะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาการนอนรักษาเฉลี่ย 7 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เพียงพอต่อการจัดการอาการทางจิตที่รุนแรงให้คงที่และเริ่มต้นการบำบัด ผู้ป่วยมีอัตราการบำบัดสำเร็จสูงในระยะเฉียบพลันและระยะ IMC โดยมีผู้ป่วยจำนวน 32 คน คิดเป็น 74.41% ที่สามารถผ่านการรักษาระยะ Acute และเข้าสู่การบำบัดในระยะ IMC ได้อย่างต่อเนื่อง และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ด้วยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ 4.52 (จาก 5 คะแนน) ผลลัพธ์เหล่านี้บ่งชี้ว่ารูปแบบการดูแลนี้ไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในบริบทของการวิจัย แต่ยังสอดคล้องกับหลักปฏิบัติที่ดีที่สุดในระดับสากลสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระยะวิกฤต

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรมีจำนวนจำกัดและบางส่วนยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชยาเสพติด ทำให้การประเมินอาการและการจัดแผนการรักษาอาจไม่ครอบคลุม ผู้ให้บริการต้องทำงานภายใต้ภาระงานที่มากและมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกทำร้าย ระบบบริการยังขาดความต่อเนื่องในการเชื่อมโยงกับหน่วยงานในชุมชน รวมถึงขาดรูปแบบการส่งต่อและติดตามที่ชัดเจนภายหลังจำหน่าย หอผู้ป่วยยังขาดอุปกรณ์เฉพาะทางที่จำเป็นและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย เช่น ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยก้าวร้าวหรือเครื่องติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง และการนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วยังคงมีข้อจำกัด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระยะทาง ระบบการประสานงาน หรือทรัพยากรที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้ คือ ควรขยายผลรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่าย พร้อมทั้งปรับปรุงครุภัณฑ์และระบบสนับสนุนให้ครบถ้วน มีการติดตามและประเมินผลรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะทางแก่บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล ในด้านการประเมินภาวะทางจิตเวช พฤติกรรมรุนแรง รวมถึงเทคนิคการบำบัดพฤติกรรม (CBT) และการลดความรุนแรง (De-escalation) จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอ และสร้างระบบพี่เลี้ยง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยให้ชัดเจน ตั้งแต่แรกเริ่มและจัดทำแผนการรักษาแบบบูรณาการ จัดทำรูปแบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานด้านสังคม เพื่อลดโอกาสกลับไปเสพซ้ำ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น การจัดห้อง แยกสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ติดตั้งอุปกรณ์เฝ้าระวังที่จำเป็น เช่น กล้องวงจรปิด และจัดพื้นที่สำหรับกิจกรรมบำบัด จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการประเมินและเฝ้าระวังอาการ เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบต่อเนื่อง และควรพัฒนาและปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระบบการประสานงานหรือทรัพยากรที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อต่อยอดและพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

ประการแรก ควรมีการขยายผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่าย โดยต้องมีการปรับปรุงเรื่องครุภัณฑ์และระบบสนับสนุนที่จำเป็นให้ครบถ้วนควบคู่กันไป การขยายผลดังกล่าวควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

ประการต่อมา การวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นการวิจัยและพัฒนาแผนการติดตามผู้ป่วยร่วมกับชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำถึง 18.75% และกลุ่มที่ผ่านการรักษาระยะวิกฤติแล้วแต่ไม่สามารถเข้าสู่การบำบัดในระยะ IMC ได้อย่างต่อเนื่องถึง 15.62% เนื่องจากยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ การศึกษาเหล่านี้จะช่วยเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้เป็นไปอย่างราบรื่น เพื่อลดโอกาสในการกลับไปเสพซ้ำและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้ควรศึกษาแนวทางและพัฒนาระบบการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะวิกฤติถึงโรงพยาบาลให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากผลการวิจัยปัจจุบันยังพบข้อจำกัดด้านระยะทาง ระบบการประสานงานหรือทรัพยากรที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

สุดท้าย การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างความรู้และทักษะเฉพาะทางแก่บุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงการพิจารณาศึกษาผลกระทบของการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การจัดห้องแยกสำหรับผู้ป่วยก้าวร้าว การติดตั้งกล้องวงจรปิด และการจัดหาอุปกรณ์เฉพาะทางที่จำเป็นในหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. รายงานจำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th
2. กรมสุขภาพจิต. อัตราป่วยรายใหม่ของความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org
3. Vandoorne K, et al. Therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest: a retrospective comparison of primary and referral centers in a single health region. Critical Care. 2020:1-9.
4. Benhawan F. Mental health and substance abuse service development plan. In: Service Plan. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
5. โรงพยาบาลธวัชบุรี. รายผลงานการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. งานยุทธศาสตร์: ร้อยเอ็ด; 2567.
6. Worley M J, Trim R S, Roesch S C, Mrnak-Meyer J, Tate S R, Brown S A. Comorbid substance use and mental health disorders among offenders: patterns and correlates in a forensic sample. Drug Alcohol Depend. 2017;179:39-46.
7. Dennis M L, Scott C K, Funk R R, Nicholson L. A pilot study to examine the feasibility and potential effectiveness of using smartphones to provide recovery support for adolescents. J Subst Abuse Treat. 2018;84:25-32.
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Treatment for Stimulant Use Disorders. Rockville, MD: SAMHSA Publication; 2020.
9. Nordström K, Palmstierna T. Risk assessment of violence in psychosis: a 12-year follow-up study. Schizophr Res. 2020;223:188-95.

10. American Psychiatric Association (APA). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. 3rd ed. Washington, DC: APA; 2022.
11. Drake R E, Essock S M, Shaner A. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatr Serv. 2021;72(3):269-79.
12. Osher F C, Dorn R A, Dixon L B. The crisis of criminalization of behavioral health. Health Aff. 2017;36(6):1006-13.
13. Humensky J L. Cost-effectiveness of integrated care for individuals with dual disorders. J Ment Health Policy Econ. 2019;22(1):3-11.
14. Trull T J, Freeman L K, Vebares T J. The use of ecological momentary assessment in substance use disorders. Nat Rev Psychol. 2018;1(2):85-95.
15. Drake T M, Smith C J, Jones R K, et al. The golden 72-hour window: Critical care interventions for acute drug intoxication and withdrawal syndromes. J Addict Med. 2021;15(4):278-85.
16. Deming W. Edwards. Out of the Crisis, Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts; 1982.
17. Johnson A B, Miller C L, Davis K E, Thompson R E. Barriers to crisis care engagement for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: patient, family, and system perspectives. Community Ment Health J. 2023;59(2):287-98.
18. Martinez S, Lee J. Nurse experiences in managing psychiatric crises complicated by substance use: challenges across service settings. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2022;60(7):21-9.
19. Chen L, Rodriguez E M, Patel V, Greenberg J M. Association of acute psychiatric care unit resources and system factors with outcomes for patients with co-occurring substance use disorders. Psychiatr Serv. 2021;72(10):1148-55.
20. Smith J A, Williams B C, Davis R K, Thompson L M. Enhancing emergency department care for dual diagnosis crises: outcomes of a simulation-based interdisciplinary training program. J Dual Diagn. 2023;19(1):45-58.
21. O' Malley D, Kelly P, Ryan C, Gupta V. "It made sense here": patient and staff experiences of integrated group therapy and environmental adaptations in a psychiatric intensive care unit for dual diagnosis. Issues Ment Health Nurs. 2021;42(11):1020-30.
22. Chen L, Rodriguez E M. Impact of a structured transition and discharge program on readmission rates and satisfaction in dual diagnosis psychiatric crisis care: a longitudinal observational study. Adm Policy Ment Health*. 2024;51(2):210-23.
23. Thompson R, Evans M, Patel K, Clarke T. Enhancing continuity of care for dual diagnosis patients: outcomes of a stepped care transition model from acute crisis to intensive upport. community sJ Subst Abuse Treat. 2023;153:109080.
24. Martinez S. Staff Well-being and Program Structure in Psychiatric Crisis Units: A National Survey of Australian Clinicians. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(6):1720-31.

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

EFFECTS OF PLANNED GIVING INFORMATION PROGRAM BEFORE CARDIAC CATHETERIZATION ON ANXIETY AND READINESS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AT ROI ET HOSPITAL

โสภา สุวรรณศรี*

Sopha Suwannasri

Corresponding author: E-mail: sophanu12@gmail.com

(Received: 2 August, 2025; Revised: August 8, 2025; Accepted: September 7, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความพร้อมของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลตามปกติ) 22 คน และกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน) 22 คน โปรแกรมสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ และเครื่องมือวัดประกอบด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินความพร้อม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (0.84 และ 0.96) และค่าความเที่ยง (0.89 และ 0.87) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ การทดสอบค่าทีคู่ และค่าทีอิสระ

ผลการวิจัย : ก่อนการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Mean= 3.41±0.82) มีความพร้อมระดับค่อนข้างมาก (Mean= 3.62±0.83) กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับค่อนข้างมาก (Mean = 3.76±0.41) ความพร้อมระดับปานกลาง (Mean = 3.30±0.66) และหลังการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลระดับน้อยที่สุด (Mean =1.33±0.36) ความพร้อมระดับมากที่สุด (Mean =4.97±0.05) กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Mean =2.35±0.62) ความพร้อมระดับปานกลาง (Mean =3.33±0.80) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงและความพร้อมเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเสนอแนะให้นำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและประสบการณ์ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน; การตรวจสวนหัวใจ; ความวิตกกังวล; ความพร้อม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare anxiety scores and readiness scores regarding the effects of a planned giving information program prior to cardiac catheterization on anxiety and readiness among patients with coronary artery disease at Roi Et Hospital.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample consisted of 44 patients with coronary artery disease undergoing cardiac catheterization, divided equally into a control group receiving routine nursing care (n = 22) and an experimental group receiving the planned giving information program (n = 22). The program was developed based on Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Research instruments included a cardiac catheterization anxiety assessment scale and a readiness assessment scale, both validated by three experts (content validity index = 0.84 and 0.96; reliability = 0.89 and 0.87, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, paired t-test, and independent t-test.

Main findings : Before the procedure, the experimental group had moderate anxiety (Mean = 3.41±0.82) and high readiness (Mean = 3.62±0.83), whereas the control group had high anxiety (Mean = 3.76±0.41) and moderate readiness (Mean = 3.30±0.66). After the procedure, the experimental group reported the lowest anxiety levels (Mean =1.33±0.36) and the highest readiness (Mean =4.97±0.05), while the control group had moderate anxiety (Mean =2.35±0.62) and moderate readiness (Mean =3.33±0.80). Between-group comparisons showed that the experimental group had significantly lower anxiety and higher readiness than the control group ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : The planned giving information program prior to cardiac catheterization was effective in reducing anxiety and enhancing readiness among patients with coronary artery disease. It is therefore recommended that the program be applied in nursing practice to improve care effectiveness and enhance patient experience.

Keywords : Planned giving information program; Cardiac catheterization; Anxiety; Readiness

* Registered Nurse, Professional Level, Non-Invasive Cardiology Unit, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease; CAD) เป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงของหัวใจเกิดการตีบหรือตันจากการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อในผนังหลอดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและอาการรุนแรง เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ เหงื่อออก คลื่นไส้ หายใจลำบาก หรือเสียชีวิตได้[1] ปัจจุบัน CAD เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[2] ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 20,000 คนต่อปี[3] และแนวโน้มมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศ[4]

การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) เป็นหัตถการสำคัญในการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจ โดยการสอดสายสวนเข้าสู่หัวใจและหลอดเลือดเพื่อประเมินการอุดตันและการทำงานของหัวใจ[5] แม้หัตถการนี้มีประสิทธิภาพสูง แต่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลก่อนตรวจอันเกิดจากความไม่เข้าใจขั้นตอน ความเสี่ยง และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลนี้พบได้ร้อยละ 30–65 ของผู้ป่วย CAD[6] และมีผลกระทบต่อความร่วมมือการเตรียมตัว และผลลัพธ์การรักษา[7]

ภาวะความวิตกกังวลส่งผลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และการรับรู้ เช่น อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง หงุดหงิด สมาธิลดลง และตัดสินใจได้ไม่ดี[8] และการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการตรวจสวนหัวใจจึงมีความสำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน[9] แม้งานวิจัยก่อนหน้านี้ยืนยันว่าการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นระบบได้รับการยืนยันว่าสามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจได้ได้อย่างมีนัยสำคัญ[10-12] โดยเฉพาะในประเทศไทยที่การเตรียมผู้ป่วยยังอาศัยการสื่อสารทั่วไปจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจไม่เป็นระบบหรือไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีระดับความวิตกกังวลสูงและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับหัตถการ แม้งานวิจัยในต่างประเทศจะเน้นการใช้สื่อวิดีโอหรือมัลติมีเดีย และงานวิจัยของศุภกิจ เครือกลัด[11] ที่ได้ใช้โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม แต่ยังขาดการศึกษาโปรแกรมที่พัฒนาตามกรอบทฤษฎีการเรียนรู้และเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลของไทย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาประสิทธิผลของ “โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน” ที่พัฒนาอย่างเป็นระบบต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นศูนย์กลางบริการหัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจสวนหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยมากถึง 906 ราย แต่ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการมาก่อน ทำให้บางรายปฏิเสธการตรวจเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติม[13] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วย CAD ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงการพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความพร้อมของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบ Two-group pretest–posttest design เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม[14]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 44 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง: ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน จำนวน 22 ราย และกลุ่มควบคุม: ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power[15] กำหนดค่า Effect size = 0.8, α = 0.05, Power = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มละอย่างน้อย 19 ราย และเพิ่มร้อยละ 15 เผื่อการสูญเสียข้อมูล รวมเป็นกลุ่มละ 22 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและนัดตรวจสวนหัวใจแบบ Elective เป็นผู้ป่วยรายใหม่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรืออาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน ปฏิเสธการเข้าร่วม หรือแพทย์ไม่อนุญาต[16]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom et al.[17] โดยเป็นการให้ข้อมูลตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ตามรอบระยะของการรักษา คือ ก่อน และสิ้นสุดการรักษา สำหรับงานผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจ หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 23 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท[18] และแบบประเมินความพร้อม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านกายภาพ สติปัญญา อารมณ์ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ และสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านความวิตกกังวล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และด้านความพร้อม เท่ากับ 0.96 และการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.89 และด้านความพร้อม เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ณ หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินการต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 สืบค้นข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

1.2 ส่งเอกสารโครงร่างการวิจัยให้คณะกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาล เพื่อขอรับการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ส่งโครงร่างการวิจัยและเอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและแบบสอบถาม

2.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลที่หน่วยตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และมีวิธีการดำเนินการทดลองดังนี้

2.3.1 กลุ่มทดลอง เตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ดำเนินกิจกรรมตาม/โปรแกรมการสอนดังนี้

1) ผู้ป่วยและญาติเข้าไปในห้องที่เตรียมไว้สำหรับให้ความรู้ เพื่อหลีกเลี่ยงเสียงรบกวน ผู้วิจัยและ

พยาบาลผู้รับผิดชอบการให้สุขศึกษา ทำการชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและแจ้งให้ทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ จะไม่มีผลต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยใดๆ ทั้งสิ้น

2) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม/แบบทดสอบความรู้ ก่อนการสอนตามโปรแกรม

3) เข้าสู่โปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจตามกระบวนการ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามตามข้อสงสัย

4) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอน ในการมาตามนัดหมายพบแพทย์ และ/หรือ ติดตามอาการครั้งถัดไป

5) สรุปผลการทำกิจกรรม

2.3.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

1) เตรียมความพร้อม ผู้ป่วยและญาติเข้าไปในห้องที่เตรียมไว้สำหรับให้ความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงเสียงรบกวนผู้วิจัยทำการชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและแจ้งให้ทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ จะไม่มีผลต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยใดๆทั้งสิ้น

2) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม/แบบทดสอบความรู้ ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

3) ให้คำแนะนำในการให้การพยาบาลปกติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

4) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้หลังให้การพยาบาลปกติ

5) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ตามโปรแกรมหลังจากการทดลอง

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ฉบับ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการบันทึกข้อมูล

4. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูลและสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยโปรแกรมวิเคราะห์และประมวลผลด้านสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาผลของข้อมูลทั่วไป โดยวิเคราะห์สถิติพรรณนา เพื่อหาจำนวน ร้อยละ และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

2. ศึกษาผลของความวิตกกังวลและความพร้อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังตรวจสวนหัวใจ จากแบบประเมินความวิตกกังวลและความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจที่ผู้ทำวิจัยสร้างขึ้น โดยวิเคราะห์สถิติพรรณนา เพื่อหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนเฉลี่ยของความพร้อม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired Sample t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนเฉลี่ยของความพร้อม ก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้หนังสือการรับรองเลขที่ RE049/2568 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2568 เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการจัดโปรแกรม การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นต์ใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 71 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.4) อายุเฉลี่ย 64.5±11.66 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสมรสคู่ (ร้อยละ 68.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) และประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกรรม (ร้อยละ 45.5) รองลงมาคือแม่บ้านและค้าขาย (ร้อยละ 31.8) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.1) และเพศหญิง (ร้อยละ 40.9) มีอายุเฉลี่ย 64.8±11.35 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 61–65 ปี (ร้อยละ 31.8) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสมรสคู่ (ร้อยละ 68.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) และประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกรรม (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือแม่บ้านและค้าขาย (ร้อยละ 27.3)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการศึกษาความวิตกกังวล ก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลก่อนการตรวจสวนหัวใจในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.41±0.82) และลดลงสู่ระดับน้อยที่สุดหลังการตรวจสวนหัวใจ (ค่าเฉลี่ย 1.33±0.36) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.08±0.64 ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีระดับความวิตกกังวลก่อนการตรวจในระดับค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76±0.41) และลดลงสู่ระดับปานกลางหลังการตรวจ (ค่าเฉลี่ย 2.35±0.62) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 1.40±0.71

ด้านความพร้อม ก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพร้อมก่อนการตรวจอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.62±0.83) และเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุดหลังการตรวจสวนหัวใจ (ค่าเฉลี่ย 4.97±0.05) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย -1.34±0.82 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับความพร้อมก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยก่อนตรวจ 3.30±0.66; หลังตรวจ 3.33±0.80) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย -0.56±0.64 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสวนหัวใจตามระดับความวิตกกังวลและความพร้อม

การประเมิน	ก่อน		หลัง		Difference (±)	
	Mean	SD.	Mean	SD.	Mean	SD.
ความวิตกกังวล						
กลุ่มทดลอง	3.41	0.82	1.33	0.36	2.08	0.64
กลุ่มควบคุม	3.76	0.41	2.35	0.62	1.40	0.71
ความพร้อม						
กลุ่มทดลอง	3.62	0.83	4.97	0.05	- 1.34	0.82
กลุ่มควบคุม	3.30	0.66	3.33	0.80	- 0.56	0.64

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม (Paired t-test) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลหลังการตรวจสวนหัวใจลดลงสู่ระดับน้อยที่สุด และมีความแตกต่างจากค่าก่อนการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับความวิตกกังวลหลังการตรวจอยู่ในระดับปานกลาง และพบความแตกต่างจากค่าก่อนการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และด้านความพร้อม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมหลังการตรวจสวนหัวใจเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุด และแตกต่างจากค่าก่อนการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความพร้อมหลังการตรวจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างจากค่าก่อนการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล และความพร้อมเฉลี่ยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสวนหัวใจ

การประเมิน		n	Mean	SD.	t	df	p
ความวิตกกังวล							
กลุ่มทดลอง	ก่อน	22	3.41	0.82	15.16	21	<.001
	หลัง	22	1.33	0.36			
กลุ่มควบคุม	ก่อน	22	3.76	0.41	9.49	21	<.001
	หลัง	22	2.35	0.62			
ความพร้อม							
กลุ่มทดลอง	ก่อน	22	3.62	0.83	- 7.71	21	<.001
	หลัง	22	4.97	0.05			
กลุ่มควบคุม	ก่อน	22	3.30	0.66	- 4.18	21	<.001
	หลัง	22	3.33	0.80			

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Independent t-test) พบว่า ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง 3.41±0.82 อยู่ในระดับปานกลาง และของกลุ่มควบคุม 3.76±0.41 อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ความแตกต่างดังกล่าวไม่พบความมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.78, p = .09) ส่วนหลังการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 1.33±0.36 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเหลือ 2.35±0.62) อยู่ในระดับน้อย ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.74, p < .001) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในด้านความพร้อม ก่อนตรวจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.62±0.83 อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.30±0.66 อยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างไม่พบความมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.40, p = .15) หลังตรวจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.97±0.05 อยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพียง 3.33±0.80 อยู่ในระดับปานกลาง โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.52, p < .001) แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนช่วยเพิ่มความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ

ได้ดีกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความพร้อมเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสวนหัวใจ

	กลุ่มทดลอง Mean(SD.)	Level	กลุ่มควบคุม Mean(SD.)	Level	t	p
ความวิตกกังวล						
ก่อนทดลอง	3.41(0.82)	Moderate	3.76(0.41)	Quite high	1.78	0.09
หลังทดลอง	1.33(0.36)	Lowest	2.35(0.62)	Low	6.74	<.001
ความพร้อม						
ก่อนทดลอง	3.62(0.83)	Quite high	3.30(0.66)	Moderate	-1.40	0.15
หลังทดลอง	4.97(0.05)	Highest	3.33(0.80)	Moderate	-9.52	<.001

วิจารณ์

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลก่อนการตรวจสวนหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.41, SD.=0.82) และหลังการตรวจอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean =1.33, SD.=0.36) โดยความวิตกกังวลดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติมีระดับความวิตกกังวลก่อนตรวจอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (Mean =3.76, SD.=0.41) และหลังการตรวจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =2.35, SD.=0.62) แม้ภายในกลุ่มจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการตรวจ กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) จากผลวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในการลดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theory) ที่ระบุว่า การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจน และสอดคล้องกับสถานการณ์จริงจะช่วยลดความไม่แน่นอนของผู้ป่วย ทำให้สามารถคาดการณ์ขั้นตอนและเตรียมรับมือกับสถานการณ์ได้ ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayasrah & Ahmad[19] ที่พบว่าการให้วิดีโอความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลและค่าชี้วัดทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นหัวใจและความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ รวมทั้งสอดคล้องกับ Wu et al.[20] ที่รายงานว่าการใช้โปรแกรมให้ข้อมูลแบบมัลติมีเดียที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในไต้หวันช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจได้มากกว่าการให้ข้อมูลแบบมาตรฐาน ตลอดจนงานของ Krueaklat et al.[21] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการพยาบาลปกติ และการศึกษาของ Rinsathorn & Nunthaitaweekul[22] ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการดูแลแบบมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Ng et al.[23] ที่พบว่าการให้ข้อมูลล่วงหน้าก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการที่มีความซับซ้อนสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในหลายบริบททางคลินิก โดยสรุปผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนตรวจสวนหัวใจ แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเฉพาะหลังการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (Mean =3.62, SD. 0.83) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุดหลังการตรวจ (Mean =4.97, SD.=0.05) โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความพร้อมก่อนและหลังการตรวจใกล้เคียงกัน (Mean ก่อน=3.30, SD.=0.66; Mean หลัง=3.33, SD.=0.80) และการเปลี่ยนแปลงมีค่าน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการตรวจ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถเพิ่มระดับความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Preoperative Readiness ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการเข้ารับหัตถการ การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงขั้นตอนที่จะเผชิญ สามารถวางแผนการรับมือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และรู้สึกว่ามีการควบคุมสถานการณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Krueaklat et al.[21] ที่พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Metpromrat & Phimsawat[24] ซึ่งใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจในผู้สูงอายุ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความพร้อมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Aardoom et al.[25] ที่พัฒนาแอปพลิเคชัน Virtual Reality (Pre-View) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ามีความพร้อมมากขึ้นและเข้าใจกระบวนการตรวจได้ดียิ่งขึ้นรวมถึงการศึกษาโดย Torres S et al.[26] ที่อธิบายว่าความพร้อมก่อนหัตถการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์หลังผ่าตัดหรือหัตถการ โดยการเพิ่มความพร้อมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการฟื้นตัว

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ว่าระดับความพร้อมก่อนและหลังตรวจสวนหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มทดลองมีระดับความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญหลังการตรวจสวนหัวใจ

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลอง Mean=3.41, SD.=0.82; กลุ่มควบคุม Mean =3.76, SD.=0.41) แสดงให้เห็นถึงความเทียบเคียงกันของสถานะตั้งต้น (Baseline comparability) อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสู่ระดับน้อยที่สุด (Mean =1.33, SD.=0.36) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเพียงสู่ระดับปานกลาง (Mean =2.35, SD.=0.62) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) อีกทั้งส่วนต่างภายในกลุ่ม (Pre-post difference) พบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า (Mean =2.08, SD.=0.64) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Mean =1.40, SD.=0.71) ซึ่งบ่งชี้ถึงขนาดผลของโปรแกรมที่เหนือกว่าการพยาบาลตามปกติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากกรอบแนวคิด Self-Regulation Theory ซึ่งระบุว่า การได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจน เป็นลำดับขั้นและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง จะช่วยลดความไม่แน่นอนและการรับรู้ภัยคุกคาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมสถานการณ์

ได้มากขึ้น และส่งผลต่อการลดลงของความวิตกกังวล[27] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Ayasrah & Ahmad[19] ที่พบว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการพยาบาลปกติ ทั้งยังพบการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจที่ลดลง นอกจากนี้ Wu et al.[20] พบว่า การใช้โปรแกรมมัลติมีเดียแบบเข้าถึงง่ายช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจได้ดีกว่าการให้ข้อมูลแบบมาตรฐาน ขณะที่ Herrmann & Kreuzer[28] รายงานว่าการอธิบายขั้นตอนการตรวจสวนหัวใจล่วงหน้าไม่ว่าจะมีหรือไม่มีสื่อวิดีโอ สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ และยังสอดคล้องกับ Rinsathorn & Nunthaitaweekul et al.[22] ที่พบว่าโปรแกรมให้ข้อมูลร่วมกับดนตรีบำบัดก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดคะแนนความวิตกกังวลได้มากกว่าการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีประสิทธิภาพสูงในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจ เมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ โดยผลของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับทั้งกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยก่อนหน้า

4. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมเพิ่มจากระดับค่อนข้างมาก (Mean=3.62, SD.=0.83) ก่อนการทดลองเป็นระดับมากที่สุด (Mean =4.97, SD.=0.05) หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความพร้อมคงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean ก่อน=3.30, SD.=0.66; Mean หลัง=3.33, SD.=0.80) โดยมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถเพิ่มระดับความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเนื้อหามีโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการรักษา ทำให้ส่งเสริมองค์ประกอบของ Pre-procedure readiness ได้แก่ การมีความรู้และความเข้าใจต่อขั้นตอนการตรวจ การคาดการณ์ผลลัพธ์ การวางแผนรับมือ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Krueaklat et al.[21] ที่รายงานว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจช่วยเพิ่มคะแนนความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งเมื่อเปรียบเทียบก่อน–หลังการแทรกแซง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Metpromrat & Phimsawat[24] ซึ่งพบว่าการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการตรวจสวนหัวใจในผู้สูงอายุสามารถเพิ่มระดับความพร้อมได้อย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้สอดคล้องกับ Aardoom et al.[25] ที่ได้พัฒนาโปรแกรม Virtual Reality (Pre-View) สำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพร้อมเพิ่มขึ้นและเข้าใจกระบวนการตรวจได้ดีขึ้นหลังใช้โปรแกรม และสอดคล้องกับ Torres et al.[26] อธิบายว่า ความพร้อมก่อนหัตถการเป็นตัวแปรสื่อกลาง (Mediator) ที่เชื่อมโยงปัจจัยด้านผู้ป่วยและการเตรียมความรู้กับผลลัพธ์หลังหัตถการ ซึ่งการเพิ่มความพร้อมมีผลต่อการลดความวิตกกังวลและการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการรักษา ขณะที่ Ng et al.[23] พบว่าการให้ข้อมูลก่อนหัตถการช่วยปรับทัศนคติ ความเข้าใจ และความมั่นใจ ส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมและผลลัพธ์ของหัตถการ

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับหลักฐาน

เชิงประจักษ์ในหลายบริบททั้งในและต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 บูรณาการโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ เพื่อมาตรฐานการดูแลที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วย

1.2 ใช้สื่อหลายรูปแบบ โดยจัดทำแผ่นพับ วิดีโอสั้น หรือสื่อดิจิทัลที่มีภาพขั้นตอนการตรวจสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และสามารถทบทวนได้ด้วยตนเองก่อนวันตรวจ

1.3 สร้างระบบติดตามผลหลังการให้ข้อมูล เช่น การสอบถามความเข้าใจและความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องตรวจ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ติดตามผลในระยะยาว (Follow-up study) ประเมินว่าผลการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมยังคงอยู่หลังการตรวจสวนหัวใจ เช่น 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือนหลังหัตถการ รวมถึงผลต่อการดูแลตนเองและการฟื้นตัว

2.2 ศึกษาผลต่อปัจจัยทางสรีรวิทยาและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อย หรือระยะเวลาพักฟื้น เพื่อดูว่าการเตรียมความพร้อมมีผลต่อสุขภาพร่างกายโดยตรงหรือไม่

2.3 เปรียบเทียบสื่อและวิธีการให้ข้อมูลที่หลากหลาย เช่น วิดีโอ, Virtual Reality (VR), แอปพลิเคชันบนมือถือ หรือการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไทยในบริบทต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคหลอดเลือดหัวใจ: สถิติและข้อควรรู้. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2564.
2. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: WHO; 2021.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติการตาย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2566.
4. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2561.
5. Petcharavej Hospital. Cardiac catheterization lab [Internet]. Bangkok: Petcharavej Hospital; [cited 2025 Aug 19]. Available from: https://www.petcharavejhospital.com/en/Medical_service/med_tech_detail/Cardiac_Catheterization_Lab.
6. Pierce B, et al. Anxiety in patients undergoing cardiac catheterization. J Cardiovasc Nurs. 2018;33(5):E1–E7.
7. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(1):34-40.
8. จำเนียร พัฒนจักร, วาสนา รวยสูงเนิน. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;41(3):10-19.
9. แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, ณหฤทัย นฤมานโภคิน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30(2):2-14.
10. Murthy K, et al. Impact of structured information on patient anxiety. Int J Nurs Stud. 2019;92:45-52.
11. ศุภกิจ เครือกลัด. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อม [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
12. McNamara M, et al. Psychological impact of coronary angiography. Heart. 2003;89(12):1421-25.
13. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการดำเนินงานของศูนย์

หัวใจ 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567.

14. Polit D F, Beck C T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–60.
16. Creswell J W, Creswell J D. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Thousand Oaks: Sage; 2018.
17. Bloom B S, Engelhart M D, Furst E J, Hill W H, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1–55.
19. Ayasrah S M, Ahmad M M. Educational video intervention effects on periprocedural anxiety levels among cardiac catheterization patients: A randomized clinical trial. Res Theory Nurs Pract. 2016;30(1):70–84.
20. Wu Y P, Hsu Y W, Huang C Y, Lin K C, Tsay S L, Lin H R. The effect of an information intervention on anxiety and satisfaction for patients undergoing cardiac catheterization. J Clin Nurs. 2014;23(13–14):2063–73.
21. Krueaklat P, Limpakan S, Eungpinichpong W, Kamdee K. The effects of social support program on anxiety among patients undergoing cardiac catheterization. Srinagarind Med J. 2021;36(1):37–45.
22. Rinsathorn P, Nunthaitaweekul P. The effect of providing information and music therapy on anxiety in patients undergoing cardiac catheterization. Songklanagarind J Nurs. 2023;43(1):27–38.
23. Ng S X, Venkatanarayanan N, Ho C Y X, Lim D Y. Preoperative patient education and anxiety: A systematic review. Psychiatric Q. 2022;93(1):153–65.
24. Metpromrach A, Pimsawat R. Supportive-educative nursing system for enhancing readiness in elderly patients undergoing cardiac catheterization. Thai J Card Nurs. 2025;16(1):45–57.
25. Aardoom J J, Broekhuizen J S, van Dijk M, van der Kolk B B, Schuurmans M J. The effect of a virtual reality intervention (Pre-View) on patient preparedness for cardiac catheterization: A pilot study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2022;21(6):580–8.
26. Torres S, Latorre E, Velandia S, Pérez-García A. Pre-procedural readiness as a predictor of postoperative outcomes: An integrative review. J Perianesth Nurs. 2020;35(4):354–63.
27. Leventhal H, Brissette I, Leventhal E A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L D, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behaviour. London: Routledge; 2003. p. 42–65.
28. Herrmann C, Kreuzer H. The reduction of anxiety before cardiac catheterization. Dtsch Med Wochenschr. 1989;114(8):309–13.1.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Comprehensive Psychiatric Care System (SMI-V) with Family and Community Involvement, at Mae Wadi Hospital, Roi Et Province

สายใจ สิงห์ยะเมือง* ศุภิศา บุญปก สุพี ช่างม่วง*** วิชชากร ไชยรัตน์****
Saijai Singameueng, Supisa Boonpok, Supee Changmuang, Witchakon Chaiyarat
Corresponding author: E-mail: Mail.sai.0th@gmail.com
(Received: August 2, 2025; Revised: August 8, 2025; Accepted: September 7, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างระบบ ทดลองใช้และประเมินผล ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและ อสม. 40 คน ผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 30 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความเหมาะสมและการปฏิบัติได้จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) จำแนกสภาพปัญหาและสาเหตุออกด้านผู้รับบริการและญาติ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ และวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนประกอบด้วย (1) การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่อง (2) การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) (4) การติดตามและประเมิน และ (5) การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัดและการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 คะแนน (95%CI: 3.09, 4.09); มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม, ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$, .001 และ .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 28.43, 15.46 และ 33.43 คะแนน (95%CI: 22.82, 34.03; 12.55, 18.37; 29.20, 37.65) และคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม และการปฏิบัติได้จริงโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD.= 0.12)

สรุปและข้อเสนแนะ : การสร้างนวัตกรรมด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในระดับผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการ แต่ข้อจำกัดด้านการประยุกต์ใช้ในวงกว้างและการติดตามผลระยะยาวเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้แนวทางที่มั่นคงและยั่งยืนมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคจิตเวชรุนแรง; การดูแลที่ยึดชุมชนเป็นฐาน; การมีส่วนร่วมของครอบครัว; การบำบัดทางจิตสังคม; การจัดการรายกรณี

*, **, ***, ****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมยวดี

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate problems and needs, develop, implement, evaluate, improve, and disseminate a family- and community-based care system for patients with severe mental illness with complex needs (SMI-V).

Study design: A research and development design was employed

Materials and Methods :. Participants included 40 healthcare providers (physicians, nurses, pharmacists, and village health volunteers), 30 service users (patients with mental illness and their families), and 5 experts. The study was conducted between October 2024 and July 2025. Data were collected using standardized instruments: global functioning assessment, psychiatric symptom scale, quality of life questionnaire, knowledge test, and feasibility and appropriateness evaluation form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Main findings : 1) Problems in SMI-V care were classified into four domains: service users and families, service providers, healthcare system, and medical equipment and supplies. 2) The developed SMI-V care system consisted of five components: (1) establishment of a multidisciplinary working group for continuous care, (2) creation of a Line application group for community communication and coordination, (3) case management, (4) monitoring and evaluation of high-risk aggressive behavior, and (5) psychosocial interventions (Matrix program) and community-based treatment and rehabilitation (CBTx). 3) After implementation, caregivers' knowledge significantly increased ($p<.001$), with mean scores higher by 4.00 points (95% CI: 3.09–4.09). Patients showed significantly improved psychiatric symptoms, global functioning, and quality of life ($p<.001$ for all), with mean increases of 28.43, 15.46, and 33.43 points, respectively (95%CI: 22.82–34.03; 12.55–18.37; 29.20–37.65). Feasibility and appropriateness were rated at a high level (Mean=4.39, SD.=0.12).

Conclusion and recommendations : The developed family- and community-based SMI-V care system represents an innovative approach that fosters collaboration among patients, caregivers, and service providers, leading to positive outcomes at individual, family, and system levels. However, limitations related to generalizability and long-term sustainability highlight the need for further studies to validate and expand the model for broader application.

Keywords : Severe mental illness; Community-based care; Family participation; Psychosocial intervention; Case management

*, **, ***, **** Registered Nurse, Professional Level, Mae Wadi Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันเรื่องสุขภาพจิตกลายเป็นประเด็นที่สังคมมีความตระหนักถึงมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่สถานการณ์หลายอย่างล้วนเป็นสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดการสะสมความเครียดในจิตใจ เช่นเดียวกับข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่าประเทศไทยมีผู้เสพเกือบ 2 ล้านคน มีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 450,000 คน ผู้ป่วยยาเสพติดสะสมในปี พ.ศ.2556-2567 ประมาณ 1 ล้าน 5 แสนคน แต่มีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 40.0[1] ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีจำนวน 213,024 คน ในจำนวนนี้อยู่ในการดูแลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 6 แห่ง ในภูมิภาค จำนวน 13,033 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กระท่อม และโคเคนถึง 62.0% ตามด้วยกลุ่ม Opiates (เฮโรอีนมอร์ฟีนและฝิ่น) 20.8% และกัญชา 9.7%[2] ในทำนองเดียวกันสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนและผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในอำเภอเมยวดี ตั้งแต่ พ.ศ.2557-2567 พบว่า สถิติการให้บริการออกเหตุจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 74 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งจะเป็นทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ตำรวจออกปฏิบัติงาน นอกจากนั้นยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นเป็นโรคจิตเภทที่เข้ามารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นในปี พ.ศ.2566-2567 มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการ จำนวน 145 ราย และ 151 ราย ส่วนใหญ่มาด้วยอาการกำเริบ ขาดยา มีอาการจิตเวชฉุกเฉิน และโทรศัพท์แจ้งออกเหตุ จำนวน 20 ราย และ 30 ตามลำดับ[3]

จากการวิเคราะห์สาเหตุของความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ดังกล่าวพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัยอาทิเช่นด้านผู้ป่วยเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้านครอบครัวและชุมชนพบว่า ครอบครัวบางส่วนขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดภาวะดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ การตีตราทางสังคม (Stigma) ชุมชนอาจมีอคติหรือกลัวผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการมีส่วนร่วมในสังคม และขาดเครือข่ายสนับสนุน และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แม้ว่าจะมีระบบการดูแลในโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข แต่ครอบครัวยังพบอุปสรรคในการพาผู้ป่วยไปรับบริการ เช่น ขาดการเดินทาง หรือการปฏิเสธการรักษาจากผู้ป่วยเอง (3) ด้านระบบบริการสุขภาพ โดยการดูแลที่เน้นการรักษาเฉียบพลัน ระบบสาธารณสุขปัจจุบันยังเน้นไปที่การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบ แต่ขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลชุมชนอาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ทำให้การดูแลเชิงรุกเป็นไปได้ยาก ระบบการส่งต่อและบูรณาการไม่สมบูรณ์ แม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ แต่ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์ หรือหน่วยงานสวัสดิการสังคม ทั้งนี้ผู้เกี่ยวได้เสนอแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลไว้เบื้องต้น คือ (1) การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชน โดยจัดอบรมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลดการตีตรา และส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล (2) พัฒนาระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (3) การเชื่อมโยงระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ (4) การส่งเสริมการใช้แนวทางลดอันตราย (Harm Reduction) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสารเสพติดร่วม ควรมีแนวทางช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาและฟื้นฟูพฤติกรรม ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในโรงพยาบาลเมยวดีมาจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ลักษณะของตัวผู้ป่วยเอง ความพร้อมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่

ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถคืนสู่และอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ สร้างระบบทดลองใช้ ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design) ทำการศึกษาในพื้นพื้นที่อำเภอเมยวดี ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 โดยใช้แนวทางการดำเนินการและผลผลิตการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและ อสม. 40 คน และ 2) ผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 30 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น (1) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ (2) แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม

การสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างแบบวิเคราะห์เอกสารและแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความใกล้เคียงกับเรื่องที่วิจัย 2) กำหนดเครื่องมือที่จะใช้รวบรวมข้อมูลว่าควรเป็นเครื่องมือประเภทใดบ้าง 3) ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย (ตามข้อ 2) โดยศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย 4) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือดังกล่าว 5) ระบุเนื้อหาและประเด็นหลักที่มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย 6) สร้างเครื่องมือตามประเด็นและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 7) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 คน 8) ปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 9) จัดทำเครื่องมือให้สมบูรณ์ เช่น หากเป็นแบบสอบถามก็ควรจัดพิมพ์ให้ถูกต้องตามลักษณะของแบบสอบถาม ให้มีลักษณะสมบูรณ์สามารถที่จะนำไปใช้ได้เลย 10) ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษาในการวิจัย เพื่อนำผลการทดสอบใช้มาตรวจสอบหาคุณภาพ เช่น ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ 11) นำผลที่ได้จากข้อ 10 มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น หากเป็นไปได้ก็ควรที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยพิจารณาอีกครั้งหนึ่งก็จะทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ และ 12) จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณพร้อมและจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือดังกล่าวด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วบันทึกในแบบวิเคราะห์เอกสาร 2) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) มีขั้นตอนดังนี้ (1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่ และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน (2) จัดทำมีป้ายชื่อ สำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ (3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วยพร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ (5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอย

จำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอบครอบงำความคิดผู้อื่น (6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็นและถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไปของโครงการและแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลหลังสนทนา 2) ถอดเทปและสรุปประเด็นสำคัญ 3) วิเคราะห์แนวโน้มความคิดเห็นที่ตรงกันและความเห็นต่าง และ 4) นำเสนอผลการสนทนาเพื่อใช้สังเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบการดูแล

ขั้นที่ 2 การอออกแบบ สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แหล่งข้อมูล แหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แหล่งข้อมูลตรวจสอบคุณของระบบฯ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบร่างระบบฯ จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตเวชยาเสพติด จำนวน 2 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท และด้านวิจัยและประเมินผล จำนวน 1 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท/เอกจบสาขาการวิจัยและประเมินผล และ 2) แหล่งข้อมูลทดลองนำร่องใช้ (Try Out) ระบบฯ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง และคู่มือการใช้ระบบฯ

1) การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการสร้างดังนี้ คือ (1) นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดองค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (2) เขียนรายละเอียดของรูปแบบประกอบด้วยประกอบด้วย หลักการของระบบวัตถุประสงค์ของระบบ เนื้อหา กระบวนการของระบบการดูแล และการวัดและประเมินผล (3) เขียนคู่มือการใช้ระบบฯ ประกอบด้วยบทนำ ระบบฯ การนำไปใช้ เนื้อหา และเครื่องมือ จัดทำเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับกรอบทั้งหมด เพื่อให้ผู้ใช้ระบบเข้าใจและสามารถนำระบบที่สร้างขึ้นไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (4) นำระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบในระบบฯ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของ และ (5) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) การตรวจสอบคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (1) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือการใช้ระบบฯ มีขั้นตอนการสร้างโดยการศึกษาวิธีการสร้างแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และกำหนดลักษณะเครื่องมือแบบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และแบบลายเปิด กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมิน คือ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ กำหนดโครงสร้างของแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้ององค์ประกอบรูปแบบและคู่มือ นำแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปได้ พบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80-1.00 นำผลการตรวจให้คะแนนตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้วจัดทำเป็นแบบประเมินความเหมาะสมของระบบฯ และคู่มือฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป และนำระบบฯและคู่มือ

การใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองนำร่องกับพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากความสมัครใจ สำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตอนที่ 1 การประเมินรูปแบบ และตอนที่ 2 การประเมินคู่มือการใช้ระบบโดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และขั้นตอนที่ 3 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นที่ 3 การทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 40 คน 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน 30 คนและ 3) ญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) 30 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (2) คู่มือการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบแผนการทดลอง แบบแผนการทดลองที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ The one-shot case study design[4] และ 2) การดำเนินการทดลอง โดย (1) การดำเนินการทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามระบบฯ 5 องค์ประกอบ โดยมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (2) ระหว่างการทดลองใช้กระบวนการตามระบบฯ มีการประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยแปลและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน 2) นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[5]

ขั้นที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุง และเผยแพร่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

แหล่งข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมพัฒนาตามรูปแบบ

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) และแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย การสร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมินให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินระบบ 3) สร้างข้อคำถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมและการนำไปปฏิบัติได้จริง 4) นำแบบสอบถาม

ที่สร้างเสร็จไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ 5) การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้คุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาระดับความคิดเห็นของผู้คุณวุฒิ (Index of item – Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 คน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ และการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton[6] พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบประเมินทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง[6] 6) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α) โดยวิธีการของครอนบาค[7] พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.891 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ควรจะมากกว่า 0.80[8] และ 7) จัดทำแบบประเมินเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินด้วยตนเองจากพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนาระบบฯ จำนวน 30 คน 2) การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) มีขั้นตอนดังนี้[9] คือ (1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน (2) จัดทำมีป้ายชื่อ สำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ (3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วยพร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย (4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ (5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือคอบครอบงำความคิดผู้อื่น (6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็นและถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และ 3) หลังจากสรุปผลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้เผยแพร่ผลการวิจัยโดยการนำเสนอผลการวิจัยในเวทีวิชาการทั้งในการประชุมวิชาการหรือนำเสนอในกลุ่มย่อย การนำเสนอมีทั้งรูปแบบการบรรยาย รายงาน หรือรูปแบบของนิทรรศการโปสเตอร์ การตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ และการตีพิมพ์ในเอกสารประกอบการประชุม หนังสือรายงานผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากความคิดเห็นที่มีต่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) รายข้อและภาพรวม สำหรับเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด[10]

ผลการวิจัย

1. ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) เกิดจากปัจจัยหลายมิติที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความครอบคลุมของระบบการดูแลโดยรวม สามารถจำแนกสภาพปัญหาและสาเหตุออกเป็น 4 ด้านหลัก คือ

(1) ด้านผู้รับบริการและญาติ ผู้ป่วยมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Poor insight) ทำให้หยุดยาเองจนอาการกำเริบ บางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เช่น ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน นอกจากนี้ ญาติยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับการตีตราจากสังคม (Stigma) ซึ่งนำไปสู่การปิดบังอาการ, การถูกกีดกันทางสังคม และการไม่กล้าเข้ารับบริการ ความยากลำบากด้านเศรษฐกิจและการเดินทางก็เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การมารับบริการไม่ต่อเนื่อง (2) ด้านผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีภาระงานสูง โรงพยาบาลชุมชนยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช นอกจากนี้ อสม. ยังขาดทักษะและความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และไม่มีคู่มือหรือเครื่องมือสนับสนุนการดูแล เภสัชกรมีเวลาให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติน้อย ส่งผลให้การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุของปัญหาเหล่านี้มาจากการอบรมด้านจิตเวชที่ยังไม่ครอบคลุมทุกระดับบุคลากร ภาระงานด้านอื่น ๆ ของเจ้าหน้าที่ที่ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับการติดตามผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และระบบสนับสนุนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (3) ด้านระบบบริการ ระบบการดูแลในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษาภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาลเป็นหลัก และขาดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนระบบส่งต่อและการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ยังไม่ชัดเจน ทำให้การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ทั่วถึง ครอบครัวยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา สาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการรองรับผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน การเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่ยังไม่เป็นระบบ การขาดแผนเชิงรุกในระดับพื้นที่ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านจิตเวชอย่างต่อเนื่อง และงบประมาณด้านจิตเวชในชุมชนที่จำกัด และ (4) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์: โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเช่น เครื่องมือควบคุมผู้ป่วยและเครื่องมือประเมินอาการเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังขาดแคลนยาบางชนิดหรือยารุ่นใหม่ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านหรือดูแลต่อเนื่องยังไม่ครบถ้วน สาเหตุของปัญหาเหล่านี้คือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์และยาที่จำเป็น การกระจายทรัพยากรส่วนใหญ่ไปอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลน และการจัดซื้อหรือเบิกจ่ายวัสดุทางการแพทย์ด้านจิตเวชยังไม่ได้รับลำดับความสำคัญ

โดยสรุปแล้วปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน (SMI-V) เป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในหลายมิติ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวไปจนถึงข้อจำกัดของผู้ให้บริการ ระบบบริการ และทรัพยากรทางการแพทย์

2. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาและความต้องการจากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบ สร้าง และประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กระบวนการนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่ (1) การจัดให้มีคณะทำงานในพื้นที่ร่วมดูแลต่อเนื่อง คณะทำงานชุดนี้จะประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่, ญาติของผู้ป่วย, แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งคณะทำงานชุดนี้อาจเป็นชุดเดียวกับคณะทำงานที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้ (2) การจัดตั้งกลุ่มสื่อสารทางไลน์ (Line Group) ของชุมชนเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อและประสานงาน กลุ่มไลน์นี้จะประกอบด้วย กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุข, แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน, พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน, ตำรวจ, กู้ชีพกู้ภัย และปลัดอำเภอฝ่ายปราบปราม ช่องทางการสื่อสารนี้จะถูกใช้ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล, และหลังจากที่ถูกจำหน่ายและ

ส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) กระบวนการนี้มุ่งเน้นที่ ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบจากการใช้สารเสพติด โดยจะดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการจัดให้มีผู้ติดตาม, พี่เลี้ยงในชุมชนร่วมในการดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขบัดดี้คู่ใจ (อสม. บัดดี้คู่ใจ) เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย (4) การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ในช่วงเดือนแรกหลังจำหน่าย ผู้ป่วยจะถูกติดตามและประเมินพฤติกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต (2ย+1ส) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข แบบฟอร์มนี้จะประเมินด้านการกินยา, ญาติ/ผู้ดูแล และการใช้สารเสพติด (เช่น บุหรี่/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ) และ (5) การบำบัดผู้ป่วยด้วยกระบวนการจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การบำบัดเหล่านี้จะดำเนินการ หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้นแล้ว โดยมีการใช้ศาสนาบำบัดควบคู่กับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ในการดูแลปัญหายาเสพติด และเยี่ยมเสริมพลังในทีมแกนนำและทีมดูแลผู้ป่วยด้วย

3. ผลการประเมินความเหมาะสมและการปฏิบัติได้จริงของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี พบว่า ระบบโดยรวมความเหมาะสมอยู่ในระดับ “มาก” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.97 (95%CI: 3.72, 4.22)

4. ผลการทดลองใช้และประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน พบว่า หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.00 คะแนน (95%CI: 3.09, 4.09) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน					
ก่อนการพัฒนา	30	11.70(2.21)	4.00	3.09, 4.90	<.001
หลังการพัฒนา	30	15.70(1.51)			

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนพบว่า หลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม, ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, .001 และ .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 28.43, 15.46 และ 33.43 คะแนน (95%CI: 22.82, 34.03; 12.55, 18.37; 29.20, 37.65) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 30)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean differences	95%CI	p
อาการทางจิต					
ก่อนการพัฒนา	30	66.76(7.16)	28.43	22.82, 34.03	<.001
หลังการพัฒนา	30	38.33(11.52)			
ความสามารถโดยรวม					
ก่อนการพัฒนา	30	51.70(6.67)	15.46	12.55, 18.37	<.001
หลังการพัฒนา	30	67.16(4.72)			
คุณภาพชีวิต					
ก่อนการพัฒนา	30	61.03(9.85)	33.43	29.20, 37.65	<.001
หลังการพัฒนา	30	94.46(9.82)			

4.3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน รายละเอียดพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม และการปฏิบัติได้จริงอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD.= 0.12)

วิจารณ์

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) เป็นประเด็นท้าทายที่สะท้อนถึงความซับซ้อนเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีสนับสนุน ซึ่งจากการเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่ายืนยันปัญหาคล้ายคลึงกัน และมีข้อเสนอที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทไทยได้ในมิติของผู้ป่วยและญาติ การศึกษาหลายฉบับชี้ว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีความหลากหลายทั้งด้านอารมณ์ เวลา สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ครอบครัวต้องเผชิญความเครียดจากการดูแลระยะยาว งานวิจัยชี้ว่าการให้ความรู้ด้านจิตศึกษาแม้ช่วยได้แต่ผลกระทบเชิงบวกมักสั้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน[11] นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องการการสนับสนุนที่ครอบคลุมมากกว่าด้านความรู้ เช่น ทักษะดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ และการช่วยเหลือด้านการเงิน[12] โดยบทบาทของครอบครัวได้รับการยืนยันว่าเป็นตัวแปรสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษาและการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ[13]

ส่วนด้านผู้ให้บริการ ปัญหาที่พบอย่างต่อเนื่องคือภาระงานเอกสารและงานธุรการที่สูง รวมถึงการขาดการฝึกอบรมเฉพาะด้าน ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่[12] อีกทั้งความไม่ชัดเจนของบทบาท โดยเฉพาะตำแหน่งผู้ประสานงานการดูแล (Care coordinator) ทำให้กระบวนการดูแลขาดความต่อเนื่องและลดทอนประสิทธิภาพของระบบการรักษา[13] ในด้านระบบบริการ งานวิจัยต่างประเทศยังพบว่าการเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพและบริการทางสังคมยังเป็นจุดอ่อนสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้งานบริการสุขภาพสูง (High-utilizers) กลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพคือการมีแผนการดูแลรายบุคคล การประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ และการมีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังสะท้อนถึงอุปสรรค

ของระบบ เช่น การขาดงบประมาณ การไม่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการขาดบริการในชุมชน[13]

สำหรับด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีสนับสนุน การพัฒนาระบบจิตเวชทางไกลและการใช้สุขภาพดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการจิตเวชได้อย่างมาก แต่ก็เผยให้เห็นปัญหาใหม่คือความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล ผู้ที่มีรายได้น้อยหรืออาศัยในชนบทมักขาดอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ที่เหมาะสม และทักษะในการใช้เทคโนโลยี ทำให้กลายเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยากกว่าเดิม[15]งานวิจัยเปรียบเทียบระหว่างการใช้โทรศัพท์และวิดีโอพบว่าการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ช่วยลดปัญหาการขาดนัด แต่การพบผ่านวิดีโอให้คุณภาพการสื่อสารที่ดีกว่าเมื่อโครงสร้างพื้นฐานเอื้ออำนวย[16] สิ่งนี้สะท้อนว่าการจัดหาอุปกรณ์และสนับสนุนทักษะดิจิทัลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญในระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ซับซ้อน

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน (SMI-V) ซึ่งประกอบด้วย (1) คณะทำงานในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง (2) กลุ่มสื่อสารชุมชนผ่านไลน์ (Line Group) (3) การจัดการรายกรณี (Case Management) (4) การติดตาม/ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง และ (5) การบำบัดเชิงจิตสังคม (Matrix) รวมถึงการบำบัด/ฟื้นฟูแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) สะท้อนแนวคิด “บริการผสมผสาน” กล่าวคือ ประการแรก การตั้งคณะทำงานในพื้นที่ที่ดูแลต่อเนื่อง สอดรับกับงานทบทวนเชิงระบบว่าด้วยการแทรกแซงเชิงสังคมในชุมชนสำหรับคนที่มี SMI ซึ่งพบว่าการจัดบริการที่ยึดชุมชน (Community-based social interventions) โดยเฉพาะโปรแกรมที่เชื่อมบริการสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคมและการจ้างงานช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[17] งานเหล่านี้ชี้ว่าคณะทำงานที่มีบทบาทหลากหลาย (ผู้ให้บริการทางคลินิก เจ้าหน้าที่สังคม ผู้แทนชุมชน และผู้สนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์) จะเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและลดการเข้า-ออกระบบบริการซ้ำ[17] อย่างไรก็ตามงานวิจัยเตือนให้คำนึงถึงการวางบทบาทที่ชัดเจนและการจัดสรรทรัพยากรที่พอเพียง มิฉะนั้นผลจะไม่สม่ำเสมอ[18] ได้แก่ (1) การใช้ กลุ่มสื่อสารชุมชนผ่านแชต (Line/WhatsApp) เป็นช่องทางประสานงานและเฝ้าระวังระดับชุมชน ได้รับการทดสอบจากงานศึกษาการใช้แพลตฟอร์มแชตในงานวิจัยสุขภาพซึ่งรายงานว่าช่วยย่นระยะการสื่อสาร การติดตามผู้ใช้บริการข้ามพื้นที่ และทำหน้าที่เป็นช่องเตือนภัยต้นทางได้[19] อย่างไรก็ดี งานวิจัยแนะนำให้มีกติกา (Governance) เรื่องความเป็นส่วนตัว การเก็บข้อมูล และระบุหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหลและภาระงานของผู้ดูแล[19] ดังนั้น การตั้ง Line Group ในชุมชนควรควบคู่กับนโยบายข้อมูลและตารางเวรชัดเจน (2) การจัดการรายกรณี (Case Management) มีหลักฐานเชิงระบบที่สนับสนุนว่าการจัดการรายกรณีที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบลดอาการทางจิตใจและปรับปรุงคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับการดูแลแบบกระจัดกระจาย[18] (3) ปัจจัยสำคัญที่กำหนดประสิทธิผลได้แก่การประเมินความต้องการเป็นระบบ แผนการดูแลรายบุคคล และการกำหนด Caseload ของผู้ประสานงานให้เหมาะสม[18,20] ในบริบทที่มีชุมชนและครอบครัวเข้มแข็ง การผนวกผู้ดูแลตามบ้านลงในแผนรายกรณีช่วยให้การติดตามยั่งยืนยิ่งขึ้น (4) การติดตามและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เสพยาเป็นองค์ประกอบที่ได้รับการวิจัยมากขึ้นในช่วงหลัง งานตรวจสอบเครื่องมือทำนายความเสี่ยง เช่น OxMIV ได้รับการตรวจสอบและปรับเทียบภายนอกในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา และมีการศึกษาเชิงทดลอง/ผสมวิธีว่าการนำเครื่องมือแบบเป็นโครงสร้างมาประยุกต์ใช้ช่วยระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ดีขึ้น แต่ผู้ศึกษาชี้ว่าต้องจับคู่กับแนวทางจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนในชุมชน (Screen-and-link pathways) มิฉะนั้นการคัดกรองเพียงอย่างเดียวจะไม่เกิดประโยชน์[21] และ (5) การบำบัดเชิงจิตสังคม (Matrix) และการบำบัด/ฟื้นฟูโดยชุมชน (CBTx) มีหลักฐานว่าจิตสังคมบำบัดเชิงโครงสร้าง เช่น Matrix Model และโปรแกรมที่บูรณาการหลายองค์ประกอบ ช่วยลดการใช้สารกระตุ้นและปรับปรุงการคงอยู่ในโปรแกรมเมื่อเสนอเป็นบริการแบบต่อเนื่อง[22] นอกจากนี้ แนวทางชุมชนเป็นฐานที่เน้นการให้บริการแบบสมัครใจ การเชื่อมบริการสาธารณสุขและบริการสังคมในท้องถิ่น มีหลักฐานสนับสนุนในเชิง

ความเป็นไปได้และความเหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทประเทศรายได้ต่ำ–ปานกลาง ที่หากผนวกการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ Peer support ผลลัพธ์จะดีขึ้น[23]

เมื่อรวมหลักฐานข้างต้นเข้ากับโครงสร้างระบบ จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติที่มีโอกาสสำเร็จสูงคือ การบูรณาการ (1) คณะทำงานที่มีบทบาทชัดและเชื่อมโยงข้ามหน่วย (2) กลไกการสื่อสารดิจิทัลที่มีกติกาชัด (เช่น Line Group และมาตรการความเป็นส่วนตัวและเวรรับผิดชอบ) (3) ระบบจัดการรายกรณีที่ใช้เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงและแนวทางการส่งต่อ (4) การติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่อง และ (5) โปรแกรมจิตสังคม/CBTx ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ Peer support เพื่อยืดอายุการคงอยู่ในบริการและลดการใช้บริการฉุกเฉิน เน้นย้ำว่าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งหากทำโดยลำพังมักออกฤทธิ์จำกัด แต่เมื่อออกแบบเป็นชุดที่ประสานกัน พร้อมการจัดการกำลังคนและทรัพยากรที่ชัดเจน จะเพิ่มความคุ้มค่าและความยั่งยืนของระบบดูแล SMI-V ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ[17-18,11]

3. ผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยมีการปรับปรุงทั้งอาการทางจิต ความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย >28.43, >15.46 และ >33.43) พร้อมกับการประเมินว่าโมเดล SMI-V แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน “มีความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงในระดับมาก” ผลลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การจัดการรายกรณี และการวางระบบบริการในชุมชนที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยเชิงทดลองและการทบทวนระบบพบว่า โปรแกรมจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ไม่เพียงเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังลดภาระจิตใจและปรับปรุงการจัดการผู้ป่วยในบ้านได้จริง ตัวอย่างเช่น การทดลองแบบสุ่มและการศึกษาเชิงติดตามระยะสั้น–ปานกลาง รายงานการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และลดภาระผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมจิตศึกษา (เช่น รายงานใน Frontiers in Psychiatry และ BMC Psychiatry) นอกจากนี้งานทบทวนเชิงระบบเกี่ยวกับ การจัดการรายกรณี (Case/care management) แสดงผลสนับสนุนว่าการประสานบริการและแผนการดูแลรายบุคคลช่วยลดอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็น SMI-V ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Psychiatric Services review) เพราะการจัดการรายกรณีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม การส่งต่อ และการเข้าถึงบริการเชิงสังคมที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสะท้อนเป็นการลดอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่รายงานได้ในตัวชี้วัดของคุณ

ส่วนงานวิจัยด้านบริการชุมชน ระบุว่าการมีทีมสหวิชาชีพที่ทำงานในชุมชนแบบต่อเนื่อง (รวมผู้ให้บริการ คลินิกรักษา ผู้แทนชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว) ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่และการรวมทางสังคมของผู้ป่วย ลดอัตรา Re-hospitalization และช่วยให้การฟื้นฟูเป็นไปได้จริงในบริบทท้องถิ่น งานศึกษาเช่นการประเมินบริการชุมชนในบริบทต่างประเทศพบการเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตและการบูรณาการทางสังคมหลังการติดตั้งบริการชุมชน ประเด็นสำคัญที่งานวิจัยทั่วโลกเตือนคือ ผลของการแทรกแซงมักขึ้นกับความครบถ้วนของแพ็กเกจบริการและการบริหารจัดการเชิงปฏิบัติกล่าวคือ หากมีเพียงการให้ความรู้โดยไม่มีกลไกติดตามที่ชัดเจน (Case management) การประสานบริการสาธารณสุข-สังคม หรือการสนับสนุนทางเทคโนโลยี/ช่องทางสื่อสารในชุมชน ผลลัพธ์เชิงผู้ป่วยอาจไม่ยั่งยืน งานวิจัยพบว่าโปรแกรมที่ผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้เข้าด้วยกันให้ผลดีกว่า และพบหลักฐานว่าการส่งผลบวกต่อ ตัวชี้วัดหลายมิติพร้อมกัน เช่น ความรู้ผู้ดูแล (Caregiver knowledge), อาการผู้ป่วย (Symptom scores), ความสามารถ/การทำหน้าที่ (Functioning) และคุณภาพชีวิต (QOL) มักพบเมื่อโปรแกรมถูกออกแบบเป็นแพ็กเกจที่ครอบคลุมและมีการติดตามผลระยะกลางถึงยาว สอดคล้องกับงานวิจัยที่เห็นผลชัดเจนในช่วง 3–12 เดือนหลังการแทรกแซง แต่ก็มีงานที่ชี้ว่าผลบางอย่างอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไปหากไม่มีระบบคงอยู่ของการติดตามและการสนับสนุน ดังนั้นการปรับปรุงข้ามมิติเช่นนี้จึงสอดคล้องกับแนวทาง

ที่พบว่ามีประสิทธิผลในต่างประเทศแต่ก็แนะนำให้ติดตามผลระยะยาวและเตรียมกลไกเสริมเพื่อรักษาผลลัพธ์ให้คงที่ต่อไป

จุดเด่นของงานวิจัย คือ งานวิจัยสามารถสร้างกลไกการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกระบวนการ เช่น การจัดตั้งคณะทำงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น กลุ่มสื่อสารทางไลน์เพื่อการประสานงาน และการบูรณาการวิธีการบำบัดทั้งเชิงจิตสังคมและเชิงชุมชน สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความยืดหยุ่นของระบบการดูแลที่ไม่ยึดติดกับรูปแบบการรักษาในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่เปิดโอกาสให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการพัฒนายังชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าเชิงประจักษ์ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับที่มีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น ความสามารถในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น และระบบการดูแลมีคะแนนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ระบบดังกล่าวในระดับพื้นที่จริง โดยสามารถเป็นแนวทางขยายผลไปยังชุมชนอื่นได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา คือ (1) การเก็บข้อมูลและประเมินผลยังอยู่ในบริบทเฉพาะพื้นที่ จึงอาจไม่สามารถสรุปผลทั่วไปได้ทันที (2) การพัฒนาและทดลองใช้ระบบจำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (3) การวัดผลบางด้าน เช่น คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อาจมีอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยาก เช่น เศรษฐกิจครัวเรือน หรือความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ควรขยายการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมมิติที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การวัดผลด้านเศรษฐกิจครัวเรือนหรือค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล เพื่อสะท้อนภาระที่แท้จริงของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ควรพัฒนากระบวนการติดตามผลระยะยาวที่มากกว่าการประเมินระยะสั้น เพื่อให้เข้าใจถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบที่พัฒนา อีกทั้งควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับระบบการดูแลในพื้นที่อื่นหรือหน่วยบริการอื่นๆ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความเหมาะสมของโมเดลการดูแลนี้ในวงกว้าง

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมุ่งเน้นการพัฒนาแบบแผนการวิจัยที่ใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อตอบโจทย์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร จะช่วยให้เข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแล ในขณะที่การวิเคราะห์เชิงปริมาณในระดับชุมชนหรือระดับเขตสุขภาพจะช่วยสะท้อนผลลัพธ์ที่ชัดเจนและสามารถใช้เพื่ออ้างอิงเชิงนโยบายได้มากขึ้น นอกจากนี้การวิจัยในอนาคตควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหลายจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ซึ่งจะช่วยสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่แข็งแรงกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Narcotics Control Board (ONCB). Thailand drug situation report 2023/2024 [Internet]. Bangkok: ONCB; 2024 [cited 2025 Jul 15]. Available from: https://www.oncb.go.th Department of Medical Services (DMS).
2. Annual report on drug treatment FY 2024 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Jul 15]. Available from: https://www.dms.go.th
3. โรงพยาบาลเมยวดี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2567. กลุ่มการพยาบาล. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเมยวดี; 2567.
4. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง:

การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2561

5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
6. Rovinelli R J, Hambleton R K K. On the use of content specialists in the assessment of criterion - referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research. 1977;2:49-60.
7. Cronbach L I. Essentials of psychological testing (5thed.). New York: Harper Collins Publishers; 1990.
8. กัลยา วานิชย์บัญชา, ฐิตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา; 2558.
9. เก็จกนก เอื้อวงศ์. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2562;12(1):1-28.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุริยาส์น; 2554.
11. Mudau T S, Hlongwane S, Mnisi T, Mulaudzi F M. Strategies to alleviate the burden experienced by informal caregivers of persons with severe mental disorders in low-and middle-income countries: a scoping review. Interact J Med Res. 2024;13:e48587.
12. Yadav A, Roeger L, Kavanagh A, Thomas S A, Williams K. Care coordination for persons with mental health challenges: a scoping review. Int J Ment Health Syst. 2025;19.
13. Albertson E M, Angier H, Glik D C, Hunter S B, Mattox T, Sarkar U, et al. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):3-21.
14. Albertson E M, Chuang E, O'Masta B, Miake-Lye I, Haley L A, Pourat N. Systematic review of care coordination interventions linking health and social services for high-utilizing patient populations. Popul Health Manag. 2022;25(1):73-85.
15. Saeed S A, Masters R M. Disparities in health care and the digital divide. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(8):61.
16. Aitken L E, Stratford H J, Cawthorne D, Pritchard G, Fenn K, Johns G, et al. Differences in access and outcomes in telepsychiatry: a systematic review. BJPsych Open. 2024;10(3):e80.
17. Killaspy H, Harvey C, King M, et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. World Psychiatry. 2022;21(1):96–123.
18. Owen-Smith A, Arndt B, Ahmedani B K, et al. Care management for serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv. 2021;72(5):509–27.
19. Zheng X, Papamichail A, Masyrafah H, et al. Using WhatsApp messenger for health systems research: a scoping review. Health Policy Plan. 2021;36(5):774–78
20. BetterCare summary, Department of Health and Social Care (UK). Better Care Fund policy framework: 2022 to 2023. London: DHSC; 2022.
21. Sariaslan P, et al. Validation and recalibration of OxMIV in predicting violent behaviour in

psychotic disorders. Sci Rep. 2021;11:24191.

22. Fregonese M, Albino A, Covino C, Gili A, Bacci M, Nicoletti A, Gambelunghe C. Drug checking as strategy for harm reduction in recreational contests: evaluation of two different drug analysis methodologies. Front Psychiatry. 2021;12:596895.
23. Werb D, Scheim A, Soipe A, Aeby S, Rammohan I, Fischer B, et al. Health harms of non-medical prescription opioid use: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2022;41(4):941-952.

การวิเคราะห์สมรรถนะ และผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

Analysis of Professional Competencies and Performance Outcomes in Financial and Accounting Operations among Health Service Network Personnel in Roi Et Province

บุญเรือง แซ่อึ้ง*

Bunrueang Sae-ueng

Corresponding author. Email: iladanine@hotmail.com

(Received: August 5, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: September 10, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดร้อยเอ็ด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 132 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ 0.80-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 และการหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination Power) ตั้งแต่ 0.42-0.78 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ Multiple regression analysis

ผลการวิจัย : สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean±SD.=4.12±0.51 และ Mean±SD.= 4.20±0.78) และความรู้และบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานได้คิดเป็นร้อยละ 23.4

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านความรู้และบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานทางการเงินและบัญชีในหน่วยงานสาธารณสุข

คำสำคัญ : สมรรถนะ; ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน; บุคลากรด้านการเงินและบัญชี; เครือข่ายบริการสุขภาพ; การจัดการสาธารณสุข

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงขวัญ

Abstract

Purposes : To analyze and examine the relationship between competencies and job performance outcomes in financial and accounting operations among health personnel within the health service network of Roi Et Province.

Study design : This study employed a cross-sectional design.

Materials and Methods : The sample consisted of 132 health personnel involved in financial and accounting tasks within health service networks and district public health offices in Roi Et Province. Participants were selected through stratified random sampling combined with simple random sampling using a lottery method. Data were collected using a structured questionnaire with a content validity index (CVI) ranging from 0.80 to 1.00, an Alpha coefficient of 0.93, and item discrimination power ranging from 0.42 to 0.78. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

Main findings : Overall, both competencies and job performance outcomes of financial and accounting personnel were rated at a high level (Mean±SD. = 4.12±0.51 and Mean±SD. = 4.20±0.78, respectively). Knowledge and personal characteristics were found to be significantly associated with job performance outcomes ($p < .05$). Together, these two factors explained 23.4% of the variance in job performance outcomes.

Conclusion and recommendations : The findings highlight that knowledge and personal characteristics of personnel are critical determinants of effective financial and accounting performance in public health organizations. Strengthening these factors may enhance organizational efficiency and service quality with in health networks.

Keywords : Competency; Job performance; Financial and accounting personnel; Health service network; Public health management

*General Administration Officer, Professional Level, Chiang Khwan hospital.

บทนำ

การบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชีถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ การจัดสรรทรัพยากร การเบิกจ่ายงบประมาณ การจัดทำบัญชี และการรายงานทางการเงินอย่างถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้[1] เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคสาธารณสุขซึ่งต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยและการใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการเงินและบัญชี โดยกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกฎหมายการคลังของภาครัฐ รวมทั้งนโยบายด้านธรรมาภิบาลทางการเงินที่เน้นความโปร่งใสและความรับผิดชอบต่อสังคม[2]

ในยุคกระแสโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมแห่งความรู้ประกอบกับได้มีการกระจายอำนาจการจัดการด้านการเงินและการบริหารงบประมาณให้แก่ส่วนงานของภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ส่งผลให้ส่วนราชการต้องมีการบริหารจัดการทางบัญชีและการเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้และต้องใช้บุคลากรที่มีสมรรถนะ เนื่องจากงานด้านบัญชีและการเงินมีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ละเอียดอ่อน และต้องดำเนินการด้วยความถูกต้อง รวดเร็วทันตามกำหนดเวลา ภายใต้หลักเกณฑ์และระเบียบวิธีปฏิบัติของทางราชการเนื่องจากการทำงานรูปแบบใหม่มุ่งเน้นที่ผลงาน มีการกำหนดค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด ผลงานที่ชัดเจน มีการปรับปรุงระบบการทำงานให้มี ประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ภายใต้นโยบายรัฐบาล อิเล็กทรอนิกส์และต้องการผู้ปฏิบัติงานที่ใช้ความรู้ทักษะในวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญสูงในแต่ละสาขา ทำให้สามารถพัฒนางานและความรู้ได้ด้วยตนเองควบคู่กับการเป็นผู้มีคุณธรรม ตลอดจนหลักความมีส่วนร่วมที่ทุกภาคส่วนราชการต้องให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการบริหารราชการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการจะพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรภาครัฐจำเป็นต้องมีการกำหนดแผนปฏิบัติงานเชิงยุทธศาสตร์ และการประเมินสมรรถนะ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม[3]

ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพต่างๆ นอกเหนือจาก มาตรฐานบัญชีแล้ว ยังต้องพัฒนาความรู้ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพบัญชี หรือความรู้ข้ามศาสตร์เพิ่มยิ่งขึ้น ทั้งเรื่องของการเงิน เศรษฐศาสตร์ การเมือง กฎหมาย เทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะด้านความสัมพันธ์และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทักษะด้านการบริหารและความเป็น ผู้นำโดยที่มีทัศนคติเชิงบวกและความตื่นตัวในการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติงานโดยยึดหลักจรรยาบรรณทั้งด้านความโปร่งใส และรายงานทางการเงินและจริยธรรมในการทำงาน และด้านที่จำเป็นอย่างยิ่ง คือ ภาษาเมื่อไทยกำลังจะก้าว เข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน[4]

การปฏิบัติงานบัญชีของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันดำเนินการผ่านระบบการบริหารงาน Government Fiscal Management Information System (GFMIS) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่บันทึกรายการบัญชีเองด้วยมือและระบบ GFMIS มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการติดตามผลพบว่าส่วนราชการยังมีการจัดทำบัญชีคลาดเคลื่อนอยู่ สาเหตุมาจากการบันทึกบัญชีในระบบ GFMIS ไม่เป็นไปตามขั้นตอนการปฏิบัติงานตามระบบ GFMIS การบันทึกและปรับปรุงในระบบ GFMIS ของปีงบประมาณที่ผ่านไม่ครบถ้วน หรือ บันทึกบัญชีแล้วแต่ยังมีข้อผิดพลาดที่ยังไม่ได้ปรับปรุงบัญชีในระบบ GFMIS รวมทั้งยังไม่ได้นำข้อมูลทางบัญชีของเงินนอกงบประมาณของส่วนราชการเข้าระบบ GFMIS ซึ่งมีผลทำให้ข้อมูลทางบัญชีของส่วนราชการไม่ครบถ้วน ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน[5] เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานบัญชียึดถือปฏิบัติบันทึกบัญชีให้เป็นแนวเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานบัญชี จึงจำเป็นต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการจัดทำบัญชี และนำเสนองบการเงินอย่างถูกต้อง ตามหลักการบัญชีที่รับรองทั่วไป ต้องอาศัยข้อมูลและตัวเลขที่เก็บรวบรวมด้วยแนวคิด และเทคนิคทางการบัญชีซึ่งในปัจจุบันข้อมูลทางการบัญชี เช่นเดียวกับ

สถานการณ์ด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ.2564-2567 พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ (1) ความซับซ้อนของแหล่งเงินและกลไกการจ่ายเงินหลายระบบหน่วยบริการต้องทำบัญชี/รับ–จ่ายจากงบประมาณปกติ, เงินกองทุนบัตรทอง (DRG/งบผู้ป่วยนอก–ใน/งบส่งเสริมฯ) และเงินบำรุง ซึ่งแต่ละแหล่งมีกฎระเบียบ เอกสารประกอบ และรอบการชำระเงินต่างกัน ทำให้ภาระการกระทบยอดและการปิดบัญชีเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะช่วงมีการเตรียมระบบ “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่” ที่ทำให้การเคลมข้ามเครือข่าย/ข้ามสังกัดมากขึ้น (2) แรงกดดันด้านธรรมาภิบาล/การเปิดเผยข้อมูล (ITA) ต่อภาระงานเอกสาร กล่าวคือ การประเมิน ITA ระดับเขตและระดับหน่วยบริการกำหนดให้เผยแพร่หลักฐานเชิงร่องรอยจำนวนมาก (MOIT หลายข้อ) เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง การประเมินผลการปฏิบัติราชการ ฯลฯ บุคลากรการเงิน–บัญชีต้องดูแลข้อมูลเอกสารและความสอดคล้องเชิงระเบียบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (3) ภาระงานจากโครงการลงทุนขนาดใหญ่ที่ใช้เงินบำรุง โครงการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยใน 7 ชั้น 156 เตียงของ รพ.ร้อยเอ็ด (วงเงินประมาณ 153.8 ล้านบาท) ที่ ครม. อนุมัติให้ใช้ “เงินบำรุง” ส่งผลให้ภารกิจด้านบัญชีสินทรัพย์ การควบคุมภายใน การกันเงิน และการรายงานความก้าวหน้าทางการเงินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (4) มาตรฐานงานบัญชี–การเงินต้องสอดคล้องหลายระดับ (กฎหมายการคลัง/ระเบียบพัสดุ/แนวทางหน่วยงานกลาง) เอกสารนิเทศ/ตรวจราชการและคู่มือในเว็บไซต์หน่วยงานสะท้อนการกำกับติดตามถี่เพิ่มขึ้น ทำให้ทีมการเงิน–บัญชีต้องปรับปรุงกระบวนงาน (Workflow) ให้ทันกับเกณฑ์และแบบประเมินที่เปลี่ยนแปลง และ (5) ทักษะดิจิทัลและการบูรณาการข้อมูลเคลม–บัญชีการขยายบริการ/เคลมข้ามหน่วย–ข้ามสังกัด และการสื่อสารกับประชาชนผ่านช่องทางดิจิทัลของโครงการ “บัตรประชาชนใบเดียว” ทำให้จำเป็นต้องยกระดับการเชื่อมโยงข้อมูล เคลม–บัญชี–พัสดุ เพื่อคุมความถูกต้องและลดค้างรับ–ค้างจ่าย[6]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ช่องว่างองค์ความรู้ที่เป็นสาเหตุของปัญหาดังกล่าว คือ (1) ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ระดับ “หน่วย–บุคคล” ว่าภาระงานการเงิน–บัญชีเพิ่มขึ้นเท่าใด และเพิ่มในงานใด หลักฐานสาธารณะส่วนใหญ่เป็นประกาศ/รายงานภาพรวม (นโยบาย UC, ITA, มติ ครม.) ยังไม่มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านเวลาทำงาน (Time-on-task), งานที่เกิดซ้ำ, คอขวด (Bottleneck) ในวงรอบรับ–จ่าย/ปิดบัญชีเฉพาะของเครือข่ายร้อยเอ็ดอย่างเป็นระบบ (2) ยังไม่มีกรอบสมรรถนะ (Competency framework) เฉพาะ “สายการเงิน–บัญชี” สำหรับเครือข่ายสุขภาพร้อยเอ็ดพบเพียงกรอบ/แบบประเมินตามเกณฑ์ ITA และเอกสารนิเทศทั่วไป แต่ไม่พบงานที่พัฒนา Competency model เฉพาะงานการเงิน–บัญชีในบริบทจังหวัด ซึ่งจำเป็นต่อการวางแผนพัฒนาทักษะดิจิทัล–กฎหมาย–วิเคราะห์ข้อมูลของบุคลากร (3) ยังไม่ปรากฏการประเมิน “ผลกระทบทางบัญชี–การเงิน” จากโครงการลงทุนด้วยเงินบำรุงแม้มีมติ ครม. และประกาศจัดซื้อจัดจ้าง แต่ยังไม่มีรายงานติดตามผลด้านต้นทุนดำเนินการ การรับรู้สินทรัพย์/ค่าเสื่อม และผลต่อสภาพคล่องของเงินบำรุงหลังลงทุนสำหรับ รพ.ร้อยเอ็ดโดยเฉพาะ (4) ข้อมูลการบูรณาการข้อมูลเคลม–บัญชีหลังเริ่มนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียว” ในระดับหน่วยบริการยังจำกัด ข่าวเชิงนโยบายและการเตรียมความพร้อมมีมาก แต่ยังไม่มีงานสรุปผลหลังดำเนินการ (Post-implementation) ที่ชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้าน DSO (days sales outstanding), อัตราค้างรับ, และความถูกต้องของการลงบัญชีที่วัดได้ในเครือข่ายร้อยเอ็ด และ (5) ขาดการเทียบเคียง (Benchmark) ประสิทธิภาพกระบวนงานการเงิน–บัญชีข้ามโรงพยาบาลในจังหวัดเอกสาร ITA และข่าวนิเทศให้ภาพ “ผ่าน/ไม่ผ่าน” และคะแนนรวม แต่ยังไม่มีแดชบอร์ดชี้วัดการเงิน–บัญชีที่เปรียบเทียบกันได้ระหว่างโรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ในจังหวัด[7]

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในหน่วยงานภาครัฐ พบว่า ความรู้และทักษะเฉพาะทาง รวมถึงความเข้าใจระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการเงิน

เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์การทำงานสรุปภาพรวมดังงานวิจัยระดับโรงพยาบาลชี้ชัดว่า ผลสัมฤทธิ์งานด้านการเงิน-บัญชีขึ้นกับ “คอนฟิกูเรชันสมรรถนะ” มากกว่าทักษะเดี่ยว ๆ (เช่น มีทั้งคุณธรรม/ธรรมาภิบาล ภาวะผู้นำ กลยุทธ์ การบริหารทรัพยากร การเรียนรู้ การต่อรอง และความเชี่ยวชาญการเงิน) และมีหลาย “เส้นทาง” สู่ความเป็นเลิศ[8]; สมรรถนะด้านการเงินของหัวหน้าหน่วยบริการ/คลินิก (แม้ไม่ใช่สายบัญชีตรง) มีอิทธิพลต่อการใช้ทรัพยากรและคุณภาพข้อมูลที่ป้อนสู่ระบบการเงินขององค์กร ตอกย้ำความสำคัญของการยกระดับ Financial literacy และ Data competency ทั่วทั้งเครือข่าย[9] เช่นเดียวกับการทำให้ระบบบัญชีและรายงานเป็นดิจิทัลช่วยเพิ่มความโปร่งใสและการเข้าถึงข้อมูล แต่ “คอขวด” อยู่ที่สมรรถนะบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งหากไม่พัฒนาไปพร้อมกันจะกระทบคุณภาพข้อมูล การกระทบยอด และการตัดสินใจทางการเงิน[10] และหลักฐานจากโปรแกรมพัฒนาผู้จัดการยืนยันว่า การฝึกอบรมแบบบูรณาการทักษะการเงิน–ข้อมูล–ภาวะผู้นำ เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของทีม/องค์กร[11]

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่เจาะลึกในบริบทของเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ร้อยเอ็ดยังมีข้อจำกัดและมีความซับซ้อนในการบริหารจัดการด้านงบประมาณและการเงิน เนื่องจากมีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพจำนวนมากและมีลักษณะการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานหลายระดับ

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้นชี้ให้เห็นว่าข้อมูลทางบัญชีมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งในส่วนราชการควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลของหน่วยงานตัวเอง เพื่อให้งบการเงินของส่วนราชการ ทั้งหน่วยเบิกจ่ายและระดับกรม มีความถูกต้องครบถ้วนและมีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้การวิเคราะห์สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานการเงินและงานการบัญชีในหน่วยงานราชการ นำข้อมูลมาใช้ประกอบการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตรวจสอบข้อมูลทางบัญชีในระบบ GFMIS และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลทางบัญชีให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์และมีความน่าเชื่อถือขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ผู้วิจัยใช้วิธีจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม -มิถุนายน 2568 โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นบุคลาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดจากโรงพยาบาล จำนวน 20 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 20 อำเภอ จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดจากโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 132 คน โดยเปิดตาราง Krejcie and Morgan[12] และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้ **ตอนที่ 1** เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สาขาวิชา

ที่จบการศึกษา ตำแหน่งงาน ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับงานการเงินและบัญชี และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับในปัจจุบันเป็นแบบสอบถามแบบ Checklist **ตอนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านความคิดเกี่ยวกับตนเอง ด้านบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล และด้านแรงจูงใจ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และ **ตอนที่ 3** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชี ซึ่งประกอบด้วยด้านความถูกต้อง ด้านความโปร่งใส ด้านความรับผิดชอบ และด้านความมีประสิทธิภาพ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้ 1) ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดและสร้างแบบสอบถาม 2) กำหนดโครงสร้างร่างแบบสอบถามตามประเด็นสำคัญ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ตอน โดยพิจารณาเนื้อหาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด ความมุ่งหมาย และสมมุติฐานในการวิจัย 3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด พิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของการใช้ภาษา และครอบคลุมเนื้อหาในการวิจัยแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ และ 4) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยวิธีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เป็นการตรวจสอบเครื่องมือมีความเป็นตัวแทน หรือครอบคลุมเนื้อหาหรือไม่ โดยพิจารณาจากตารางวิเคราะห์เนื้อหา หรือตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับจุดประสงค์ที่กำหนด จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์นั้น ๆ จำนวน 5 คน เพื่อลงสรุปโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ที่มีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ให้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาดัชนีความสอดคล้องฯ โดยใช้สูตรของโรวิเนลลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ[13]

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N เป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องฯ ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา คือ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามข้อนั้นไว้ได้ แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง 5) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - out) กับเจ้าหน้าที่งานการเงินและงานการบัญชีที่ไม่เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของรายด้านตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้เท่ากับ 0.93 และการหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค Item - total Correlation ตั้งแต่ 0.42-0.78 และ 6) นำผลที่ได้รับจากการตรวจสอบคุณภาพไปปรับปรุงแก้ไข และจัดทำเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวม

ข้อมูลตามขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

1. ดำเนินการจัดทำแบบสอบถามมีจำนวนเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย พร้อมกับตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของเอกสารเพื่อเตรียมนำส่งไปรษณีย์

2. ขอหนังสือราชการจากโรงพยาบาลเชียงขวัญ โดยแนบพร้อมกับแบบสอบถามส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องการปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

3. ดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามถึงหัวหน้างานการเงิน หัวหน้างานการบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ตามชื่อที่อยู่กับแบบสอบถามเพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการตอบกลับทางไปรษณีย์ภายใน 15 วัน หลังจากได้รับแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

4. เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 15 วัน ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์ไปยังผู้ตอบแบบสอบถามที่ยังไม่ได้ตอบเพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

5. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนในเนื้อหาของแบบสอบถามที่ได้รับตอบกลับมาทั้ง 132 ฉบับ คิดเป็น 100% เมื่อเปรียบเทียบกับแบบสอบถามที่ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง

6. ดำเนินการมก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่งานการเงิน เจ้าหน้าที่งานการบัญชีโดยใช้วิธีประมวลผลทางสถิติเชิงพรรณนาโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ซึ่งประกอบด้วยความถี่ และร้อยละ

ตอนที่ 2-3 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและใช้วิธีการทางสถิติแบบพรรณนาในการแปลผลและนำเสนอ เกณฑ์ในการประเมินผลได้กำหนดไว้[14]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมกรวิจัย

โครงร่างการวิจัยครั้งนี้เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ 1622567 รับรองเมื่อวันที่ 27 เดือน ธันวาคม 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จะหาจากสูตรการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruency: IOC) การหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination Power) โดยใช้เทคนิค Item-total Correlation และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach)

3. สถิติเชิงอนุมานประกอบด้วยทดสอบความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการหาค่า Variance Inflation Factor (VIF) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis; MRA) เพื่อทดสอบสมรรถนะกับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (Dependent Variable) จำนวนหนึ่งตัวแปรกับตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไปเป็นสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยเมื่อทราบค่าตัวแปรหนึ่งก็จะสามารถหาอีกตัวแปรหนึ่งได้[15]

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรพบว่า จากผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.70%) อายุระหว่าง

31–40 ปี (45.50%) ยังคงเป็นโสด (55.30%) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (76.50%) และจบในสาขาวิชาการบัญชี (83.30%) แสดงถึงความเหมาะสมของคุณวุฒิกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ เมื่อพิจารณาตำแหน่งงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพนักงานราชการ (35.60%) ปฏิบัติงานด้านการเงิน (38.20%) ประสบการณ์ระหว่าง 5–10 ปี (37.90%) รายได้มากกว่า 20,000 บาท (47.00%) โดยสรุป บุคลากรด้านการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีลักษณะเด่นคือเป็นเพศหญิงวัยทำงานช่วงกลาง มีการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาการบัญชี มีประสบการณ์การทำงานระดับปานกลาง และได้รับค่าตอบแทนที่อยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรกลุ่มนี้ในการสนับสนุนระบบงานการเงินและบัญชีของภาครัฐในระดับจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละลักษณะทางประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด (n=132)

ตัวแปร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	7(5.30)
	หญิง	125(94.70)
อายุ	20 - 30 ปี	35(26.50)
	31 - 40 ปี	60(45.50)
	มากกว่า 40 ปี	37(28.0)
สถา**นภาพ**	โสด	73(55.30)
	สมรส	56(42.4)
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3(2.30)
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษา/ปวช.	1(0.80)
	ปวส.	29(22.0)
	ปริญญาตรี	101(76.50)
	สูงกว่าปริญญาตรี	1(0.80)
สาขาวิชาที่จบการศึกษา	สาขาวิชาการบัญชี	110(83.30)
	ไม่ใช่สาขาวิชาการบัญชี	22(16.80)
ตำแหน่งงาน	ลูกจ้างชั่วคราว	32(24.20)
	พนักงานราชการ	47(35.60)
	ข้าราชการพลเรือน	35(26.50)
	อื่นๆ	18(13.60)
ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในหน่วยงาน		
	เจ้าหน้าที่งานการเงิน	90(38.20)
	เจ้าหน้าที่งานบัญชี	41(31.10)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน(%)
อื่นๆ	1(0.80)
ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับงานการเงินและบัญชี	
น้อยกว่า 5 ปี	45(34.10)
5 - 10 ปี	50(37.90)
11 - 15 ปี	9(6.80)
มากกว่า 15 ปี	28(21.20)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับในปัจจุบัน	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	19(14.40)
10,000 - 15,000 บาท	23(17.40)
15,001 - 20,000 บาท	28(21.20)
มากกว่า 20,000 บาท	62(47.00)

2. ผลการวิเคราะห์สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชีของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

จากผลการศึกษาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean±SD.=4.12±0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean±SD.=4.42±0.62) รองลงมาคือ ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองและด้านบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean±SD.=4.38±0.59) ด้านทักษะมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ (Mean±SD.=4.00±0.64) อยู่ในระดับมาก และด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean±SD.= 3.17±0.80) อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชีพบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean±SD.= 4.20±0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความถูกต้องมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean±SD.= 4.31±0.93) รองลงมาคือด้านความโปร่งใส (Mean±SD.= 4.25±0.79) ส่วนด้านความรับผิดชอบและด้านความมีประสิทธิภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean±SD.=3.99±0.86) ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด (n=132)

ข้อคำถาม	Mean±SD.	ระดับสมรรถนะ
ด้านความรู้		
1. มีความรู้เรื่องด้านบัญชีพื้นฐาน	3.89±0.94	มาก
2. มีความรู้ด้านบัญชีเกณฑ์คงค้าง (Manual)	3.55±0.99	มาก
3. มีความรู้โปรแกรมสำเร็จรูปด้านบัญชี	3.50±1.14	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mean±SD.	ระดับสมรรถนะ
4. มีความรู้ด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุของส่วนราชการ	3.91±0.88	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.17±0.80**	**ปานกลาง**
ด้านทักษะ		
5. สามารถใช้คอมพิวเตอร์ได้	4.28±0.70	มาก
6. สามารถใช้คอมพิวเตอร์จัดทำรายงานเกี่ยวกับบัญชีได้	3.89±0.85	มาก
7. สามารถบันทึกรายการบัญชีในโปรแกรมบัญชีได้	3.84±0.95	มาก
8. สามารถบันทึกระบบการเบิกจ่าย ระบบนำส่งเงินได้	4.02±0.85	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.00±0.64**	**มาก**
ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง		
9. มีความมั่นใจตัวเองทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน	4.37±0.72	มาก
10. มีความระเอียดรอบคอบในการปฏิบัติงาน	4.29±0.65	มาก
11. มีเจตคติที่ดีในงาน	4.43±0.66	มาก
12. มีวินัย ตรงต่อเวลาในการส่งงาน	4.43±0.63	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.38±0.59**	**มาก**
ด้านบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล		
13. สามารถปฏิบัติงานได้โดยตัวเอง	4.40±0.67	มาก
14. รับผิดชอบงานเอง	4.43±0.66	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.38±0.59**	**มาก**
ด้านแรงจูงใจ		
15. ทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จทุกครั้ง	4.48±0.58	มาก
16. ได้รับคำชมทุกครั้งในการทำงาน	3.68±0.99	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.42±0.62**	**มาก**
เฉลี่ยโดยรวม	**4.12±0.51**	**มาก**

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชี (n=132)

ข้อคำถาม	Mean±SD.	ระดับผลสัมฤทธิ์
ด้านความถูกต้อง		
1. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีเงินสดถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.24±0.91	มาก
2. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีเงินฝากธนาคารถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.36±0.79	มาก
3. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีเงินฝากคลังถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.25±0.94	มาก
4. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีลูกหนี้เงินยืมใน/นอกงบประมาณถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.24±0.92	มาก
5. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีใบสำคัญค้างจ่าย/บัญชีเจ้าหนี้ถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.22±0.91	มาก
6. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีวัสดุคงคลังและบัญชีสินทรัพย์ถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.21±0.92	มาก
7. บัญชีแยกประเภทในงบทดลองบัญชีเงินรายงานผิดดุลบัญชีพักที่ไม่มียอดคงค้างถูกต้องกับเอกสารหรือหลักฐาน	4.20±0.91	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.31±0.93**	**มาก**
ด้านความโปร่งใส		
8. เปิดเผยงบทดลองสู่สาธารณะ	4.28±1.02	มาก
9. แสดงรายละเอียดประกอบการบัญชีที่สำคัญของงบทดลอง	4.33±0.87	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**4.25±0.79**	**มาก**
ด้านความรับผิดชอบ		
10. มีการจัดส่งงบทดลองระดับหน่วยเบิกจ่ายให้ สตง.	4.28±0.91	มาก
11. มีการจัดส่งรายงานการเงินให้ สตง. และกรมบัญชีกลาง	4.30±0.90	มาก
12. รูปแบบรายงานการเงินเป็นไปตามมาตรฐานที่กรมบัญชีกลางกำหนด	4.34±0.84	มาก
13. ข้อมูลรายงานการเงินที่ส่งให้ สตง. เท่ากับข้อมูลในระบบ GFMIS	4.26±0.83	มาก
14. การตอบข้อทักท้วงด้านบัญชีการเงินตามข้อสังเกต		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mean±SD.	ระดับผลสัมฤทธิ์
ประกอบการตรวจสอบรายงานการเงินของสำนักงาน การตรวจเงินแผ่นดินล่าสุด	4.08±0.84	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.99±0.86**	**มาก**
ด้านความมีประสิทธิภาพ		
15. การจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต	3.99±0.89	มาก
16. การเปรียบเทียบผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ระหว่างปีงบประมาณ	3.93±0.88	มาก
17. การจัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพประจำปีงบประมาณ	4.06±0.90	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.99±0.86**	**มาก**
เฉลี่ยโดยรวม	**4.20±0.7**8	**มาก**

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะ (ตัวแปรความรู้ ทักษะ ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับงานการเงินและบัญชี และบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล ปัจจัยทั้งสองร่วมกันอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีได้คิดเป็นร้อยละ 23.4 ส่วนที่เหลือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ โดยมีสมการทำนายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เป็นดังนี้

$$Y = 1.003 + 0.290K + 0.927Cha$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Results of multiple linear regression analysis predicting (ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านงานการเงินและบัญชีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด) (n=132)

Variable	B	Std.Err	β	95% Cl for B	t
(Constant)	1.003	0.487	-	0.049, 2.056	1.680
Competency factors					
ความรู้	0.290	0.110	0.229	0.016, 0.396	2.642
ทักษะ	0.005	0.152	-0.004	-0.600, 0.171	-0.031
ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง	0.263	0.161	0.199	-0.319, 0.498	1.628
บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล	0.927	0.146	0.239	0.329, 0.818	2.037
แรงจูงใจ	-0.033	0.112	-0.026	-0.215, 0.353	-0.291

Note: R^2= 0.234, Adjusted R^2=0.222, F(2, 129)=13.308, p<.001.

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชีของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าบุคลากรกลุ่มนี้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Kowo et al.[16] ที่ศึกษาสมรรถนะของบุคลากรด้านการเงินและการบัญชีในองค์กรบริการสุขภาพ พบว่า การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและการจัดการองค์ความรู้มีผลอย่างชัดเจนต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพของข้อมูลทางการเงิน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายขององค์กร ขณะเดียวกัน งานวิจัยในประเทศของศศิธร พรมมา และคณะ[17] พบว่า เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีในหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นมีผลการปฏิบัติงานในระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและมีระบบกำกับติดตามที่ชัดเจน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ที่สูง อาจมาจากปัจจัยด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีความต่อเนื่อง การจัดโครงสร้างงานที่ชัดเจน รวมทั้งบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดไว้อย่างเหมาะสม ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูง นอกจากนี้ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ถูกนำมาใช้สนับสนุนการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชี ยังช่วยลดความซับซ้อนของงานและเพิ่มความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล ประเด็นดังกล่าวมีผลกระทบทั้งต่อการปฏิบัติงานและทางทฤษฎี กล่าวคือ ในทางปฏิบัติ การที่เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ในระดับสูงจะทำให้การดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิผล ส่วนในเชิงทฤษฎี ผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันแนวคิดด้าน Competency-based Performance ที่ชี้ให้เห็นว่าศักยภาพของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในการยกระดับคุณภาพงานทางการเงินและบัญชีขององค์กรสุขภาพ

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้และบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานได้คิดเป็นร้อยละ 23.4 สะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ซึ่งเป็นงานที่ต้องอาศัยทั้งความรู้เชิงวิชาการ ความถูกต้องรอบคอบ และความรับผิดชอบสูง จำเป็นต้องมีการผสมผสานระหว่างองค์ความรู้ที่เพียงพอกับบุคลิกภาพที่เหมาะสมต่อการทำงานผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ เช่น Mensah et al.[18] ศึกษาพนักงานฝ่ายการเงินในองค์กรธุรกิจประเทศกานา พบว่า ความรู้ทางวิชาชีพและบุคลิกภาพด้านความรอบคอบ (Conscientiousness) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพงานด้านการบัญชีอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Al-Hazmi[19] ที่ศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียยังชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ร่วมกับบุคลิกภาพเชิงบวกสามารถยกระดับสมรรถนะงานการเงินได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับในประเทศไทย งานวิจัยของธนกฤต วงศ์สุวรรณ และคณะ[20] ที่ได้ศึกษาบุคลากรงานการเงินในโรงพยาบาล พบว่า ความรู้ความสามารถด้านวิชาการบัญชีและบุคลิกลักษณะ เช่น ความละเอียดรอบคอบ และความรับผิดชอบสูง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ทั้งความรู้และบุคลิกลักษณะสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การทำงานได้

การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีต้องการทั้งองค์ความรู้เฉพาะทางและบุคลิกภาพที่ช่วยเสริมสร้างความรอบคอบ ความซื่อสัตย์ และความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล

ทางการเงิน เมื่อบุคลากรมีความรู้ที่เพียงพอและบุคลิกภาพที่เอื้อต่อการทำงาน จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดี และส่งผลเชิงบวกต่อการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวม ส่วนในด้านทฤษฎี ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดด้าน Human capital theory ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้และคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นทุนมนุษย์ที่สามารถยกระดับสมรรถนะการทำงาน ขณะเดียวกันยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของ Personality-performance linkage ที่บุคลิกภาพบางด้านมีผลโดยตรงต่อคุณภาพ และประสิทธิภาพของการทำงาน ทั้งนี้ยังเป็นแนวทางเชิงปฏิบัติให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขพิจารณาพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชี โดยไม่เพียงมุ่งเน้นที่การอบรมเพิ่มพูนความรู้ แต่ยังรวมถึงการพัฒนาทักษะด้านบุคลิกภาพและคุณลักษณะการทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงระดับสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานด้านบัญชีของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในระดับมาก (Mean ± SD.= 4.12±0.51 และ 4.20±0.78) นอกจากนี้ ความรู้และบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคลยังปรากฏว่ามีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทั้งสองปัจจัยร่วมกันสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การทำงานได้ร้อยละ 23.4

จุดเด่นของการวิจัยคือ การศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ชัดเจนเกี่ยวกับสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี ซึ่งสามารถนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือการศึกษาก่อนหน้าได้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบุคลิกภาพกับผลสัมฤทธิ์ช่วยให้เข้าใจปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพงานด้านบัญชีได้อย่างเป็นระบบ และการรวมปัจจัยหลายด้านในการวิเคราะห์ทำให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานได้ในระดับที่น่าสนใจ นอกจากนี้ การศึกษานี้ดำเนินการในบริบทจริงของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ผลการวิจัยมีความเกี่ยวข้อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ดีการวิจัยยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก การศึกษาเฉพาะพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดร้อยเอ็ด อาจจำกัดความสามารถในการสรุปผลเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีในทุกจังหวัดหรือหน่วยงานอื่น ๆ ประการที่สอง การใช้แบบสอบถามประเมินตนเองอาจเกิดอคติจากผู้ตอบ (Self-report bias) ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะและบุคลิกภาพอาจมีความคลาดเคลื่อน ประการที่สาม การออกแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยตรงได้ แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ และสุดท้าย แม้ว่าความรู้และบุคลิกภาพสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานได้ร้อยละ 23.4 แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลอง เช่น ทักษะการใช้เทคโนโลยี การสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน ด้วยเหตุนี้ผลการวิจัยสะท้อนทั้งศักยภาพและข้อจำกัดของระบบบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในเครือข่ายสุขภาพ การเข้าใจข้อจำกัดดังกล่าวจะช่วยชี้แนะแนวทางในการออกแบบการพัฒนาบุคลากรอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ การเสริมสร้างบุคลิกภาพที่เอื้อต่อการทำงาน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำของงานบัญชีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับบุคคล (1) เจ้าหน้าที่ควรเสริมสร้างความรู้ด้านการเงินและบัญชีอย่างต่อเนื่อง เช่น การเรียนรู้เทคนิคการใช้โปรแกรมบัญชี การปรับปรุงความถูกต้องในการบันทึกบัญชี และการทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง และ (2) พัฒนาบุคลิกภาพและทักษะส่วนบุคคล เช่น ความรอบคอบ ความรับผิดชอบ

การจัดการเวลา และการคิดวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ระดับหน่วยงาน (1) จัดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยรวมทั้งด้านความรู้เฉพาะทางและทักษะเชิงพฤติกรรม (2) จัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น การสนับสนุนเทคโนโลยี เครื่องมือทำงาน และระบบควบคุมคุณภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาด และ (3) ส่งเสริมการติดตามและประเมินผลสมรรถนะบุคลากรเป็นระยะเพื่อวางแผนการพัฒนารายบุคคลและปรับปรุงระบบงานให้เหมาะสม

ระดับนโยบาย (1) หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานกำกับควรกำหนดมาตรฐานสมรรถนะงานการเงินและบัญชี รวมถึงแนวทางการพัฒนาบุคลากรในเชิงระบบ (2) จัดตั้งนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านบัญชีและการเงินในระยะยาว เช่น การจัดงบประมาณสำหรับการฝึกอบรม การให้ทุนศึกษาต่อ หรือการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน และ (3) พัฒนาระบบติดตามและประเมินประสิทธิภาพงานระดับเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานและสร้างความโปร่งใสในการบริหารจัดการงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell J P, McCloy R A, Oppler S H, Sager C E. A theory of performance. In: Schmitt N, Borman W C, editors. Personnel Selection in Organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1993;35-70.
2. Wang H, Xiang X, Dong L. Exploring a competency framework for the chief financial officer of a hospital: a qualitative study from China. BMC Health Serv Res. 2023;23:692.
3. Mediaty, Pontoh G T, Nagu N, Rahmawati H S, Mas'ud A A, Abdul Aziz R H. Human Competencies: Amplifying Financial Reporting Quality in Indonesian Local Government J. Risk Financial Manag. 2025;18:424.
4. Sripan M, Wisaeng K. Competencies of accounting professionals and quality of financial reporting: Evidence from enterprises in Thailand. Humanities and Social Sciences Letters. 2022;10(2):103–26.
5. Mirattanaphrai P, Poonpool N, Ninlaphay S. The effects of digital accountancy competency on performance of finance and accounting analysts higher education institutions in Thailand. Journal of Accountancy and Management. 2024;16(2):109–22.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2567: ร้อยเอ็ด; 2567.
7. โรงพยาบาลเชียงขวัญ. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2567: ร้อยเอ็ด; 2567.
8. Wang H, Xiang X, Dong L. Exploring a competency framework for the chief financial officer of a hospital: a qualitative study from China. BMC Health Serv Res. 2023;23:692.
9. Bayram S, Yildiz Celik M, Durmaz E, Oksuz E, Alaca N, Wilhelmová R, et al. Financial competencies as investigated in the nursing field: Findings of a scoping review. J Nurs Manag. 2022;30(7):2801–10.
10. Ruhago G M, Ngalesoni F N, Kapologwe N A, Kengia J T, Ngocho J, Kabusi S M, et al. Strengthening financial management systems at primary health care: Performance assessment of the Facility Financial Accounting and Reporting System (FFARS) in Tanzania. Front Health Serv. 2023;2:787940.
11. Giovanelli L, Minelli L, Mariani E, Nuti S. Management training programs in health care: a scoping review of outcomes at individual,

team and organizational level. BMC Health Serv Res. 2024;24:456.

12. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
13. Rovinelli R J, Hambleton R K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijs research. 1977;2:49–60.
14. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์โปรเกรสซิฟ; 2550.
15. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
16. Kowo S A, Sabitu O, Oludayo O, Adegbuyi O. Competency development and performance of accounting personnel in healthcare organizations. Cogent Business & Management. 2021;8(1):1954321.
17. ศศิธร พรมมา, สุนทรีย์ สายคำ, พิชิต แสงจันทร์. สมรรถนะและผลการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่น. วารสารการพัฒนาท้องถิ่น. 2565;15(2):45-58.
18. Mensah I A, Asiedu M, Frempong M F. Professional knowledge, personality traits, and employee performance in accounting practice: Evidence from Ghana. J Account Emerg Econ. 2022;12(4):567-83.
19. Al-Hazmi A. The impact of knowledge management and personality traits on financial officers' performance in Saudi Arabia. Int J Public Adm. 2023;46(7):523-35.
20. ธนกฤต วงศ์สุวรรณ, วราภรณ์ ศรีวัฒน์, นภัสวรรณ ศรีวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการจัดการสาธารณสุข. 2564;35(2):45-59.

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพภาพและปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางพลี

A Comparative Study of Image Quality and Radiation Dose in Chest Radiography Using Different Tube Voltage Techniques : A Case Study at Bangplee Hospital

ญาณวุฒิ สมศรี*

Yannawut Somsri

Corresponding author: E-mail: yannawutsomsri@gmail.com

(Received: August 5, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: September 10, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (Entrance Surface Air Kerma: ESAK) จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้า 95, 105 และ 120 kVp

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษากึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกท่า PA upright จำนวน 180 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้าที่ใช้ 95, 105 และ 120 kVp กลุ่มละ 60 ราย ประเมินคุณภาพของภาพโดยรังสีแพทย์ 3 ท่าน เก็บข้อมูลค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (Deviation Index: DI) และวัดค่าปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ

ผลการวิจัย : ค่าปริมาณรังสีเฉลี่ยที่ผิวผู้ป่วยได้รับของกลุ่มเทคนิค 95, 105 และ 120 kVp เท่ากับ 0.40, 0.49 และ 0.25 mGy ตามลำดับ โดยเทคนิค 120 kVp ให้ค่าปริมาณรังสีต่ำที่สุด ลดลงจากเทคนิค 95 และ 105 kVp คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 48.97 ตามลำดับ และต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย (0.4 mGy) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีส่วนใหญ่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม (±3) ทุกกลุ่ม และความพึงพอใจของรังสีแพทย์ต่อคุณภาพของภาพอยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม โดยเทคนิค 120 kVp ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : การถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้า 120 kVp สามารถลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ภาพที่ได้มีคุณภาพเพียงพอต่อการวินิจฉัย จึงเป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

คำสำคัญ : ภาพรังสีทรวงอก; ความต่างศักย์ไฟฟ้า; ปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ; คุณภาพของภาพรังสี

*วท.บ.(รังสีเทคนิค) กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี

Abstract

Purposes : This study aimed to compare the image quality and entrance surface air kerma (ESAK) in chest radiography using different tube potentials of 95, 105, and 120 kVp

Study design : Quasi-Experimental Designs.

Materials and Methods : This cross-sectional experimental study included 180 patients who underwent chest PA upright radiography, divided equally into three groups (95, 105, and 120 kVp, 60 patients each). Image quality was assessed by three radiologists using predefined criteria. The deviation index (DI) was recorded, and ESAK was measured for each group.

Main findings : The mean ESAK values for 95, 105, and 120 kVp were 0.40, 0.49, and 0.25 mGy, respectively. The 120 kVp technique produced the lowest radiation dose, which was 37.50% and 48.97% lower than those of 95 and 105 kVp, respectively, and significantly lower than the national diagnostic reference level of Thailand (0.4 mGy) ($p < .001$). Most DI values were within the acceptable range (±3). Radiologists' satisfaction with image quality was high in all groups, with the 120 kVp group achieving the highest satisfaction (100% rated as excellent).

Conclusion and recommendations : Chest radiography performed at 120 kVp significantly reduces patient radiation dose without compromising diagnostic image quality. This technique is recommended for chest radiography in Bangplee Hospital and can be applied in other healthcare facilities.

Keywords : Chest radiography; Tube potential (kVp); Entrance surface air kerma; Image quality

*B.S. (RT), Bangplee Hospital.

บทนำ

การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีการใช้งานมากที่สุดในทางการแพทย์ การตั้งค่าเทคนิคการถ่ายภาพที่เหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะค่าต่างศักย์ไฟฟ้า (kVp) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อทั้งคุณภาพของภาพและปริมาณรังสี ปัจจุบันแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากระบบฟิล์มมาเป็นระบบดิจิทัล แต่การเลือกใช้ค่าเทคนิคที่เหมาะสมยังคงเป็นความท้าทายสำหรับนักรังสีการแพทย์[1-2] ที่ส่งผลต่อทั้งคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ

จากการศึกษาของ Smith et al.[3] พบว่าการใช้ค่าต่างศักย์ไฟฟ้า (kVp) ที่แตกต่างกันส่งผลต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยการเพิ่มค่า kVp จาก 90 เป็น 120 สามารถลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 30 แต่อาจส่งผลต่อความคมชัดของภาพ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้ค่า kVp ที่สูงขึ้นร่วมกับการลดค่า mAs ลง สามารถลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับโดยยังคงคุณภาพของภาพที่เพียงพอต่อการวินิจฉัย[2] อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงใช้ค่า kVp ที่ค่อนข้างต่ำในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีสูงเกินความจำเป็น[4]

การประเมินคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีในระบบดิจิทัลสามารถทำได้โดยใช้ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (Deviation Index: DI) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมคุณภาพการถ่ายภาพรังสี[5] การศึกษาของ Zheng et al.[6] แสดงให้เห็นว่าการใช้การประเมินคุณภาพภาพด้วยวิธี Visual Grading Analysis ร่วมกับการวิเคราะห์ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี สามารถช่วยในการหาค่า kVp ที่เหมาะสมได้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลบางพลีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการให้บริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีที่เกิดจากการใช้ค่าต่างศักย์ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของภาพและปริมาณรังสีในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่ใช้ค่าต่างศักย์ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน เพื่อหาค่าเทคนิคที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการตั้งค่าเทคนิคการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลบางพลีและสถานพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (Entrance Surface Air Kerma: ESAK) คุณภาพของภาพรังสีทรวงอกด้วยค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี และประเมินความพึงพอใจโดยรังสีแพทย์ จากการถ่ายภาพด้วยเทคนิคค่าต่างศักย์ไฟฟ้า 95, 105 และ 120 kVp

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) โดยเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับและคุณภาพของภาพรังสีทรวงอกที่เทคนิคค่าต่างศักย์ไฟฟ้า 95, 105 และ 120 kVp ด้วยค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี และประเมินความพึงพอใจโดยรังสีแพทย์ โดยทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest PA Upright) ด้วยค่า kVp ที่แตกต่างกัน 3 ระดับ ประเมินคุณภาพของภาพโดยรังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บข้อมูลค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (Deviation Index: DI) จากระบบสื่อสารทางการแพทย์ (Picture archiving and communication system: PACS) ของกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี และคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นภาพเอกซเรย์ทรวงอกท่า PA upright ของผู้ป่วยนอกทั้งเพศหญิง และชาย ที่ห้องเอกซเรย์ทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้รับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก (Chest PA upright) ที่ห้องเอกซเรย์ทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี

ช่วงตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมีนาคม ถึงวันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ในวันและเวลาราชการเท่านั้น จำนวน 180 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 60 ราย โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[7] กำหนด Effect size = 0.25, α = 0.05, Power = 0.80 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มที่ 1 เป็นผู้รับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเทคนิคค่าความต่างศักย์ 95 kVp 60 ราย

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้รับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเทคนิคค่าความต่างศักย์ 105 kVp 60 ราย

กลุ่มที่ 3 เป็นผู้รับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเทคนิคค่าความต่างศักย์ 120 kVp 60 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ ภาพ Chest ท่า PA upright, มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผ่าตัดใส่โลหะในส่วนที่ต้องการศึกษาและหญิงตั้งครรภ์ (จากการสัมภาษณ์)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องเอกซเรย์ชนิดถ่ายภาพทั่วไป (General) ผลิตภัณฑ์ SHIMADZU รุ่น RAD speed Pro S/N: MQ927C2E5003 ขนาด 1,000 mA มีกำลังสูงสุด 150 kV จำนวน 1 เครื่อง ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพประจำปีโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เมื่อ 16 ตุลาคม 2567

2. แผ่นรับภาพ หรือ Detector: AR-C434W ขนาด 14x17 นิ้ว

3. เครื่องมือวัดความหนาส่วนต่างๆของร่างกาย (Caliber)



ภาพประกอบที่ 1 เครื่องเอกซเรย์ชนิดถ่ายภาพทั่วไป แผ่นรับภาพ และเครื่องมือวัดความหนา
ที่มา : กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความหนาของทรวงอก ค่า kV และ mAs ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงปริมาณรังสี

2. แบบประเมินผลความพึงพอใจของรังสีแพทย์ความสามารถในการวินิจฉัย

การคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพทางรังสีซึ่งวัดที่ผิวหนัง

วิธีการคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (Entrance Surface Air Kerma : ESAK) ด้วยวิธีของสมาคมฟิสิกส์การแพทย์แห่งอเมริกา (The American Association of Physicists in Medicine) AAPM report No.31[8]

จากสมการโพลิโนเมียล y = 2E-05x2 + 0.0019x – 0.0742 ที่ได้จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

คำนวณค่า Entrance Skin Air Kerma : ESAK จากสูตร

$$ESAK = Y(d) \times mAs \times \left(\frac{FDD}{FFD - t_P} \right)^2$$

เมื่อ Y(d) ได้จากการแทนค่า x ในสมการโพลิโนเมียล y = 2E-05x2 + 0.0019x – 0.0742 ด้วยค่า kVp ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

FDD = 50 เซนติเมตร

FFD = ระยะโฟคัลสปอตถึงฟิล์ม (Focal Film Distance) หรือแผ่นรับภาพ (เซนติเมตร)

tp = ความหนาของผู้ป่วยหน่วยเป็นเซนติเมตร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ นำเสนอในรูปความถี่และร้อยละ และข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ความหนาทรวงอก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพของภาพรังสี ได้แก่ 1) เปรียบเทียบค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (Deviation Index) ระหว่างกลุ่มที่ใช้เทคนิคต่างกัน (95, 105 และ 120 kVp) ด้วยสถิติ One-way ANOVA และ 2) ประเมินคุณภาพของภาพโดยรังสีแพทย์ที่มีประสบการณ์อ่านภาพรังสีทรวงอกอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 ท่าน โดยทำการสุ่มภาพจากแต่ละกลุ่ม (95, 105 และ 120 kVp) กลุ่มละ 30 ภาพ ปกปิดค่าเทคนิคที่ใช้ (Blind assessment) รังสีแพทย์แต่ละท่านประเมินภาพแยกกัน ใช้ 5-point Likert scale ในการประเมิน โดย เกณฑ์การยอมรับคุณภาพภาพที่ได้ คือ คะแนนเฉลี่ยรวมทุกหัวข้อต้องไม่ต่ำกว่า 3 คะแนน และไม่มีภาพใดได้คะแนนต่ำกว่า 2 คะแนน คือ 1 = คุณภาพไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย, 2 = คุณภาพพอใช้ แต่ต้องการการปรับปรุง, 3 = คุณภาพปานกลาง เพียงพอต่อการวินิจฉัย, 4 = คุณภาพดี และ 5 = คุณภาพดีมาก

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบางพลี เลขที่ 9/2568 ลงวันที่ 28 เมษายน 2568 ผู้วิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปกป้องรักษาความลับตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมในมนุษย์อย่างเคร่งครัด และรายงานผลการศึกษาในภาพรวม ไม่เปิดเผยรายละเอียดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ดำเนินโครงการวิจัยหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเสมอ ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่มีค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าป่วยการ การดูแลรักษาและแก้ปัญหาอื่นๆ ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงกลุ่มตัวอย่างได้เมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ข้อมูลทั่วไป		เทคนิคความต่างศักย์ 95 kV		เทคนิคความต่างศักย์ 105 kV		เทคนิคความต่างศักย์ 120 kV		p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	29 ราย	48.33	35 ราย	58.34	28 ราย	46.66	.389
	ชาย	31 ราย	51.67	25 ราย	41.66	32 ราย	53.34	
		Mean	SD.	Mean	SD.	Mean	SD.	
อายุ(ปี)		50.38	17.92	63.88	14.52	60.90	17.72	<.001
		20 - 80		22 - 91		20 - 91		
ดัชนีมวลกาย		22.47	6.68	21.67	2.82	26.53	3.84	<.001
(kg/m^2)		13.46 - 46.43		15.06 – 29.82		17.49 – 35.55		
ความหนา		21.90	2.45	23.32	2.04	21.57	2.48	<.001
(เซนติเมตร)		17 - 26		18 - 25		18 - 25		

ค่ากระแสหลอดคูณเวลา และค่าปริมาณรังสีที่ผิว ผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

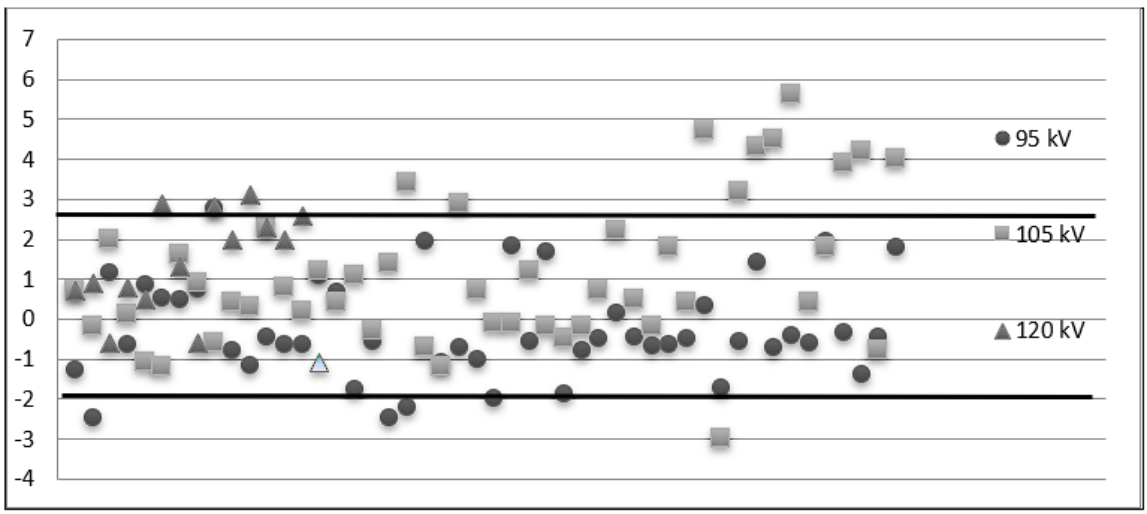
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่ากระแสหลอดคูณเวลา และปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ด้วยเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้า 3

Chest PA upright	กลุ่มเทคนิคความต่างศักย์			p
	95 kV	105 kV	120 kV	
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
ค่ากระแสหลอดคูณเวลา	11.86(2.71)	12.48(3.11)	5.19(1.19)	<.001
	7.81 – 17.93	7.81 – 19.65	3.09 – 8.35	
ปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ	0.40(0.10)	0.49(0.11)	0.25(0.06)	<.001
	0.25 – 0.61	0.32 – 0.80	0.15 – 0.38	

ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีจาก การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

Chest PA upright	เทคนิคความต่างศักย์)		
	95kV	105kV	120kV
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
DI > 3 (Underexposure)	0(0.00)	9(15.00)	5(8.34)
DI ± 3 (Acceptable range)	60(100.00)	51(85.00)	55(91.00)
DI < -3 (Overexposure)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)



กราฟที่ 1 แสดงค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี

ความพึงพอใจของรังสีแพทย์ต่อคุณภาพของภาพรังสีทรวงอก ความพึงพอใจเฉลี่ยของรังสีแพทย์ผู้ประเมิน 3 ท่าน ต่อคุณภาพของภาพรังสีทรวงอกเทคนิคความต่างศักย์ไฟฟ้า 95, 105 และ 120 kV เท่ากับ 4.83, 4.84 และ 4.87 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละช่วงคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของรังสีแพทย์ต่อคุณภาพภาพรังสีทรวงอก

ระดับความพึงพอใจ	ช่วงคะแนน	เทคนิคความต่างศักย์)		
		95kV(n=30)	105kV(n=30)	120kV(n=30
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
คุณภาพดีมาก	4.21-5.00	26(86.67)	29(96.67)	30(100.00)
คุณภาพดี	3.41-4.20	4(13.33)	1(3.33)	0(0.00)
คุณภาพเพียงพอต่อการวินิจฉัย	2.61-3.40	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระดับความพึงพอใจ	ช่วงคะแนน	เทคนิคความต่างศักย์)		
		95kV(n=30)	105kV(n=30)	120kV(n=30
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
คุณภาพพอใช้ต้องการปรับปรุง	1.81-2.60	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
คุณภาพไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย	1.00-1.80	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

วิจารณ์

การเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (ESAK) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเทคนิคความต่างศักย์ 120 kV ผู้รับบริการได้รับปริมาณรังสีเฉลี่ยต่ำที่สุด (0.25 mGy) เมื่อเปรียบเทียบกับ 95 kV (0.40 mGy) และ 105 kV (0.49 mGy) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การลดลงของปริมาณรังสีเมื่อใช้เทคนิคความต่างศักย์ที่ 120 kV คิดเป็น 37.50% และ 48.97% เมื่อเปรียบเทียบกับ 95 kV และ 105 kV ตามลำดับผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการทางฟิสิกส์ของรังสีเอกซ์ที่แสดงว่าการเพิ่มความต่างศักย์ไฟฟ้าจะเพิ่มพลังงานของลำแสงรังสี ทำให้มีกำลังทะลุทะลวงมากขึ้น จึงต้องใช้ค่า mAs ที่ต่ำลงเพื่อให้ได้ภาพที่มีคุณภาพเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับลดลง อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มความต่างศักย์ 105 kV ให้ปริมาณรังสีสูงกว่า 95 kV ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความหนาของทรวงอกของผู้รับบริการในกลุ่มดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มความต่างศักย์ 95 kV หรือการปรับค่า mAs ของผู้ปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับความหนาทรวงอกของผู้รับบริการ มีแนวโน้มปรับค่า mAs สูงซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสีในการถ่ายภาพทรวงอกท่า PA จากระบบการสร้างภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ ของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[9] ที่กล่าวว่าการตั้งเทคนิคในการถ่ายภาพรังสี ด้วยระบบคอมพิวเตอร์มีแนวโน้มที่จะใช้ปริมาณรังสีในการสร้างภาพมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2566 (0.4 mGy)[10] พบว่าเทคนิคความต่างศักย์ 95 kV และ 120 kV มีค่าใกล้เคียงและต่ำกว่า ขณะที่เทคนิคความต่างศักย์ 105 kV มีค่าสูงกว่าค่าอ้างอิงเล็กน้อย (0.49 mGy) ซึ่งยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (DI) ผลการวิเคราะห์ค่า DI พบว่าทั้ง 3 เทคนิคให้ภาพที่มีคุณภาพอยู่ในช่วงที่เหมาะสม ($DI \pm 3$)[11] ในสัดส่วนที่สูง คือ 100%, 85% และ 91.66% สำหรับ 95 kV, 105 kV และ 120 kV ตามลำดับ โดยเทคนิค 95 kV ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (100%) ขณะที่เทคนิค 105 kV มีภาพ Underexposure 15% ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการวินิจฉัย การที่เทคนิค 120 kV มีค่า DI ที่เหมาะสมถึง 91.66% แม้จะใช้ปริมาณรังสีต่ำสุด แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเทคนิคนี้ในการให้ภาพที่มีคุณภาพดีด้วยปริมาณรังสีที่น้อย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของทั้ง 3 เทคนิคอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (4.83, 4.84 และ 4.87 สำหรับ 95 kV, 105 kV และ 120 kV ตามลำดับ) โดยเทคนิค 120 kV ได้คะแนนสูงที่สุดและมีสัดส่วนของภาพที่ได้คะแนนในช่วงคุณภาพดีมากถึง 100% ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการใช้เทคนิค 120 kV เนื่องจากสามารถให้คุณภาพภาพที่รังสีแพทย์พึงพอใจในระดับสูง พร้อมทั้งลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ ALARA (As Low As Reasonably Achievable)

จุดเด่นของการวิจัยนี้คือ การค้นพบว่าเทคนิคการถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วยความต่างศักย์ไฟฟ้า 120 kV สามารถช่วยลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับเทคนิค 95 kV และ 105 kV. แม้จะลดปริมาณรังสีลง แต่เทคนิค 120 kV ก็ยังคง รักษาคุณภาพของภาพ

ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และได้รับความพึงพอใจในระดับสูง โดยมีสัดส่วนภาพคุณภาพดีมากถึงร้อยเปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ เทคนิค 120 kV ยังให้ปริมาณรังสีที่ใกล้เคียงหรือต่ำกว่าค่าอ้างอิง ซึ่งตอกย้ำถึงศักยภาพในการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยไม่ลดทอนประสิทธิภาพในการวินิจฉัย แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ การที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรบกวนได้อย่างสมบูรณ์ ความแตกต่างของคุณลักษณะของผู้รับบริการระหว่างกลุ่ม การประเมินคุณภาพภาพโดยรังสีแพทย์เพียง 3 ท่าน และการศึกษาในโรงพยาบาลเดียวซึ่งอาจไม่สามารถนำผลไปใช้ได้ทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้เทคนิคความต่างศักย์ 120 kV เป็นเทคนิคมาตรฐานสำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เนื่องจากให้คุณภาพภาพที่ดีและลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับอย่างมีนัยสำคัญ

2. ควรปรับปรุงการใช้เทคนิคความต่างศักย์ 105 kV ทบทวนการตั้งค่าเพื่อลดปริมาณรังสีและปัญหา Underexposure โดยอาจจะใช้ระบบ Automatic exposure control : AEC ซึ่งควบคุมค่ากระแสหลอดคูณเวลา (mAs) ในการให้ปริมาณรังสีอัตโนมัติ โดยระบบจะทำหน้าที่หยุดการให้ปริมาณรังสีเมื่ออุปกรณ์รับภาพได้รับปริมาณรังสีที่เพียงพอตามที่กำหนด

3. จัดการฝึกอบรมให้นักรังสีการแพทย์เกี่ยวกับการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมตามหลักการ ALARA และการปรับค่าพารามิเตอร์ให้เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย

4. ควรขยายขนาดตัวอย่างเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้

5. ศึกษาประสิทธิภาพของเทคนิคต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูง

6. พัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยเลือกพารามิเตอร์ที่เหมาะสมสำหรับถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson K M, Thompson D R, Lee S. Impact of tube voltage on image quality and patient dose in chest radiography. Radiat Prot Dosimetry. 2024;189(1):78-86.
2. Lorusso J R, Fitzgeorge L, Lorusso D, Lorusso E. Examining Practitioners' Assessments of Perceived Aesthetic and Diagnostic Quality of High kVp-Low mAs Pelvis, Chest, Skull, and Hand Phantom Radiographs. J Med Imaging Radiat Sci 2015;46(2):162-73.
3. Smith J A, Anderson B, Wilson C. Optimization of radiation dose in digital chest radiography: A systematic review. J Radiol Imaging. 2023;45(3):234-42.
4. นัดฐา ทุมสิงห์, พัชรี เดชดี, สุวนันท์ ป้อมสุวรรณ์, เภาวรินทร์ ขยายวงศ์, พิชาญ แก้วพุกัม. การศึกษาค่ากิโลโวลต์สูงสุดที่เลือกถูกใช้ถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกสำหรับโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรังสีเทคนิค. 2564;46(1):8-15.
5. บรรจง เขื่อนแก้ว. บทนำสู่การสร้างภาพรังสีดิจิทัล. การสร้างภาพรังสีดิจิตอล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: การผลิตตำรา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
6. Xiaoming Zheng, Myeongsoo Kim, Sook Yang, Optimal kVp in chest computed radiography using visual grading scores: a comparison between visual grading characteristics and ordinal regression analysis [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/ 299561112_Optimal_kVp_in_chest_computed
7. ธวัชชัย วรพงศธร, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสาหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: http://advisor.namai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_ 2/HEALTH_Vol41 No2_02 . pdf

8. The American Association of Physicists in Medicine. AAPM Response in Regards to CT Radiation Dose and its Effects. December 17, 2009 [Internet]. 2009 [cited 2023 June 1]. Available from: http://w3.aapm.org/media/releases/CTDoseResponese.php.
9. บรรจง เขื่อนแก้ว, วิชัย วิชชาธรตระกูล, เอมอร ไม้เรียง, ปนัสดา อวิคุณประเสริฐ, คฑายุทธ นิกาพฤกษ์. การประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสีในการถ่ายภาพทรวงอกท่า PA จากระบบการสร้างภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ ของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2557;47(1):23-9.
10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2564.
11. ธัญรัตน์ ชูศิลป์, ฐิติพงศ์ แก้วเหล็ก. ตัวบ่งชี้ปริมาณรังสีในระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัล. วารสารรังสีเทคนิค. 2561;43(1):21-8.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในเครือข่ายโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม

Development of a Model for Prevention of Preterm Birth in the Hospital in Mahasarakham Province Network

อัมพร นาคสมบูรณ์*

Amporn Naksomboon

Corresponding author: E-mail; ampornjaa4450@gmail.com

(Received: August 6, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: September 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในเครือข่ายโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายคือ 1) ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 11 แห่ง (พยาบาลห้องคลอด/ฝากครรภ์ และแพทย์) รวมจำนวน 20 คน 2) สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน 3) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดในช่วงระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 120 คน การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม (Quantitative data) จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อย (Qualitative data) จากผู้ปฏิบัติ

ผลการวิจัย : พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สตรีตั้งครรภ์ 3) การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการใช้รูปแบบดังกล่าว พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 6.86 เป็น ร้อยละ 6.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในโรงพยาบาลเครือข่ายได้ โดยควรมีการขยายผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระยะยาว

คำสำคัญ : รูปแบบการดำเนินงาน; การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด; เครือข่ายโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purpose : To develop and evaluate the effectiveness of an operational model for preterm birth prevention within the hospital network of Mahasarakham Province.

Study Design : Action Research.

Materials and Methods : The target population included 1) 20 multidisciplinary team members (nurses in labor/antenatal care units and physicians) from 11 hospitals in Mahasarakham Province, and 2) 120 mothers who delivered preterm babies during the study period (December 1, 2023, to May 31, 2024). Quantitative data were collected using questionnaires and hospital databases, while qualitative data were gathered through in-depth interviews and focus group discussions.

Main Findings : The developed operational model consisted of four main components: 1) systematic screening and risk assessment, 2) health education and awareness for pregnant women, 3) multidisciplinary referral and care, and 4) continuous monitoring and evaluation. After the implementation of this model, the preterm birth rate among high-risk pregnant women showed a statistically significant decrease ($p<.05$). Additionally, healthcare professionals reported a high level of satisfaction with the operational model.

Conclusion and Recommendations : The developed operational model is effective in reducing the preterm birth rate in Mahasarakham Province. It can be adapted and utilized as a guideline for other hospital networks. Continuous scaling and further development are recommended to enhance its long-term effectiveness.

Keywords : Model development; Preterm birth prevention; Hospital network

* Registered nurse Professional level, Group health insurance, Mahasarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือการคลอดที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดทั่วโลก ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักมีน้ำหนักน้อย อวัยวะยังไม่เจริญสมบูรณ์เต็มที่ และมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อ และพัฒนาการล่าช้า[1-2] องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์กรพันธมิตรได้รายงานว่าทั่วโลกมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคนต่อปี โดยมากกว่า 1 ล้านคนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน และพบว่าประเทศในทวีปเอเชียและแอฟริกามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงที่สุด[3-4]

ในบริบทของประเทศไทย อัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศยังคงเป็นประเด็นที่น่ากังวล จากข้อมูลระดับประเทศในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2564–2566 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.32 ตามลำดับ ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9[5] ขณะที่ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งจังหวัดมหาสารคามเป็นสมาชิกอยู่ มีค่าเฉลี่ยอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่ร้อยละ 11.94[6] แม้ว่าจังหวัดมหาสารคามจะเคยมีแนวโน้มอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 (จากร้อยละ 6.95 เป็น 6.01)[7] แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมของเครือข่ายโรงพยาบาล ในจังหวัด พบว่าคุณภาพการดูแลยังมีความหลากหลายและมีปัจจัยเสี่ยงบางประการที่อาจถูกมองข้าม โดยเฉพาะในบริบทที่โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร[8]

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น การฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง การคัดกรองภาวะเสี่ยงตั้งแต่ไตรมาสแรก การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองภาวะทางพันธุกรรมและการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ รวมถึงการออกแบบ Care Plan รายบุคคลสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง[9-10] จังหวัดมหาสารคามได้นำแนวทางเหล่านี้มาปรับใช้ โดยมีการตรวจวัดความยาวปากมดลูก (Cervical Length: CL) การให้ยาโปรเจสเตอโรน การให้ยายับยั้งการคลอด และการเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ในระดับปฏิบัติการยังพบปัญหาด้านการประสานงานที่ไม่ครอบคลุม ข้อมูลภาวะเสี่ยงไม่ครบถ้วน และขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน[8]

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ยกระดับคุณภาพการบริการ และสอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในเครือข่ายโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart[11] ประกอบด้วยขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนปฏิบัติการ (Reflection) โดยมีขั้นตอน 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดมหาสารคาม 3) ระยะประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลา 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด จำนวน 5 คน และแพทย์ จำนวน 5 คน ในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม (ที่มีห้องคลอด) ทั้ง 11 แห่ง รวม 20 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม ช่วงอายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์ จำนวน 30 คน 2) มารดาที่คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม (ที่มีห้องคลอด) ทั้ง 11 แห่ง ในช่วงระยะเวลาการศึกษาระหว่าง 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่ เวชระเบียน และสถิติการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม (ที่มีห้องคลอด) ทั้ง 11 แห่ง

2) ระยะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการได้แก่ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

3) ระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม บันทึกการประชุม บันทึกผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้ระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เริ่มวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 โดยดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) 1) ประชุมชี้แจงแนวทางแก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2) วางแผนในการดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) ประสานงานกับ แพทย์ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ หัวหน้างานห้องคลอด ในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม (ที่มีห้องคลอด) 11 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน อธิบายโดยใช้เอกสารและการประสานงานทางกรุ๊ปไลน์ การเก็บข้อมูลในแบบฟอร์มรายงาน ก.2 4) ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีการบังคับและ 5)การเก็บข้อมูลในแบบฟอร์มรายงาน ก.2 จังหวัดมหาสารคาม บันทึกข้อมูลภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคาม โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแผนการดำเนินงานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 3) ขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้โครงการ PPA หญิงตั้งครรภ์และคณะกรรมการ Service plan สาขาสูตินรีเวช 4) นำแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ในโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม 5) ติดตามการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมและจัดทำแผนการดูแลเชิงรุกรายบุคคลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ 6) การออกเยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) สังเกตและบันทึกผลลัพธ์ จากการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผ่านระบบรายงาน และการ ติดตามในที่ประชุมระดับจังหวัด

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนปฏิบัติการ (Reflection) ประชุมสรุปบทเรียนในการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคาม และนำปัญหาสู่การปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัส MSKH_REC 66-02-125 ลงวันที่ 15 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. การดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการ 4 ระยะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการบูรณาการแนวคิดเชิงวิชาการเข้ากับการปฏิบัติจริง เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในระยะแรกคือขั้นวางแผน (Planning) โครงการได้ให้ความสำคัญกับการสร้างรากฐานที่แข็งแกร่งผ่านการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกับเครือข่ายอย่างเป็นระบบ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางและวัตถุประสงค์แก่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่งในจังหวัดมหาสารคาม รวมถึงแพทย์ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และหัวหน้างานห้องคลอด แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างความเข้าใจร่วมกันและความร่วมมือจากบุคลากรทุกภาคส่วน นอกจากนี้ การกำหนดแนวทางการเก็บข้อมูลในแบบฟอร์มรายงาน ก.2 อย่างชัดเจน และการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น กลุ่มไลน์ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้การติดตามผลลัพธ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

จากนั้นจึงเข้าสู่ระยะปฏิบัติการ (Action) ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติจริง โดยมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดมหาสารคามเป็นแกนหลักในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายภายใต้โครงการ PPA (Positive Preterm Prevention) รวมถึงการจัดทำแผนการดูแลเชิงรุกรายบุคคลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิดและเป็นรายบุคคล การเยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการให้ประสบความสำเร็จ โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สตรีตั้งครรภ์ 3) การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยรายละเอียดของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีดังนี้

1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบที่แผนกฝากครรภ์ ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure) ได้แก่ 1) ซักประวัติความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พร้อมบันทึกในสมุดฝากครรภ์ 2) ถ้ามาฝากครรภ์ครั้งแรก ตรวจปัสสาวะ Urine strip 4 แถบซ้ำ ถ้า Leukocyte ผล Positive ให้ส่งตรวจ UA เพื่อยืนยันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และตรวจซ้ำช่วงอายุครรภ์ 26 - 34 สัปดาห์ 3) ส่งตรวจ UA เมื่อมีประวัติปวดหน่วง ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่สุด 4) กรณีที่มีประวัติตกขาว คันช่องคลอด ส่งพบสูติแพทย์ เพื่อส่งตรวจภายใน (PV) ค้นหาการติดเชื้อในช่องทางคลอด (Vaginitis) และรับการรักษา 5) ส่งพบทันตกรรมเพื่อตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ และ 6) ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (On electronic fetal monitoring) ในรายที่มีความเสี่ยงต่อคลอดก่อนกำหนดทุกรายตั้งแต่ GA 28 wks. เป็นต้นไป

2. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแบบรายบุคคลทุกราย และเน้นย้ำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตามนัด 2) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ ผ่าน Line OA โรงเรียนพ่อแม่ มีข้อความอัตโนมัติเรื่องการคลอดก่อนกำหนด 3) สร้างสื่อให้ความรู้ผ่าน QR Code และ

ไลน์กรุ๊ปกลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ 4) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และรับฟังคำแนะนำพร้อมหญิงตั้งครรภ์

3. การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ 1) ดูแลส่งพบแพทย์ให้ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์เพื่อวัดความยาวของปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 18 - 22 สัปดาห์ทุกราย (กรณีตรวจพบปากมดลูกสั้น < 25 มิลลิเมตร หรือมีประวัติคลอดก่อนกำหนด รายงานสูติแพทย์เพื่อให้ได้รับยากันแท้ง ในช่วงอายุครรภ์ 16 -36 สัปดาห์ กรณีที่แพทย์สั่งยากันแท้งชนิดฉีด Proluton (Hydroxyprogesterone caproate) ดูแลให้มีใบฉีดยากันแท้ง และลงบันทึกการให้ยาทุกครั้ง และกรณีที่แพทย์สั่งยากันแท้งชนิดเหน็บทางช่องคลอด Utrogestan ให้คำแนะนำการเหน็บยาและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ) และ 2) กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งพบแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษาร่วมกัน

4. การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) มีการจัดทำกลุ่ม Line หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด เพื่อติดตามอาการให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง 2) ส่งต่อระบบ COCr[9] ระบบติดดาว เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พร้อมนัดหมายการฝากครรภ์ครั้งต่อไป และ 3) ติดตามการมาฝากครรภ์ตามนัด ในระหว่างการดำเนินงาน ระยะสังเกตการณ์ (Observation) ได้เผยให้เห็นถึงรูปแบบการดำเนินการพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 2) การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สตรีมีครรภ์ 3) การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบเหล่านี้บ่งชี้ถึงแนวทางที่ครอบคลุม ตั้งแต่การระบุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมความรู้ การประสานงานกับทีมผู้เชี่ยวชาญ ไปจนถึงการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

สุดท้ายระยะสะท้อนปฏิบัติการ (Reflection) ผลลัพธ์ที่ปรากฏคือความสำเร็จที่ชัดเจน ส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ บุคลากรผู้ให้บริการยังแสดงความพึงพอใจในระดับสูงต่อแนวปฏิบัติที่ช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น การนำปัญหา และอุปสรรคที่พบมาหารือเพื่อหาแนวทางปรับปรุงและพัฒนาในระยะต่อไป ยังแสดงให้เห็นถึงลักษณะของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพในงานบริการสาธารณสุข โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนี้เป็นตัวอย่างของการดำเนินงานที่วางแผน อย่างรอบคอบ ปฏิบัติการอย่างจริงจัง มีการสังเกตการณ์และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร

2. การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในเครือข่ายโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม

2.1 การดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในเครือข่าย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ตัวชี้วัดที่สำคัญมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้ อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ในกลุ่มที่ Spontaneous preterm labor) ลดลง จากร้อยละ 6.86 เป็นร้อยละ 6.30 อย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดำเนินการ แสดงถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ส่วนตัวชี้วัดด้านกระบวนการ ได้แก่ อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.66 เป็นร้อยละ 84.21 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (มากกว่าร้อยละ 80) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารและสร้างความตระหนักให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น อัตราการมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้นจาก

ร้อยละ 90.52 เป็นร้อยละ 94.74 ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 90) บ่งชี้ว่าแนวทางการติดตามและดูแลมีความต่อเนื่องและได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ แม้ว่าอัตราการได้รับการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อวัดความยาวปากมดลูกจะลดลงเล็กน้อย จาก 88.92% เหลือ 87.40% แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง แต่โดยรวมแล้วยังสามารถรักษามาตรฐานการตรวจคัดกรองความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี อัตราการได้รับยา Progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 42.85 เป็นร้อยละ 89.47 แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงกระบวนการวินิจฉัยและการให้ยาตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนดแบบฉับพลัน (Spontaneous preterm labor) ที่มีปากมดลูกเปิดแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.47 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (มากกว่าร้อยละ 80) แสดงให้เห็นถึงการดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที

โดยสรุปแล้ว ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าการนำรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมาใช้ส่งผลเชิงบวกต่อตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลของการพัฒนาก่อนและหลังการนำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม

ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
1. อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ในกลุ่มที่ Spontaneous preterm labor)	<8%	6.86	6.30
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	>80%	66.66	84.21
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง	>90%	90.52	94.74
4. ร้อยละการได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์ เพื่อวัดความยาวปากมดลูกผ่านทางหน้าท้อง หรือวัดทางช่องคลอด ในช่วงอายุครรภ์ 22-18 สัปดาห์	100%	88.92	87.40
5. ร้อยละการได้รับยา Progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ Spontaneous preterm birth และ/หรือ Short cervix ใน Preterm labor	100%	42.85	89.47
6. ร้อยละปากมดลูกเปิดแรกรับ < 3 เซนติเมตร ใน Spontaneous preterm labor	>80%	90.47	100.00

2.2 ความพึงใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก Mean = 4.75 (SD.=0.25) และมีความพึงพอใจรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม (n=20)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ	4.75	0.23	ดีมาก
2. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สตรีตั้งครรภ์	4.6	0.25	ดีมาก
3. การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ	4.5	0.28	ดีมาก
4. การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	4.65	0.24	ดีมาก
รวม	**4.63**	**0.25**	**ดีมาก**

2.3 ความพึงใจของผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์) ต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม ด้านการได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 (SD. = 0.24) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจในกระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ด้านการได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมากเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 4.75 (SD. = 0.23) บ่งชี้ว่าการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ชัดเจนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความพึงพอใจ ด้านการได้รับการติดตามและเยี่ยมบ้าน: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (SD. = 0.28) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลเชิงรุกและการติดตามอย่างใกล้ชิดมีคุณค่าต่อผู้รับบริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาล ในจังหวัดมหาสารคาม (n=30)

ประเด็นความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. การได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	4.65	0.24	ดีมาก
2. การได้รับความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว	4.75	0.23	ดีมาก
3. การได้รับการติดตามและยี่ยมบ้าน	4.50	0.28	ดีมาก
รวม	**4.63**	**0.25**	**ดีมาก**

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวทางการดูแลเชิงรุกและเป็นระบบสามารถลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้[12-13]รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก การส่งต่อและการดูแลแบบสหวิชาชีพ และการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) และแนวทางปฏิบัติระดับสากลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด[14-15] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การสร้างความร่วมมือแบบสหวิชาชีพและการใช้ข้อมูลจากระบบรายงานอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ[16]

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggar[11] มาใช้ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรในพื้นที่[8] การเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อโครงการอย่างแท้จริง อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[17] ความพึงพอใจในระดับสูงของผู้ให้บริการในทุกขั้นตอนจึงเป็นเครื่องยืนยันว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในเชิงผลลัพธ์ แต่ยังมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในสภาพแวดล้อมการทำงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลคุณภาพการตั้งครรภ์ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข[17-18]

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น การศึกษาผลในระยะสั้น (6 เดือน) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลกระทบในระยะยาว และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดในพื้นที่ ทำให้การนำผลไปสรุปอ้างอิงกับพื้นที่อื่น ๆ อาจต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวทางเชิงรุกผ่านเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมและเทคโนโลยีสนับสนุน เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถลดอัตราตายของทารกได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิด ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น ในการจัดบริการสุขภาพแม่และเด็กได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller A B, Kinney M, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in 2010 with trends since 1990 for 184 countries: a systematic analysis. Lancet. 2012;379(9832):2162-72.
3. Chawanpaiboon S, Vogel J P, Moller A B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling. Lancet Glob Health. 2019;7(1):e37-46.
4. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born too soon: The global action report on preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201205_bomtoosoon-report.pdf

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
7. กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานสถานการณ์และแนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดในจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2562-2564. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2565.
8. กัลยารัตน์ สุวรรณ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(2):255-68.
9. สุนทรี สุวรรณทิพย์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2567;41(1):50-64.
10. Chotikan S, Pongsatorn P, Suttinon P. The effectiveness of a multidisciplinary care model for preterm birth prevention in a community hospital in Thailand. Journal of Public Health and Development. 2024;22(1):89-102.
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, VIC: Deakin University Press; 1988.
12. Galtay H, Ebeid M, Abdel-Hamid K. The effectiveness of a multidisciplinary care model on preterm birth prevention in high-risk pregnant women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022; 35(16):3085-91.
13. Zera C A, O'Brien M E, O'Toole M Y, Shaughnessy M K, Simpson L L. Implementation of a preterm birth prevention program in a high-risk population. Matern Child Health J. 2021; 25(5):713-20.
14. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
15. March of Dimes. Preterm birth prevention: A comprehensive strategy for clinical care. White Plains, NY: March of Dimes; 2020.
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2565. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
17. สร้อยดาว วรวิบูลย์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขภาพกับการพยาบาล. 2566;38(2):120-35.
18. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2580. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

The Development of Care Guidelines for Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) at Pathumrat Hospital

ดวงใจ คำแหล่*

Duangjai Khumlae

Corresponding author: E-mail: dungjai2555@hotmail.com

(Received: August 6, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: September 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ 7 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม 10 คน และญาติ 30 คน และผู้ป่วยสำหรับทดลองใช้แนวทาง 30 คน เก็บรวบรวมโดย แบบสอบถามความต้องการแบบประเมินความเหมาะสม แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และแบบประเมินความพึงพอใจ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา One Sample t-test

ผลการวิจัย : พบปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การประเมินที่ยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยและรักษาล่าช้าเนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง และข้อจำกัดในการส่งต่อ ความต้องการจำเป็น (PNI) สูงสุดคือ ความพร้อมของแพทย์และพยาบาลในการรองรับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (PNI = 0.530) แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดกรองอาการโดยใช้แบบประเมินเจ็บหน้าอกจากกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลปทุมรัตต์ เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มโรค DM, HT, old MI ที่มาด้วยอาการ Dizzeness, Dyspepsia ให้ทำ EKG ทุกรายและทำระบบแจ้งเตือนในโปรแกรม HOSxP 2) ทำ EKG รายงานแพทย์อ่านผลภายใน 10 นาที 3) Consult cardio med โรงพยาบาลแม่ข่าย วินิจฉัยเป็น STEMI, ให้ยา Streptokinase โดยใช้ช่องทางด่วนเบิกยารอเพื่อลดระยะเวลาการให้ยา, Workshop เจ้าหน้าที่เรื่องการให้ยา Streptokinase บันทึกการให้ยาระบุเวลาให้ยา เวลายาหมดเพื่อให้ได้รับยาทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, ส่งข้อมูลใน Line ส่งต่อ STEMI fast track นำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาล 2 คน 5) การติดตามผลการรักษา ติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย และ 6) พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค AMI และระบบ EMS ให้ผู้ป่วยและญาติทราบอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาล ประเมินผลพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันเวลาระบบ Fast Track จำนวน 27 คน (90%), เข้ารับบริการโดยระบบ EMS จำนวน 15 คน (50%), ระยะเวลาเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Door-to-needle) เวลาเฉลี่ย 27 นาที จำนวน 25 คน (83.33%), Onset to Needle Time (OTN) เวลาเฉลี่ย 85 นาที จำนวน 21 คน (70%), อัตราการเสียชีวิต 0%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพการดูแล ดังนั้นจึงควรจัดอบรมพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดระบบ EKG แบบเรียลไทม์ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นนำแนวทางไปปรับใช้

คำสำคัญ: การพัฒนา; แนวทางการดูแลผู้ป่วย; ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Pupose : To study the problem, develop guidelines and evaluate the use of guidelines for the care of patients with ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) at Pathumrat Hospital.

Study design : Research and development (R&D).

Materials and methods : The target group consisted of 7 nurses and medical personnel for 10 focus group discussions, 30 patients and relatives, and 30 patients for trial use of the guidelines. Including semi-structured interviews, needs questionnaires, suitability assessment forms, and satisfaction assessment forms. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data using descriptive statistics, One Sample t-test.

Main finding : The main problems in caring for STEMI patients were found to be incomplete assessment, delayed diagnosis and treatment due to lack of specialized personnel, and limitations in referrals. The highest priority (PNI) was the readiness of doctors and nurses to support patients 24 hours a day (PNI = 0.530). The developed guidelines consisted of 6 steps. 1) Screening of symptoms using the chest pain assessment form for acute myocardial infarction patients at Pathumrat Hospital. Increase screening in DM, HT, old MI patients who present with dizziness, dyspepsia. Perform EKG in every case and create a notification system in the HOSxP program. 2) Perform EKG and report results to the doctor within 10 minutes. 3) Consult cardio med at the main hospital, announce FT, give SK medication using the express channel for waiting to reduce the time for giving medication, workshop for officers on giving SK medication, record medication giving, specify the time of medication giving, the time the medication expired in order to receive medication in time effectively. 4). Coordinate the transfer to the main hospital, Roi Et Hospital, send information in the line to forward STEMI FT, deliver the patient by 2 nurses. 5) Follow up on treatment results, follow up on home visits for every case. And 6) Chronic disease clinic nurses and hospital staff provide health education to patients about AMI and the EMS system, so that patients and their relatives know about emergency symptoms that require hospital visits. The evaluation found that 27 people (90%) entered the Fast Track process, 15 people (50%) received EMS services, the average door-to-needle time was 27 minutes for 25 people (83.33%), the Onset to Needle Time (OTN) was 85 minutes for 21 people (70%), and the mortality rate was 0%.

Conclusion and Recommendations : This research demonstrates that the aforementioned approach reduces mortality rates and enhances the quality of care. It is therefore recommended to implement continuous staff training and development programs, establish a real-time ECG system, and promote the adoption and adaptation of this approach by other community hospitals.

Keywords : Development; Patient care guidelines; Acute myocardial infarction (STEMI)

*Professional nurse specializing in emergency and forensic work, Pathumrat Hospital, Roi Et Province.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) หมายถึง โรคที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST-segment elevation สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วที่สุด คือควรได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดภายใน 120 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการโดยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกนับตั้งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจึงจะสามารถจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการตายได้ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) และการสวนหัวใจ ถือว่าเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานเพราะเป็นการเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (Reperfusion) โดยเร็วที่สุด เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจเพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกอย่างรวดเร็ว เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมงจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและหากนานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดจะไม่เกิดประโยชน์ในการรักษาหากผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 12 ชั่วโมง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก รายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก โดยระบุว่าจากตัวเลขการเสียชีวิต 56.9 ล้านรายในปี พ.ศ.2559 นั้นกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เชื่อมโยงกับสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี ประมาณว่าคนอเมริกามีอุบัติการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุก 25 วินาที และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2022 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 25 ล้านคน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดด้วยตัวเลขรวม 15.2 ล้านรายในปี พ.ศ.2559 และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตตลอด 15 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นรายเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการทบทวนสถานการณ์ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มารับบริการจำนวน 3, 7, และ 8 ราย ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8, 10 และ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10[1] จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบปัญหาสำคัญคือ (1) ความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา โดยพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง

โรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 45 นาที ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 30 นาที (2) การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย (3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบันและ (4) บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[2]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าภาวะหัวใจหลอดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่ประสงค์ให้ข้อมูลต่อ และ 2) เมื่อเกิดอาการป่วยกำเริบกะทันหัน (กรณีผู้ป่วย)

2. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 7 คน โดยจำนวนของกลุ่มเป้าหมายกำหนดตามแนวคิดของ Delbecq, et al. ที่พบว่า ขนาดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เหมาะสมที่สุดคือ 7-21 จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยกำหนดคุณสมบัติให้เป็นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ ER ที่อยู่ในช่วงการวิจัยและปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 5 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เมื่อไม่ประสงค์จะให้สัมภาษณ์จนจบ และ 2) เมื่อติดภารกิจเร่งด่วนขณะให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเกี่ยวกับสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

3. แบบประเมินความเหมาะสมและความไปได้ของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

4. แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

5. แบบบันทึกผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ การวิจัยนี้ดำเนินการในระยะเวลา 9 เดือน (ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568) การวิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ระยะที่ 3 นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดไปสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการส่งต่อ

เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและผู้ดูแล จำนวน 30 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 7 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ผู้วิจัยดำเนินการโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีร่วมกับการผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อยกร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นนำไปยืนยันความเหมาะสมและความเป็นไปได้ผ่านการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน ขนาดกลุ่มเป้าหมายกำหนดตามแนวคิดของ Krueger R & Casey M.[3] พบว่า จำนวนคนที่เหมาะสมสำหรับการสนทนากลุ่ม คืออยู่ระหว่าง 8 – 10 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 10 คน แบบประเมินความเหมาะสมและความไปได้ของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดไปสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในแผนก ER และ IPD โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ถูกพัฒนาขึ้น คือ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน[4] ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงให้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยประเมินผลใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังจากการใช้แนวทางการดูแลที่ถูกพัฒนาแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยการประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์จังหวัดร้อยเอ็ดที่ถูกพัฒนาขึ้น คือ ผู้ป่วย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ 1. แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด และ 2. แบบบันทึกผลการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ตัวแปรที่นำไปสู่การสร้างแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสรุปวิเคราะห์เนื้อหาและการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยการทดสอบแบบ One Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0882567 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. พบปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การประเมินที่ยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยและรักษาล่าช้าเนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทางและข้อจำกัดในการส่งต่อ

ความต้องการจำเป็น (PNI) สูงสุดคือ ความพร้อมของแพทย์และพยาบาลในการรองรับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (PNI = 0.530)

2. แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดกรองอาการโดยใช้แบบประเมินเจ็บหน้าอกจากกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลปทุมรัตต์ เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มโรค DM, HT, old MI ที่มาด้วยอาการ Dizzeness, Dyspepsia ให้ทำ EKG ทุกรายและทำระบบแจ้งเตือนในโปรแกรม HOSxP 2) ทำ EKG รายงานแพทย์อ่านผลภายใน 10 นาที 3) Consult cardio med โรงพยาบาลแม่ข่าย วินิจฉัยเป็น STEMI , ให้ยา Streptokinase โดยใช้ช่องทางด่วนเบิกยารอเพื่อลดระยะเวลาการให้ยา, Workshop เจ้าหน้าที่เรื่องการให้ยา Streptokinase บันทึกการให้ยาระบุเวลาให้ยาเวลายาหมดเพื่อให้ได้รับยาทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ประสานการส่งต่อโรงพยาบาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, ส่งข้อมูลใน Line ส่งต่อ STEMI fast track นำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาล 2 คน 5) การติดตามผลการรักษา ติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย 6) พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค AMI และระบบ EMS ให้ผู้ป่วยและญาติทราบอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางทั้ง 6 ขั้นตอน มีความเหมาะสมในระดับมากทุกขั้นตอน (Mean=4.10) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากเช่นกัน (Mean =4.17)

3. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันเวลาระบบ Fast Track จำนวน 27 คน (90%), เข้ารับการรักษาโดยระบบ EMS จำนวน 15 คน (50%), ระยะเวลาเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Door-to-needle) เวลาเฉลี่ย 27 นาที จำนวน 25 คน (83.33%), Onset to Needle Time (OTN) เวลาเฉลี่ย 85 นาที จำนวน 21 คน (70%), อัตราการเสียชีวิต 0%

วิจารณ์

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลระดับอำเภอในประเทศไทย โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งผลการศึกษา พบว่าปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ การประเมินที่ยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยและรักษาล่าช้าเนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง และข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีห้อง Cath Lab ซึ่งส่งผลให้ "Door-to-Balloon time" ล่าช้า นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลยังไม่รวดเร็วเพียงพอ และประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับอาการ STEMI ทำให้มาถึงโรงพยาบาลช้า และเมื่อพิจารณาสภาพปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39) โดยด้านความพร้อมในการจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.60) ขณะที่ความพร้อมของแพทย์และพยาบาลในการรองรับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.00) และในส่วนของสภาพที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.45) โดยด้านความชัดเจนในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.75) ขณะที่การประเมินผลการรักษาและการติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 4.25) ค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI) สูงที่สุด ได้แก่ ความพร้อมของแพทย์และพยาบาลในการรองรับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (PNI = 0.530) แสดงถึงความต้องการเร่งด่วนในการเพิ่มบุคลากรหรือปรับระบบเวรเพื่อรองรับผู้ป่วยเฉียบพลัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Preeyasaksakul & Thipsot[5] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการกำกับดูแลทางการพยาบาลสามารถเพิ่มคุณภาพของการส่งต่อผู้ป่วย STEMI เพื่อรับการรักษาด้วย Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kumwichar et al.[6] พบว่าการเข้าถึงการทำ Coronary Angiography (CAG) และ PCI มีความสัมพันธ์กับ

การลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและในระยะ 5 ปี ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และจากข้อมูลเหล่านี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเสริมสร้างความพร้อมของบุคลากร การพัฒนาระบบการส่งต่อ และการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการ STEMI เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิต

2. แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองอาการโดยใช้แบบประเมินเจ็บหน้าอกจากกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลปทุมรัตต์ เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มโรค DM, HT, old MI ที่มาด้วยอาการ Dizzeness, Dyspepsia ให้ทำ EKG ทุกรายและทำระบบแจ้งเตือนในโปรแกรม HOSxP 2) ทำ EKG รายงานแพทย์อ่านผลภายใน 10 นาที 3) Consult cardio med โรงพยาบาลแม่ข่าย วินิจฉัยเป็น STEMI , ให้ยา Streptokinase โดยใช้ช่องทางด่วนเบิกยารอเพื่อลดระยะเวลาการให้ยา, Workshop เจ้าหน้าที่เรื่องการให้ยา Streptokinase บันทึกการให้ยาระบุเวลาให้ยา เวลายาหมดเพื่อให้ได้รับยาทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ประสานการส่งต่อโรงพยาบาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, ส่งข้อมูลใน Line ส่งต่อ STEMI fast track นำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาล 2 คน 5) การติดตามผลการรักษาติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย และ 6) พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค AMI และระบบ EMS ให้ผู้ป่วย และญาติทราบอาการฉุกเฉินที่ต้องมาโรงพยาบาล

3. ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าแนวทางดังกล่าวมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 4.10) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในระดับมาก (Mean = 4.17) ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชนได้ ซึ่งแนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับ แนวคิดระบบบริการสุขภาพ (Health Care Delivery System) ซึ่งเน้นการจัดบริการอย่างมีลำดับขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การรักษา การส่งต่อ และการติดตามผล ทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิด “ระบบ Fast Track” ของการดูแลผู้ป่วย STEMI ซึ่งมีเป้าหมายในการลดระยะเวลา “Door-to-Balloon Time” หรือเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญต่ออัตรารอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Preeyasaksakul & Thipsot[5] ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบการกำกับดูแลทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย STEMI ช่วยเพิ่มคุณภาพการรับบริการ PPCI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเน้นบทบาทของพยาบาลในการประเมินและเตรียมผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ในทำนองเดียวกัน Kumwichar et al.[6] พบว่า การเข้าถึงการทำ Coronary Angiography และ PCI อย่างทันท่วงที มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและระยะ 5 ปี การพัฒนาแนวทางที่เสนอโดยโรงพยาบาลปทุมรัตต์จึงถือเป็นตัวอย่างของการประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) มาสู่บริบทปฏิบัติจริง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งในภาพรวมผลการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่สร้างแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย STEMI แต่ยังส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งยังเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลอื่นที่ประสบปัญหาในลักษณะเดียวกัน สามารถนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพไทยในการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเท่าเทียม

ผลการศึกษาปรากฏผลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพแบบ “Patient-Centered Care” และ “Time-sensitive

emergency care” ที่เน้นการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และทันเวลา โดยในด้านของแนวคิดทฤษฎี การออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตาม แนวคิดระบบ (Systems Theory) ของ Ludwig von Bertalanffy ที่มองว่าการดำเนินการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นระบบหนึ่งที่ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยหลายส่วน เช่น การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ การติดตามผล ฯลฯ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบต้องทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ หากระบบย่อยใดล้มเหลวจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์โดยรวม การที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์สามารถพัฒนาแนวทางที่บูรณาการทุกขั้นตอนได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น ระยะเวลา door-to-needle ที่เฉลี่ยเพียง 27 นาที ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ของ AHA และ WHO ที่แนะนำให้ได้รับยาภายใน 30 นาที แสดงถึงความสอดคล้องของระบบภายในและความพร้อมของบุคลากร อีกทั้งผลการศึกษายังสะท้อนแนวคิด Donabedian Model ของ Avedis Donabedian ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพบริการสุขภาพในสามมิติ ได้แก่ (1) โครงสร้าง (Structure) เช่น ความพร้อมของ EMS, เครื่องมือ, และบุคลากร (2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การคัดกรอง การส่งต่อ การให้ยาฉุกเฉินที่รวดเร็ว และ (3) ผลลัพธ์ (Outcome) เช่น ระยะเวลาในการให้ยา การลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งในกรณีนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 0% ถือเป็นผลลัพธ์ที่ยอดเยี่ยม สะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้จริง และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันได้อย่างเป็นระบบสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา บัวแก้ว[7] ที่ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การพัฒนาแนวทางที่ชัดเจน มีระบบ Fast Track และประสานงานกับ EMS อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับพรรณวดี ศรีสมบูรณ์[8] พบว่า แนวทางการจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วย STEMI ผ่านระบบ Refer แบบเร่งด่วน ว่ามีผลต่อการลดระยะเวลาและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการส่งต่อที่รวดเร็ว (Mean =4.40) รองลงมาคือการรักษาเบื้องต้นที่ปลอดภัยใน ER (Mean =4.30) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับ “เวลา” และ “ความปลอดภัย” ในการรับบริการฉุกเฉินอย่างมาก ความพึงพอใจในระดับสูงนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด “Service Quality” ของ Parasuraman, Zeithaml & Berry[9] ที่เน้นมิติของความน่าเชื่อถือ (Reliability) และการตอบสนอง (Responsiveness) เป็นหลัก โดยเฉพาะในภาวะที่ต้องการการดูแลแบบทันทีทันใด ซึ่งสรุปได้ว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีความชัดเจน ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการติดตามผล สามารถลดระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา เพิ่มความปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ป่วยในเชิงความพึงพอใจ และสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนที่สามารถพัฒนาให้เทียบเท่ากับมาตรฐานสากลได้อย่างแท้จริง โดยมีรากฐานจากแนวคิดทางทฤษฎีด้านระบบบริการสุขภาพและการจัดการคุณภาพบริการเป็นหลัก

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ จุดเด่น ของการวิจัยครั้งนี้คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้สถิติที่ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ**ข้อจำกัดของการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้ทุนส่วนตัว ไม่ได้รับทุนการวิจัย จึงไม่สามารถทำการวิจัยโดยใช้ระยะเวลาที่มากกว่านี้ได้

ข้อเสนอแนะ

แนวทางที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพ (Health Care Delivery System) และระบบ Fast Track ที่เน้นการลด Door-to-Balloon Time ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลา door-to-needle เฉลี่ย 27 นาที ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ AHA และ WHO ที่แนะนำให้ได้รับยาภายใน 30 นาที อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 0% แสดงถึงประสิทธิผลของแนวทางในการลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยให้ความพึงพอใจสูงสุด

ในด้านการส่งต่อที่รวดเร็ว (Mean =4.40) สะท้อนความสำคัญของ "เวลา" และ "ความปลอดภัย" ในการรับบริการฉุกเฉิน จึงควรจัดอบรมพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดระบบ EKG แบบเรียลไทม์ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นนำแนวทางไปปรับใช้ รวมทั้งควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบ Multi-center เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

เอกสารอ้างอิง

1. งานเวชระเบียน. ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลปทุมรัตต์: จังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
2. ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT). รายงานการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลปทุมรัตต์: จังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
3. Krueger R, Casey M. Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research; 2009.
4. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis; 2009.
5. Preeyasaksakul C, Thipsot P. Effects of Nursing Supervision System Development for Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) to Increase the Quality of Primary Percutaneous Coronary Intervention Received at Phrapokklao Hospital. Phrapokklao Journal. 2023;41(1):104-15.
6. Kumwichar P, Thungthong J, Liabsuetrakul T, Tachimori H, Hosozawa M, Saito E, et al. Impact of access to coronary angiography and percutaneous coronary intervention on in-hospital and five-year mortality in patients with acute coronary syndrome: a propensity-matched cohort study in Thailand. Global Health Research and Policy. 2024;9(48).
7. กาญจนา บัวแก้ว. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):55–67.
8. พรรณวดี ศรีสมบูรณ์. ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42(3):112–25.
9. Parasuraman A, Zeithaml V A, Berry L L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing. 1985;49(4):41–50.

การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
The implementation of road accident prevention and resolution in Nadun District, Maha Sarakham Province

สมัย ทองพูล*
Samai Thongpool
Corresponding author: E-mail: mikethong7722@gmail.com
(Received: August 6, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: September 13, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบ การพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2567 ศึกษาในคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และส่วนท้องถิ่น โดยดำเนินงานผ่าน 4 ระยะหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา การประชุม การสังเกตการปฏิบัติงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) รูปแบบการการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน ใช้กลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอและส่วนท้องถิ่นอย่างบูรณาการ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และรณรงค์ขับขี่ปลอดภัยในทุกพื้นที่และสถานศึกษา โดยพัฒนาเป็น NADUN Model (N=Network, A=Action, D=Development, U=Unity, N=No Accident) หมายถึง “การพัฒนา ลงมือปฏิบัติโดยภาคีมีส่วนร่วมอย่างเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน” 2) ผลการพัฒนาทำให้เยาวชนมีวินัยจราจร รู้จักการสวมหมวกนิรภัย และมีทักษะ “วัคซีนจราจร” ในการเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน โรงเรียนมัธยมทั้ง 2 แห่งจัดทำ MOU ร่วมกับ ศปถ.อำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้สโลแกน “ชาวนาดูนมีวินัย ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย 100%” เกิดพื้นที่ต้นแบบสวมหมวกนิรภัยครบทุกตำบลและหมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ จำนวน 9 หมู่บ้าน การสอบสวนอุบัติเหตุเสียชีวิตดำเนินการครบ 100% มีการบริหารจัดการข้อมูลความเสี่ยง 3 ด้าน (จุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง) ช่วงเทศกาลมีการตั้งด่านหลัก-ด่านรองครอบคลุมทางออกสู่ถนนหลัก และแก้ไขจุดเสี่ยงสำคัญได้ 12 ใน 17 จุด (70.58%) การสะท้อนข้อมูลในเวทีประชุมประจำเดือน สร้างขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลงจาก 1,499 เหลือ 1,175 ครั้ง (ลดลง 21.6%) ผู้บาดเจ็บลดจาก 1,798 เหลือ 1,506 ราย (ลดลง 16.2%) และผู้เสียชีวิตลดจาก 42 เหลือ 39 ราย (ลดลง 7.1%) พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและไม่สวมหมวกนิรภัย ก็ลดลงทั้งช่วงปกติและเทศกาล และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจากความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอและส่วนท้องถิ่นร่วมกับหัวหน้าส่วนราชการ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. กำนันผู้ใหญ่บ้านและประชาชนทุกฝ่ายทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการตั้งแต่การวางแผน ดำเนินงาน ติดตามผล และสะท้อนผลลัพธ์ ทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การขับเคลื่อนกลไกการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน เป็นกระบวนการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ทั้งการรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมลงมือปฏิบัติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การมีคำสั่งแต่งตั้งที่ชัดเจน การวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การให้ความสำคัญจากผู้บริหาร การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการนิเทศ ติดตาม และควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่องในเชิงบวก กระบวนการทั้งหมดสรุปเป็น NADUN Model (N= Network, A= Action, D= Development, U= Unity, N= No Accident) ซึ่งหมายถึง “การพัฒนาและลงมือปฏิบัติ โดยภาคีมีส่วนร่วมอย่างเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน”

คำสำคัญ: การป้องกัน; อุบัติเหตุทางถนน; อำเภอนาดูน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purposes : To study and analyze the patterns, development, and success factors in driving the prevention and resolution of road traffic accidents in Nadun District, Maha Sarakham Province.

Study Design : This study was conducted as action research.

Materials and Methods : The research was conducted from October 2021 to July 2024, focusing on the committees of the District Road Safety Operations Center and local authorities. It was carried out through four main phases: planning, action, observation, and reflection. Data were collected through situation and problem analysis, meetings, observation of operations, and knowledge exchange forums. Data analysis employed descriptive statistics and content analysis.

Main findings : 1) The operational model for preventing and addressing road traffic accidents in Nadun District utilized an integrated mechanism involving the District Road Safety Operations Center and local authorities. Workshops were held, committees were appointed, and safe driving campaigns were conducted across all areas and schools. This approach was developed into the NADUN Model (N = Network, A = Action, D = Development, U = Unity, N = No Accident), meaning "Development and action with full participation of all partners as one unit to achieve sustainable road safety" 2) The interventions enhanced traffic discipline among youth, promoted helmet use, and equipped them with "traffic vaccines" to survive road hazards. Both secondary schools signed MOUs with the District Road Safety Operations Center and relevant agencies under the slogan "Nadun residents are disciplined, drive safely, and wear helmets 100%." This created model helmet-use areas in all sub-districts and nine alcohol-free model villages. Accident investigations for fatalities were completed fully, and risk data were managed across three dimensions: hazardous locations, high-risk groups, and risky behaviors. During festivals, main and secondary checkpoints were established covering roads leading to major routes, and 12 of 17 critical risk points (70.58%) were mitigated. Monthly reflection meetings-built staff morale, resulting in a reduction of accidents from 1,499 to 1,175 cases (21.6%), injuries from 1,798 to 1,506 cases (16.2%), and fatalities from 42 to 39 cases (7.1%). Risky behaviors, such as alcohol consumption and not wearing helmets, decreased during both normal periods and festivals. And 3) The key success factors included strong collaboration among the District Road Safety Operations Center committees, local authorities, department heads, health officers, village health volunteers, sub-district leaders, and the community. All parties worked together in an integrated manner from planning and implementation to monitoring and reflection resulting in effective and sustainable road safety outcomes.

Conclusion and recommendations : The road accident prevention mechanism in Nadun District was driven through full participation from all sectors, involving shared responsibility, joint planning, problem-solving, and action. Key success factors included clear appointment orders, systematic planning and implementation, strong support from administrators, staff motivation, and continuous positive supervision and monitoring. The entire process was summarized as the NADUN Model (N = Network, A =

Action, D = Development, U = Unity, N = No Accident), meaning “Development and action with full participation of all partners as one unit to achieve sustainable road safety.”

Keywords : Prevention; Road Traffic Injuries; Nadun District

*****Public Health Technical, Officer Professional Level, Nadun District Public Health Office, Maha Sarakham Province.

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2561 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกราว 1.35 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ยกว่า 3,700 รายต่อวัน[1] ประเทศไทยอยู่ในอันดับ 9 ของโลกในด้านอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีอัตราผู้เสียชีวิต 32.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน หรือประมาณ 22,491 รายต่อปี และร้อยละ 74.4 ของผู้เสียชีวิตเกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก[2-3] โดยการจดทะเบียนรถจักรยานยนต์สะสมอยู่ที่ 22.14 ล้านคัน คิดเป็นร้อยละ 52.66 ของยานพาหนะทั้งหมด อุบัติเหตุทางถนนยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของเยาวชนอายุ 15–19 ปี[4-5] ส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงงบประมาณที่ภาครัฐต้องใช้ในการเยียวยา และป้องกัน โดยเฉพาะช่วงเทศกาลสำคัญ[3,6,7] จากระบบข้อมูล Injury Data Collaboration Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559–2565) จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง[8] กลุ่มเยาวชนชายอายุ 15–19 ปีมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 77.53 ของผู้เสียชีวิตเพศชายทั้งหมด ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดมหาสารคามอยู่ใน 20 จังหวัดที่ต้องดำเนินมาตรการป้องกันและลดอุบัติเหตุอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นเมืองการศึกษา มีการเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์จำนวนมากและมีการขยายเส้นทางคมนาคมหลายแห่ง[4,6,9,10] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2562–2564 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 248–254 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 16.72 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน แม้ว่าจะบรรลุเป้าหมายขั้นต่ำตามเกณฑ์ไม่เกิน 21.21 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายของกรอบปฏิญญามอสโก (<10 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขับขี่เร็ว การไม่สวมหมวกนิรภัย และสิ่งกีดขวางทางจราจร อำเภอนาดูน เป็น 1 ใน 13 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม มีถนนหลวงแผ่นดิน 2 เส้นและถนนชนบท 2 เส้น โดยเฉพาะทางหลวงแผ่นดิน 2045 มีการจราจรคับคั่งและเป็นจุดเกิดอุบัติหมู่ ส่งผลให้เกิดนักเรียนบาดเจ็บ 52 ราย ทำให้อำเภอถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดงของจังหวัด ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2561–2564 พบผู้เสียชีวิต 42 ราย โดยปี พ.ศ.2564 มีผู้เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราตาย 27.73 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน ที่ผ่านมา เครือข่ายอำเภอนาดูนได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบล ครอบคลุมทั้ง 9 ตำบล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการบริหารจัดการข้อมูลเชิงระบบเพื่อสร้างความปลอดภัยอย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบ พัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การแก้ไขปัญหา โดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ประชากรเป้าหมาย

ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2567 ดำเนินการศึกษาในคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (คปถ.อำเภอ) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คปถ.อปท.) ทั้ง 9 แห่ง คือบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ/ ศปถ.อปท. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพื้นที่ต้นแบบสวมหมวกนิรภัย 9 ตำบลๆละ 1 แห่ง และ หมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ (งานบุญปลอดเหล้า) 9 ตำบลๆละ 1 หมู่บ้าน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณจากรายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลนาดูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แบบวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตุการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่มและแบบการถอดบทเรียนจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เตรียมการก่อนการวิจัย เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์รูปแบบและศึกษาสภาพปัญหา มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับตำบล อำเภอ วิเคราะห์สภาพปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ที่ผ่านมาในปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2563 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล รพสต. และ โรงพยาบาลนาดูน ศึกษาระเบียบ ข้อบังคับ นโยบายการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนทั้งช่วงปกติ และช่วงเทศกาล เสนอปัญหาจุดเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง แนวทางแก้ไข ผ่านการบูรณการร่วมกันของ ศปถ.อำเภอ ท้องถิ่น และ พชอ.

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน เช่น ข้อมูลถนน ข้อมูลทางสังคม การเมือง การปกครอง บริบทชุมชน ประเพณี ฯลฯ และ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างกลไก ศปถ.อำเภอ /อปท. บุคลากรสาธารณสุข, ครู, อปท, ตำรวจ, ผู้นำชุมชน, ประชาชนทั่วไป และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ช่วงปกติ และช่วงเทศกาล ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2567 โดยกิจกรรมสำคัญดังนี้ 1) การประชุม ศปถ. อำเภอ ผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการไตมาสละ 1 ครั้ง และการประชุม ศปถ. อปท. ผ่านการประชุมเวทีการประชุมของสภาตำบล 2) การพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ ศปถ. อำเภอ และทีมสหวิชาชีพในการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ทั้งในช่วงปกติ ช่วงเทศกาล และสะท้อนข้อมูลกลับเวที ศปถ.อำเภอ/อปท. เพื่อเสนอแนวทางและร่วมกันแก้ไขจุดเสี่ยงของอำเภอ 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสวมหมวกนิรภัย 100 % ในพื้นที่ต้นแบบทุกตำบลๆ ละ 1 หน่วยงาน และโรงเรียน 4) การดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ (งานบุญปลอดเหล้า) 100% ตำบลๆละ 1 หมู่บ้าน การจัดตั้งด่านชุมชน ช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ และคัดเลือก หนึ่งตำบล หนึ่งถนนปลอดภัย และ 5) การประชุมถอดบทเรียนการจัดการ การป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมด่านหลัก ด่านรอง การสนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อประเมินและติดตามการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในเชิงมาตรการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประชุมถอดบทเรียน คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา สะท้อนผลการปฏิบัติงาน

หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และนำข้อสรุป ข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง แก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลัง พัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วม และปรับแผนปฏิบัติการใหม่ การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในวงรอบต่อไปและการมอบเกียรติบัตร สร้างขวัญกำลังใจ ชุมชน หน่วยงาน

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผล สรุปโดยรวมถึงผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ว่ามีความก้าวหน้า จุดเด่น ความสำเร็จการดำเนินงาน เช่น ความร่วมมือของหลายภาคส่วน การบังคับใช้กฎหมาย การใช้เทคโนโลยีในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนน ปัญหาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เช่น มีการลดลงของอุบัติเหตุ การมีส่วนร่วมมากขึ้น หรือยังมีประเด็นที่ต้องเร่งแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาในอนาคต โดยใช้กลไกที่ประชุม ศปถ. อำเภอ/อปท. และ พชอ. โดยสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการชี้แจง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายคุณลักษณะทั่วๆ ไป ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ สำหรับตัวแปรแจงนับ สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนาดูน เลขที่ใบรับรอง ND19/2566 เมื่อ 1 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะของการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการก่อนการวิจัย เป็นการวิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา ด้านสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2563 โดยพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2560–2563 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลนาดูน พบว่าเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 434, 475, 365 และ 226 ครั้ง ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บมีจำนวน 526, 545, 389 และ 336 ราย และผู้เสียชีวิต 12, 7, 11 และ 12 ราย ตามลำดับ รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุสูงที่สุด โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการล้มเองหรือชนสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ การชนกันระหว่างรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 13.05 และการชนระหว่างรถยนต์กับจักรยานยนต์ ร้อยละ 8.86 ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 20.44 และการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัด ร้อยละ 92.06 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 24.00–08.00 น. คิดเป็นร้อยละ 44.63 สำหรับจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน พบทั้งหมด 17 จุด แยกเป็น ลักษณะผิวถนนไม่เรียบ ขรุขระ 3 จุด ถนนเป็นหลุ่มหรือแตก 4 จุด ถนนที่มีสิ่งบดบังทัศนวิสัย 3 จุด ถนนเป็นมุมอับสายตา 2 จุด ทางโค้ง 2 จุด และถนนที่เป็นทางตัด ทางแยกขึ้นลงเนิน หรือทางร่วม 3 จุด

2) การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ก่อนดำเนินการวิจัย การป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนดำเนินตามแนวทางของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ ผ่านกระบวนการวางแผนปฏิบัติการตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล แต่รูปแบบการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานยังดำเนินแยกกันและไม่เป็นรูปธรรม เช่น ตำรวจดำเนินงานเฉพาะเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ปกครองและป้องกันสาธารณภัยเน้นช่วงเทศกาล โรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพรับผู้ป่วยตามเหตุการณ์จริง ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ให้ความสำคัญเพียงพอ ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการประสานงานและขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วน จากรายงานมรณบัตรของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 อำเภอนาดูนถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดงของจังหวัดมหาสารคาม มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 12 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 32.09 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน

ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดและสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเริ่มพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยใช้กระบวนการ PAOR ซึ่งเน้นการวางแผน ปฏิบัติ ติดตามผลและสะท้อนผลอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ที่เป็นการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของอำเภอนาดูน ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดมหาสารคาม ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 65 กิโลเมตร มีถนนสายสำคัญคือ ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2045 ซึ่งเป็นทางสายรองเชื่อมจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ตัดผ่านอำเภอเป็นระยะทางประมาณ 15 กิโลเมตร โดยมีจุดเสี่ยงหลายจุด โดยเฉพาะจุดตัดสามแยกเข้าตัวอำเภอ ซึ่งมักเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจร อำเภอนาดูนยังมีงานประเพณีสำคัญคือ งานนมัสการพระธาตุนาดูน จัดขึ้นในช่วงเดือนกุมภาพันธ์เป็นเวลา 9 วัน ประชาชนจากหลายพื้นที่เดินทางเข้าร่วมจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้ง นอกจากนี้ ยังศึกษาข้อมูลด้านสังคม การเมืองการปกครอง บริบทอำเภอ และประเพณีท้องถิ่น เพื่อใช้ประกอบการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุอย่างเหมาะสม

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานสร้างกลไก ศปถ.อำเภอ/อปท. วันที่ 23 พฤษภาคม 2565 กลุ่มเป้าหมาย 50 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข, ครู, อปท., ตำรวจ, ผู้นำชุมชน, ประชาชนทั่วไปและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ระดับอำเภอและอปท. ทุกแห่ง กรอบแนวคิดการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิด 1.1) แนวทางป้องกันอุบัติเหตุโดยการรณรงค์สร้างความเข้าใจในพื้นที่ (สวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ) ได้วิเคราะห์จุดเสี่ยง สภาพถนนในพื้นที่ไม่ได้มาตรฐาน 1.2) ขับขี่ปลอดภัยในสถานศึกษา เช่น ขับรถด้วยความเร็วไม่เกินกฎหมายกำหนด ขับขี่ตามกฎหมายจราจร การรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย และ สร้างวินัยบ่มเพาะจิตสำนึกแก่เด็กโดยให้สถานศึกษาจัดกิจกรรมเกี่ยวกับวินัยจราจร และ 1.3) ปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนรู้จักวินัยจราจรและการสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยการจัดทำสื่อการเรียนการสอนในห้องเรียน จัดกิจกรรมให้เด็กนักเรียนมีส่วนร่วม และการจัดให้มีป้ายแจ้งเตือนในชุมชนและเส้นทางหลัก

2) การประชุมคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ/อปท. เพื่อวางแผนการดำเนินงาน คืนข้อมูลอัตราการเกิดอุบัติเหตุ จัดทำแผนปฏิบัติงานการขับเคลื่อนตามนโยบาย “ตำบลขับขี่ปลอดภัย” โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ/อปท. และ คณะอนุกรรมการฯ จำนวน 6 ครั้ง การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน สิ่งที่ได้จากการประชุม ดังนี้ 2.1) แจ้งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน ศปถ.อปท.ทุกแห่ง กำหนดบทบาทหน้าที่ 2.2) การสำรวจแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ และแนวทางแก้ไข 2.3) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ ขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย โดยผู้ปกครอง และเด็ก ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัย รวมถึงการจัดการเรียนการสอน พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เกิด “1 ท้องถิ่น 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ” 2.4) การด่านชุมชนตามเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ 2.5) การรณรงค์และขับเคลื่อนวาระจังหวัดมหาสารคามสวมหมวกนิรภัย 100% 3.6) การดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนมัธยมศึกษา/โรงเรียนขยายโอกาสต้นแบบขับขี่จักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย เพื่อให้เกิด “1 อำเภอ 1 โรงเรียนปลอดภัย”

2. การปฏิบัติ (Action) การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงปกติและช่วงเทศกาล ระหว่างปีงบประมาณปี พ.ศ. 2564-2567 โดยกิจกรรมสำคัญดังนี้ 1) การประชุม ศปถ. อำเภอ ผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ไตมาสละ 1 ครั้งและการประชุม ศปถ. อปท. ผ่านการประชุมเวทีการประชุมของสภาตำบล เพื่อประชุมเตรียมการก่อนในเทศกาลสำคัญ

ปีใหม่ สงกรานต์ งานนมัสการพระธาตุ พร้อมประชุมสรุปผลถอดบทเรียนหาจุดอ่อน จุดแข็งของการดำเนินและหาโอกาสในการพัฒนาช่วงหลังเทศกาล 2) การพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการ ศปถ. อำเภอ และทีมสหวิชาชีพ ในการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ทั้งในช่วงปกติ ช่วงเทศกาล และสะท้อนข้อมูลกลับเวที ศปถ.อำเภอ/อปท. เพื่อเสนอแนวทางและร่วมกันแก้ไขจุดเสี่ยงของอำเภอ 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสวมหมวกนิรภัย 100 % ในพื้นที่ต้นแบบทุกตำบลๆ ละ 1 หน่วยงาน และโรงเรียน ในวันที่ 20 มกราคม 2566 ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ครู อปท. ตำรวจ ผู้นำชุมชนประชาชนทั่วไปและเครือข่าย ออกประชาคมในพื้นที่ต้นแบบสวมหมวกนิรภัย จำนวน 9 ครั้ง และสุ่มเก็บข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยก่อน -หลัง ดำเนินกิจกรรม “ชาวนาดูนมีวินัย ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย 100%” ในเขตเทศบาลนาดูน ช่วงเช้าเวลา 08.30-09.30 น. จำนวน 19 ครั้ง พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 21.76 สุ่มสำรวจพบ ผู้ประสพภัยจากรถจักรยานยนต์ ใน 9 หมู่บ้าน รถจักรยานยนต์ จำนวน 873 คัน มี พรบ.จำนวน 435 คัน คิดเป็นร้อยละ 49.82 ไม่มี พรบ.จำนวน 438 คน คิดเป็นร้อยละ 50.18 4) จัดประชาคมหมู่บ้าน จำนวน 9 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม –กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ (งานบุญปลอดเหล้า) 100% ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน และประกาศเป็นแนวปฏิบัติของหมู่บ้าน มีการจัดตั้งด่านชุมชน ช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ และคัดเลือกหนึ่งตำบลหนึ่งถนนปลอดภัย และ 5) การประชุมถอดบทเรียนการจัดการ การป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอำเภอ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล นำประเด็นปัญหาอุบัติเหตุทางถนน บรรจุเข้าเทศบัญญัติ และข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่

3. การสังเกต (Observation) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมด่านหลักด่านรอง การสนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อประเมินและติดตามการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนทั้งในเชิงมาตรการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ การขับเคลื่อนกลไกการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน เป็นกระบวนการให้ทุกคนร่วมรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือทำ มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจนทั้งช่วงปกติและช่วงเทศกาลสำคัญของอำเภอ มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ผู้บริหารให้ความสำคัญโดยท่านนายอำเภอเป็นประธานในการจัดการประชุมทุกครั้ง มีการสร้างขวัญและกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน นิเทศติดตามควบคุมกำกับการดำเนินงานเชิงบวกอย่างต่อเนื่องจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งการตรวจเยี่ยมด่านหลักด่านรอง

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตตลอดทั้งปี ระหว่างปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2564-2567 จัดประชุมถอดบทเรียน คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา สะท้อนผลการปฏิบัติงาน หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และนำข้อสรุป ข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง แก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วม และปรับแผนปฏิบัติการใหม่ การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในวงรอบต่อไป 1) ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต (ปีงบประมาณ 2564–2567) การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังพบว่า จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลงจาก 1,499 ครั้ง (ปีงบประมาณ 2560–2563) เหลือ 1,175 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.6 จำนวนผู้บาดเจ็บลดจาก 1,798 ราย เหลือ 1,506 ราย (ร้อยละ 16.2) และผู้เสียชีวิตลดจาก 42 ราย เหลือ 40 ราย (ร้อยละ 4.8) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนในอำเภอนาดูนช่วงปีงบฯ 2560–2563 อยู่ระหว่าง 18.72–32.09 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบฯ 2564–2567 พบแนวโน้มลดลงชัดเจนในปี พ.ศ.2565 (10.69 ต่อประชากรแสนคน) 2) พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

จากการสำรวจพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยบริเวณสี่แยกที่ว่าการอำเภอนาดูน จำนวน 4 ครั้ง พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยครั้งที่ 1 มีผู้สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 22.41 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 23.52 ครั้งที่ 3 ร้อยละ 22.24 และครั้งที่ 4 ลดลงเหลือร้อยละ 19.05 แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลใน พื้นที่ต้นแบบสวมหมวกนิรภัย พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงลดลงและอัตราการสวมหมวกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกตำบล ได้แก่ ตำบลนาดูน จากร้อยละ 16.57 เป็น 29.89 ตำบลหนองไผ่ จากร้อยละ 18.75 เป็น 31.43 ตำบลหนองคู จากร้อยละ 13.51 เป็น 24.32 ตำบลดงบัง จากร้อยละ 15.79 เป็น 25.71 ตำบลดงดวน จากร้อยละ 13.89 เป็น 21.05 ตำบลหัวดง จากร้อยละ 15.38 เป็น 25.93 ตำบลดงยาง จากร้อยละ 12.90 เป็น 24.24 ตำบลกู่สันตรัตน์ จากร้อยละ 14.29 เป็น 27.03 และตำบลพระธาตุ จากร้อยละ 11.76 เป็น 29.03 กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุดคือ 50–59 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15–19 ปี และ 25–29 ปี ส่วนประเภทถนนที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ ถนนทางหลวงชนบท และยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดยังคงเป็น รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 84.33, 82.04, 78.20 และ 80.07 ในปีงบประมาณ 2564–2567 ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนว่าการป้องกันอุบัติเหตุโดยการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยยังต้องดำเนินการต่อเนื่อง ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย และเน้นการสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมปลอดภัยอย่างยั่งยืน และ 3) ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูนระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2564–2567 อำเภอนาดูนได้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มใช้กลไก “ศปถ.อำเภอ” อย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ.2554 พร้อมทั้งประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) และบูรณาการกับ พชอ. โดยมีสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เลขานุการ ได้จัดตั้งทีม ศปถ.ท้องถิ่น 9 แห่ง พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและสอบสวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดประชุมคืนข้อมูลเพื่อหาแนวทางแก้ไขและให้ข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องในการจัดการปัญหา 17 จุดเสี่ยง พบว่าชุมชนสามารถแก้ไขได้เอง 12 จุด และรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอีก 5 จุด ส่งผลให้จำนวนอุบัติเหตุลดลง 21.6% ผู้บาดเจ็บลดลง 16.2% และผู้เสียชีวิตลดลง 4.8% โดยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังได้พัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมปลอดภัย เช่น การขับขี่จักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย และการสร้างหมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับภายใต้การขับเคลื่อนวาระจังหวัดมหาสารคาม “สวมหมวกนิรภัย 100%” ตามคำขวัญรณรงค์อำเภอนาดูน “ชาวนาดูนมีวินัย ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย 100%” พร้อมทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง ศปถ. อำเภอ ส่วนราชการ อปท. สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และองค์กรในพื้นที่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การก่อเกิดพื้นที่ต้นแบบหลายรูปแบบ อาทิ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ 5 ศูนย์ ภายใต้แนวคิด “1 ท้องถิ่น 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ” โรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสต้นแบบ 3 โรงเรียน ภายใต้แนวคิด “1 อำเภอ 1 โรงเรียนปลอดภัย” หมู่บ้านต้นแบบสวมหมวกนิรภัย 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ 9 หมู่บ้าน ที่ต่างมีนโยบายสาธารณะและประกาศใช้จริงในพื้นที่ การติดตามประเมินผลดำเนินการโดย ศปถ.อำเภออย่างใกล้ชิด ทั้งการประชุมนิเทศงาน และการลงพื้นที่เสริมพลังการทำงานของ ศปถ. อปท. ทุกแห่ง ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความต่อเนื่องโปร่งใส และสามารถรายงานผลเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมได้อย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 3 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนกลไกการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับผิดชอบร่วมกัน การคิด วางแผน แก้ไขปัญหา

และลงมือปฏิบัติ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน ทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล ระดับอำเภอมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ส่วนระดับตำบลมีนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน กำนันเป็นรองประธาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเลขานุการ การดำเนินงานเป็นระบบ ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ รวมถึงการนิเทศติดตามและกำกับงานเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง จนพัฒนาสู่ NADUN Model (N = Network, A = Action, D = Development, U = Unity, N = No Accident) หมายถึง “การพัฒนาลงมือปฏิบัติ โดยภาคีมีส่วนร่วมอย่างเป็นหนึ่งเดียว เพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างยั่งยืน” ด้วยผลลัพธ์ที่ชัดเจน ศปถ.อำเภอนาดูนได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานในเวทีวิชาการระดับเขตและระดับประเทศ อาทิ เวที “สานพลัง อำเภอ ตำบล ขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย” (18–19 พฤษภาคม 2566, กรุงเทพมหานคร) งานวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 (30 สิงหาคม 2566) และการประชุมวิชาการ สอจร. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (25–26 มกราคม 2567, จังหวัดนครราชสีมา)

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554–2567 การดำเนินงานอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม ทั้งการวางแผนร่วม ปฏิบัติการตามแผน การสังเกต และการสะท้อนกลับเพื่อประเมินผล จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บทางถนนย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2560–2563) จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนาดูนและ รพ.สต. พบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุยังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะช่วงปี ปี พ.ศ.2560–2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ก่อนลดลงในปี พ.ศ.2563 อย่างไรก็ตาม แม้จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจะลดลง แต่จำนวนผู้เสียชีวิตกลับไม่ลดลง สะท้อนถึง “ความรุนแรง” ของอุบัติเหตุที่ยังไม่สามารถควบคุมได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกรณีรถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นพาหนะที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย ประจักษ์ เฉิดโฉม[11] ที่ระบุว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากความประมาทและขับรถเร็วเกินอัตรากฎหมายกำหนด โดยมักมีปัจจัยร่วมคือ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ อีกทั้งสภาพถนนที่ไม่ปลอดภัย เช่น ผิวถนนขรุขระ, มุมอับสายตา และจุดตัด/ทางแยก ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ซึ่ง WHO[12] ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างพื้นฐานถนนที่ไม่ปลอดภัย เช่น จุดตัด ทางแยกและถนนที่ขาดการบำรุงรักษา เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ ขณะเดียวกัน ผลสำรวจชี้ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 82.5 เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นอัตราที่น่ากังวล สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง และชี้ให้เห็นปัญหาเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะด้านการบังคับใช้กฎหมาย แม้กฎหมายจราจรไทยกำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่การควบคุม ตรวจตรา และบทลงโทษยังไม่เข้มงวดเพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับข้อมูล[13] ที่พบว่า การไม่สวมหมวกนิรภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนและ ประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้เข็มขัดนิรภัย แต่จากการดำเนินงานของ ศปถ.อำเภอที่ผ่านมายังมีลักษณะการทำงานแบบ “แยกส่วน” แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะบทบาทของตน และมักดำเนินงานเพียงช่วงเทศกาลหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์เท่านั้น การขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันในระดับพื้นที่ จึงกลายเป็นข้อจำกัดสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในงานสาธารณสุขท้องถิ่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lawilai[14] พบว่า ความสำเร็จของการขับเคลื่อนการลด อุบัติเหตุทางถนนขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วน และการประสานงานแบบข้ามภาคี โดยไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาลหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้า และ สารสินกิตติโพวานนท์[15] ที่ว่าการขับเคลื่อนงานในการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนจะมีการดำเนินงานตามบทบาทหรือพันธกิจที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ

ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติในพื้นที่ การติดตามประเมินผลจะมีเฉพาะช่วงเทศกาล

2. การพัฒนาในปีงบประมาณปี พ.ศ.2564 อำเภอนาดูนถูกจัดเป็นพื้นที่สีแดงที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูง จึงเริ่มพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหา โดยบูรณาการภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล และชุมชนอย่างเป็นระบบ บนฐานข้อมูลและบริบทพื้นที่ ทั้งด้านภูมิศาสตร์การจราจรและวัฒนธรรม เช่น งานประเพณีประจำปี ทำให้การออกแบบกิจกรรมสอดคล้องกับสภาพจริงของพื้นที่ เหมือนกับการศึกษาของ Sae-Ngow P et al.[16] การจัดการอุบัติเหตุโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เพื่อวิเคราะห์จุดเสี่ยงเชิงพื้นที่ เช่น ทางแยกและทางร่วม ช่วยให้การป้องกันตรงจุด พร้อมทั้งมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนกลไก ศปถ.อำเภอและ อปท. โดยมีส่วนร่วมจากโรงเรียน โรงพยาบาล อปท. ตำรวจ และชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาเชิงระบบตามแนวทาง Safe System Approach ที่ครอบคลุมคน ถนน ยานพาหนะและการจัดการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีการปลูกฝังวินัยจราจรในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผ่านการเรียนรู้ สื่อรณรงค์ และโครงการต้นแบบ เช่น “1 อำเภอ 1 โรงเรียนปลอดภัย” และ “1 ท้องถิ่น 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ” ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะเด็กและเยาวชนสามารถบ่มเพาะวินัยจราจรตั้งแต่ต้น และส่งต่ออิทธิพลเชิงบวกสู่ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonchooduang N et al.[17] ที่ชี้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงเรียนช่วยลดอุบัติเหตุได้จริงในการปฏิบัติ (Action) มีลักษณะที่ครอบคลุมทั้งมิติการบริหารจัดการ การสร้างความตระหนักรู้และการเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับประชาชน โดยการประชุมเชิงระบบและการถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่องของคณะกรรมการ ศปถ. อำเภอและ อปท. เป็นกิจกรรมเชิงโครงสร้างที่มีความสำคัญ เพราะเป็น “วงจรการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม” ที่ช่วยให้เกิดการวางแผนเชิงรุกและการพัฒนาจากบทเรียนในอดีตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประชุมหลังเทศกาลสำคัญเพื่อตรวจสอบจุดอ่อน-จุดแข็ง ถือเป็นแนวทางตามหลักการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและป้องกันการบาดเจ็บ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพร มโนทัย[18] ที่พบว่า การประชุมประจำเดือน การประชุมเร่งด่วน (อุบัติเหตุหมู่) และการประชุมเฉพาะกิจ (เทศกาลสำคัญ) ที่มีหลายภาคส่วนราชการและเอกชนร่วมกันประชุมและรณรงค์เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ โดยมีคณะทำางานที่มีนายอำเภอเป็นประธาน เพื่อสรุปข้อมูลอุบัติเหตุ สาเหตุ และแนวทางการจัดการปัญหาของแต่ละหน่วยงาน เป็นกลไกในการขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผล มีการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อสอบสวนอุบัติเหตุและการสะท้อนข้อมูลกลับเข้าสู่เวที ศปถ. ถือเป็นกระบวนการที่ใช้ข้อมูลนำการตัดสินใจ (Data-driven decision making) ซึ่งช่วยให้มาตรการป้องกันมีความแม่นยำมากขึ้น และตรงกับสภาพความเสี่ยงในพื้นที่จริง โดยแนวทางนี้ตรงกับงานวิจัยของนภิวัฒน์ โคตรแก้ว[19] พบว่า การป้องกันอุบัติเหตุที่ยั่งยืนต้องอาศัยข้อมูลจริงจากการสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในการดำเนินงานรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100% ในพื้นที่ต้นแบบทุกตำบล แม้จะมีความต่อเนื่องและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย แต่จากข้อมูลของเทศบาลนาดูนพบว่าผู้ขับขี่สวมหมวกนิรภัยเพียง 21.76% สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านพฤติกรรม ความตระหนักรู้ และการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ที่ชี้ว่า การรณรงค์อย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดการบังคับใช้กฎหมายและการควบคุมอย่างเข้มงวด ซึ่งหน่วยงาน ศปถ. อำเภอควรประสานความร่วมมือกับตำรวจให้มากขึ้น และมีมาตรการเชิงลงโทษควบคู่กับการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การดำเนินงาน “หมู่บ้านเมาไม่ขับ” และ “ถนนปลอดภัย”ถือเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในระดับฐานราก ซึ่งตรงกับแนวทาง “Community-based Approach” ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองและชุมชนแต่ควรมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในหมู่บ้านต้นแบบ ก่อนและหลังการประกาศใช้แนวปฏิบัติ เพื่อยืนยันความเปลี่ยนแปลงจริงในระดับชุมชน

การประชุมถอดบทเรียนและบรรจุประเด็นปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเข้าสู่ เทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นของหมู่บ้านต้นแบบเป็นแนวทางที่ก้าวหน้า และสะท้อนถึง “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (Health Public Policy) ตามแนวทางของ Ottawa Charter สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ พันแก่น และ สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[20] ที่ใช้ธรรมนูญตำบล ในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนคือ H2CRSE Model ประกอบด้วย 1) Healthcare Accessibility 2) Community Engagement 3) Collaboration and Partnerships 4) Collaboration and Partnerships 5) Supporting Leadership 6) Evaluating and Development สามารถนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในกลุ่มประชาชนได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนการสังเกต (Observation) พบว่ามีการเข้าร่วมสังเกตการณ์ ตรวจเยี่ยมด่านหลัก-ด่านรอง และการให้คำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่เพียงแต่เป็นการควบคุมกำกับงาน แต่ยังเป็นกระบวนการ “นิเทศแบบสร้างสรรค์ (Supportive Supervision)” ซึ่งส่งผลต่อ ประสิทธิภาพการทำงานและขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติ โดยท่านนายอำเภอเป็นประธานในการประชุมและตรวจเยี่ยมด้วยตนเอง สะท้อนถึงภาวะผู้นำที่สนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยระดับพื้นที่การขับเคลื่อนกลไกผ่านการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน (อปท., ตำรวจ, สาธารณสุข, โรงเรียน, ผู้นำชุมชน) เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการ “Whole-of-Society Approach” ที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำไว้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน[21] จากการสังเกตพบว่ามี การวางแผนร่วมและคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน ทั้งช่วงปกติและช่วงเทศกาล สะท้อนถึงการบริหารจัดการที่เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม จากการสุ่มตรวจพบว่า การสวมหมวกนิรภัยยังอยู่ในระดับต่ำ จึงควรใช้ข้อมูลที่สังเกตได้จริงจากด่านตรวจ ด่านหลัก ด่านรอง ร่วมกับข้อมูลเชิงพฤติกรรมจากแบบสอบถามหรือการสุ่มสำรวจ เพื่อประเมินผลอย่างแม่นยำมากขึ้น

3. การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตตลอดทั้งปี ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2567 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 21.6, 16.2 และ 4.8 ตามลำดับ เมื่อเริ่มดำเนินการ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปีงบฯ พ.ศ.2565 แนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 32.09 รายต่อประชากรแสนคน ในปีงบฯ พ.ศ.2563 เหลือ 10.69 รายต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิชาม อาแว และคณะ[22] และละมัย หลักทอง[23] ที่อัตราการบาดเจ็บและอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลดลง อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน มีความผันผวน โดยเฉพาะปี พ.ศ.2567 ที่เพิ่มขึ้นเป็น 13 ราย (34.76 ต่อแสนประชากร) ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการขับเคลื่อนหลายปี แสดงถึงข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้ขับขี่ และโครงสร้างพื้นฐานของถนน ซึ่งจำเป็นต้องสะท้อนผลในเชิงกระบวนการ เช่น การถอดบทเรียน, การคืนข้อมูล, การระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค, การนำข้อเสนอแนะไปปรับแผนปฏิบัติการ จากสถานการณ์และพฤติกรรมประชาชนในการสวมหมวกนิรภัย ในการสำรวจแบบสุ่ม 4 ครั้งในเขตเทศบาลพบว่าอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่อยู่ในระดับต่ำมาก เฉลี่ยเพียง 21.8% โดยแนวโน้มยังคงที่ หรือบางช่วงแย่ลง เช่น ครั้งที่ 4 เหลือเพียง 19.05% แสดงให้เห็นว่า มาตรการรณรงค์ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวงกว้างได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitaktong U et al.[24] ชี้ว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยที่ต่ำในกลุ่มผู้ขับขี่ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง โดยมีสาเหตุจากความรู้สึกว่า “ระยะทางใกล้ไม่จำเป็น”, การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด และการรับรู้ความเสี่ยงต่ำ ในทางกลับกัน เมื่อดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบสวมหมวกนิรภัยใน 9 ตำบล พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ~15% เป็น ~27% แสดงให้เห็นว่ามาตรการเฉพาะพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนเข้มข้น สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Babazadeh T et al.[25] ที่ระบุว่าการใช้ Community-

based intervention และ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยได้จริงในระยะเวลาอันสั้น เมื่อพิจารณากลุ่มเสี่ยง, บริบทด้านถนนและยานพาหนะ พบว่ากลุ่มอายุ 50–59 ปี มีสัดส่วนการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุด รองลงมาคือวัยรุ่น (15–19 ปี) และวัยทำงาน (25–29 ปี) สอดคล้องกับ Kanitpong et al.[26] พบว่า วัยรุ่นและวัยกลางคนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะในเส้นทางชนบทที่มีความเร็วสูงแต่ไม่มีระบบควบคุมที่เพียงพอ ในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นที่การขยายผลนโยบายเชิงพื้นที่เขตเทศบาล ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด เพื่อเปลี่ยนจาก “โครงการ” ไปสู่ “วัฒนธรรมความปลอดภัย” เช่น การใช้กล้องตรวจจับ, การตั้งจุดตรวจ การสร้างแรงจูงใจในการสวมหมวก และการออกแบบกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเสี่ยงตามช่วงวัย เช่น วัยทำงาน อาจเน้นการรณรงค์ผ่านสถานประกอบการ ส่วนวัยรุ่น อาจใช้กิจกรรมในโรงเรียนและโซเชียลมีเดีย

4. ปัจจัยในความสำเร็จในการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ประสบความสำเร็จจากการใช้กลไก ศปถ. อำเภอ ตามกระบวนการ PAOR อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการจัดตั้ง ศปถ. อำเภอและสร้างทีม ศปถ. ท้องถิ่น 9 แห่ง เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และบูรณาการกับ พชอ. โดยสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เลขานุการ ถือเป็นการประยุกต์ใช้ Governance model ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ครอบคลุมตั้งแต่การแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ไปจนถึงการติดตามกำกับผลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง การสอบสวนการเสียชีวิต และการประชุมคืนข้อมูลเพื่อหาแนวทางแก้ไขและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนแบบองค์รวม (Whole System Approach) ในการจัดการปัญหา 17 จุดเสี่ยงของอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nittayasoot N et al.[27] ที่เน้นว่า การจัดการเชิงระบบในระดับอำเภอโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีประสิทธิผลสูงในการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับชุมชน การมีพื้นที่ตำบลต้นแบบสวมหมวกนิรภัย ใน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน หมู่บ้านต้นแบบเมาไม่ขับ (งานบุญปลอดเหล้า) ซึ่งเกิดจากการทำ MOU ร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เป็นการสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในชุมชน จะเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน เมื่อมีกลไกท้องถิ่นร่วมเป็นเจ้าของ ตรงกับ Navakul S et al.[28] ที่กล่าวว่า ชุมชนที่มีนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยร่วมกันโดยเฉพาะพฤติกรรมการดื่มสุราโดยชุมชนควรมีการร่วมรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือทำ วางแผนดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

สรุป

การขับเคลื่อนกลไกการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอนาดูน เป็นกระบวนการที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ทั้งการรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมลงมือปฏิบัติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การมีคำสั่งแต่งตั้งที่ชัดเจน การวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การให้ความสำคัญจากผู้บริหาร การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการนิเทศ ติดตาม และควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่องในเชิงบวก กระบวนการทั้งหมดสรุปเป็น NADUN Model (N=Network, A=Action, D=Development, U=Unity, N=No Accident) ซึ่งหมายถึง “การพัฒนาและลงมือปฏิบัติโดยภาคีมีส่วนร่วมอย่างเป็นหนึ่งเดียว เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน”

เอกสารอ้างอิง

1. Road traffic injuries [Internet]. [cited 2025 Sept 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries
2. Iamtrakul P, Chayphong S. GIS-based analysis of spatio-temporal clustering of road traffic

accidents in Bangkok Metropolitan Region (BMR), Thailand from 2012 to 2021. Transp Res Interdiscip Perspect. 2025;31:101489.

3. Suphanchaimat R, Sornsrivichai V, Limwattananon S, Thammawijaya P. Economic development and road traffic injuries and fatalities in Thailand: an application of spatial panel data analysis, 2012–2016. BMC Public Health. 2019;19(1):1449.
4. Ichikawa M, Chadbunchachai W, Marui E. Effect of the helmet act for motorcyclists in Thailand. Accid Anal Prev. 2003;35(2):183–9.
5. Kanitpong K, Boontob N, Tanaboriboon Y. Helmet Use and Effectiveness in Reducing the Severity of Head Injuries in Thailand. Transp Res Rec J Transp Res Board. 2008;2048(1):66–76.
6. Tippayanate N, Impool T, Sujayanont P, Muttitanon W, Chemin Y H, Som-Ard J. Spatial distribution and cluster analysis of road traffic accidents in Khon Kaen municipality, Thailand. Int J Geoinformatics. 2024;20(4):43–55.
7. Pleerux N. Geographic information system-based analysis to identify the spatiotemporal patterns of road accidents in sri racha, chon buri, Thailand. Curr Appl Sci Technol. 2020;20(1):59–70.
8. Sophan K, Granger J, Chokprajakchad M, Jongaramraung J. Prevention of Risky Motorcycle Driving Behaviors Using Gamification among Senior Secondary School Students in Bangkok: A Quasi-experimental Study. Pac Rim Int J Nurs Res. 2024;28(4):825–37.
9. Walugembe F, Le C N, Nguyen H T, Chaiwong S. Effectiveness of Road Safety Education in Reducing Teenage Traffic Accidents: A Systematic Review. J Posthumanism. 2025;5(2):160–76.
10. Chadbunchachai W, Suphanchaimaj W, Settasatien A, Jinwong T. Road traffic injuries in Thailand: current situation. J Med Assoc Thai. 2012;95(Suppl 7):S274-81.
11. ประจักษ์ เฉิดโฉม. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุบัติเหตุจราจรปี พ.ศ. 2565 ด้วยเทคนิคเหมืองข้อมูลกฎความสัมพันธ์: Analysis of Factors Influencing Traffic Accidents in 2022: A Data Mining Approach Using Apriori Algorithm. วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง. 2024;13(1):26–39.
12. Second Decade of Action for road safety [Internet]. [cited 2025 Sept 8]. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030
13. ผลสำรวจชี้ ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 82.5% เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ แต่คนไทยสวมหมวกนิรภัยเพียง 43% | Hfocus.org [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 8]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/09/31764
14. Prayad Lawilai, Kampanart Wongwatthanaphong. Implementation of road safety policies at local level J Mod Learn. 2024;9(12):704–20.
15. สารสิน กิตติโพวานนท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2565;5(3):233-45.
16. Sae-Ngow P, Kulpanich N, Worachairungreung M, Ngansakul P, Prasert T. Geospatial Analysis for Identifying Blackspots on National and Rural Highways in Thailand. Int J Geoinformatics. 2024;20(4):29–42.
17. Boonchooduang N, Likhitweerawong N, Louthrenoo O. Prevalence of unprotected motorcycle riding and its association with

other risk behaviors among adolescents in Chiang Mai, Thailand. Traffic Inj Prev. 2021;22(1):85–9.

18. อรรถพร มโนทัย. แนวทางการจัดการความปลอดภัยบนท้องถนนเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์.]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
19. นภิวัฒน์ โคตรแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนน อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2561;12:12-24.
20. พวัชรินทร์ พันแก่น, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567:3(3);104–18.
21. Second Decade of Action for road safety [Internet]. [cited 2025 Sept 8]. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030
22. ฮิชาม อาแว, นิรุสณีย์ อากาจิ, มูฮัมหมัดไซด์ ซาและ, มามะเพาซี สือแม, ไฮย์ทรง นาวา, วนิดา อาแว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบบูรณาการเชิงพื้นที่: บริบทพื้นที่จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565:14(3);282-99.
23. ละมัย หลักทอง. การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พชอ.) จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;105–16.
24. Pitaktong U, Manopaiboon C, Kilmarx P H, Jeeyapant S, Jenkins R, Tappero J, et al. Motorcycle helmet use and related risk behaviors among adolescents and young adults in Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2004;35:232–41.
25. Babazadeh T, Kouzekanani K, Ghasemzadeh S, Matlabi H, Allahverdipour H. The Role of a Community-Based Intervention in Promoting Helmet Use in a Non-probability Sample of Rural Motorcyclists in Iran. J Community Health. 2019;44(4):828–35.
26. Kanitpong K, Jensupakarn A, Dabsomsri P, Issalakul K. Characteristics of motorcycle crashes in Thailand and factors affecting crash severity: Evidence from in-depth crash investigation. Transp Eng. 2024;16:100227.
27. Nittayasoot N, Peterson A B, Thammawijaya P, Parker E M, Sathawornwiwat A, Boonthanapat N, et al. Evaluation of a hospital-based injury surveillance system for monitoring road traffic deaths in Phuket, Thailand. Traffic Inj Prev. 2019;20(4):365–71.
28. Navakul S, Salibi G, Tzenios N. Development of alcohol drinking behavior modification program in Village health volunteers at Traph-Anant, Chonburi, Thailand. Spec J Med Acad Life Sci [Internet]. 2025 [cited 2025 Sept 8]; 3(3). Available from: https://sjmas.com/index.php/sjmas/article/view/112

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of an Intensive Behavioral Modification Program on Dietary Beaviors, Hemoglobin A1cand Body Mass Index in Patients with Remission Diabetes in Chiang Khwan Hospital, Roi Et Province

เกตุแก้ว เพ็ชรรัศมี* ปาริชาต ชรากาหมุด อภิญญา จันทะคัด*****

Ketkeaw Petchratsamee, Parichart Charakamud, Apinya Jantakat

Corresponding author: E-mail: namtaohoo76@gmail.com

(Received: August 8, 2025; Revised: August 15, 2025; Accepted: September 15, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าดัชนีมวลกาย 25.00-29.90 HbA1c 7.00-7.50 ในช่วง 6 เดือน จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากไม่แทนที่และวัดก่อน-หลังการทดลอง ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับลดแป้ง (Low carb) และงดอาหารเป็นช่วง (Intermittent Fasting) 8 ทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล ครั้งละ 20-30 นาที (เดือนที่ 1, 3, 5) ครอบคลุม 1) การตั้งเป้าหมายโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายและประวัติการกินยา 2) การปรับพฤติกรรมการบริโภคและโภชนาการ 3) การให้แรงเสริมตนเอง สร้างแรงบันดาลใจ 4) การตรวจเลือดด้วยตนเองที่บ้าน และ 5) การประเมินค่าดัชนีมวลกาย ร่วมกับการทำ Telemedicine การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 8.60 คะแนน (95%CI: -1.82, -1.48) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.0001 โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง 0.25 mg% (95%CI: 0.192, 0.313) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.0001 โดยดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง 0.68 kg/m2 (95%CI: 0.40, 0.96)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้นทำให้ผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารดีขึ้นระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและค่าดัชนีมวลกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง และพร้อมที่จะเป็นตัวอย่างให้กับผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มต่อไป

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น; ผู้ป่วยเบาหวานระยะสงบ

*,**,*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare dietary behaviors, Hemoglobin A1c and body mass index of patients with remission diabetes.

Study design : A quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : This study was conducted in 40 patients with type 2 diabetes who had a body mass index between 25.00 and 29.90 kg/m² and HbA1c levels between 7.00 and 7.50%, over a period of six months. Participants were purposively selected and then randomly assigned using simple random sampling with non-replacement. A pre-test and post-test design was used, with data collected from January to June 2025. Participants received an intervention program that combined a low-carbohydrate diet and intermittent fasting (8-hour eating window). The program included individualized activities lasting 20–30 minutes in months 1, 3, and 5. The intervention covered: 1) goal setting based on BMI and medication history, 2) dietary and nutritional behavior modification, 3) self-motivation and encouragement, 4) self-monitoring of blood glucose at home, and 5) BMI assessment combined with telemedicine follow-ups. Data were collected using a personal information questionnaire and a dietary behavior questionnaire. Descriptive statistics and inferential statistics were used to analyze the data. A paired t-test was applied to compare pre- and post-intervention outcomes.

Main findings : After participating in the behavioral modification program, the participants showed a significant improvement in mean dietary intake scores ($p < .05$), with an increase of 8.60 points (95%CI: -1.82 to -1.48). The mean HemoglobinA1c (HbA1c) level significantly decreased by 0.25 mg% (95%CI: 0.192–0.313, p<.0001). In addition, the mean body mass index (BMI) significantly decreased by 0.68 kg/m² (95% CI: 0.40–0.96, p<.0001).

Conclusion and recommendations : The results indicate that the intensive behavioral modification program led to improved dietary habits among patients, along with reductions in HemoglobinA1c levels and body mass index (BMI). These outcomes enhanced the patients' confidence in self-care and empowered them to serve as role models for other individuals with diabetes in subsequent groups.

Keywords : Intensive Behavioral Modification; Patients with Remission Diabetes

*,**,*** Professional Nurse, Chiang Khwan Hospital, Roi Et Province.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2563 มีความชุกร้อยละ 9.5 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า 300,000 รายต่อปี[1] อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2558 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งภาระทางเศรษฐกิจประเทศ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ[2]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเฉพาะคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นภาวะที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยยาตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก[2] ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน 1 ปี ที่การลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการทำให้โรคเบาหวานอยู่ในระยะสงบ และมีความเสี่ยงลดลงในการที่จะกลับมาเป็นซ้ำ แต่การคงอยู่ของระยะสงบมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมน้ำหนัก 5 ปี พบว่ามีอัตราการหายจากโรคเบาหวานสูงขึ้น[3] การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบสามารถทำได้ 3 วิธี คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Intensive lifestyle modification) การผ่าตัดลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) และการใช้ยา ซึ่งอาจใช้ร่วมกันได้ โดยแนวทางฉบับนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด[2] ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น[2] การอดอาหารเป็นช่วงเวลาหรือการจำกัดพลังงานเป็นช่วงเวลา (Intermittent fasting/ Intermittent energy restriction) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทั่วโลกนำมาใช้ในการลดน้ำหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบในต่างประเทศ พบว่ามีการใช้รูปแบบดังกล่าวมามากกว่า 10 ปี โดยอดอาหารอย่างน้อย 16 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีการที่เชื่อว่าทำให้ร่างกายมีการหลั่งอินซูลิน (Insulin) ลดลง มีการหลั่งโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายเผาผลาญไขมันได้ดี และเสริมสร้างกล้ามเนื้อได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง[4]

โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจไม่สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ทุกรายและบางส่วนมีการกลับเป็นซ้ำของ

โรคเบาหวาน ดังนั้น การสื่อสารกับผู้ป่วยถึงโอกาสสำเร็จและการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดความคาดหวังที่เกินความเป็นจริงและนำไปสู่ความรู้สึกผิดและความผิดหวังได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นชีวิตวิถีใหม่เพื่อไม่ให้กลับเป็นโรคเบาหวานซ้ำอีก[2]

โรงพยาบาลเชียงขวัญพบว่าในปี พ.ศ.2565-2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มี HbA1c <7mg% ร้อยละ 18.62, 15.13, 33.30 ตามลำดับ[5] จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมได้ และยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เนื่องมาจากยังมีพฤติกรรมรับประทานข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่และบริโภคผลไม้ตามฤดูกาลที่มีรสชาติหวาน ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ดูแลคลินิกโรคเบาหวานจึงมีแนวคิดในการจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่สามารถลดน้ำหนักผู้ป่วยและมีค่าดัชนีมวลกายให้เข้าสู่ระดับปกติ ใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยมีการรายงานพฤติกรรมผ่านทาง Application Line กลุ่ม “เบาหวานเชียงขวัญสู่ระยะสงบ” พยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยร่วมกับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานร่วมกับสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Telemedicine พูดคุยสอบถามแนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลและประหยัดเวลาในการรอคอย ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค คาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานอย่างยั่งยืน รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รหัส ICD 10 เป็น E119) อายุ 40-60 ปี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียงขวัญ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ดมี จำนวน 733 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รหัส ICD 10 เป็น E119) อายุ 40-60 ปี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียงขวัญ อำเภอเชียงขวัญได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power[6] กำหนดข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง ดังนี้

- สถิติที่ใช้ Paired t- test
- ขนาดของผลกระทบ (Effect Size) = 0.7
- ระดับความเชื่อมั่น (α) 95% = 0.05
- Power (1-β)=0.95

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน คิดเพิ่มอีกร้อยละ 20[7] เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 40 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี

2) ดัชนีมวลกาย 25.00- 29.90 (อ้วนระดับ 1)

3) ค่า eGFR มากกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตร.ม.

4) ไม่มีโรคร่วมที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดได้แก่ โรคไต เรื้อรัง หัวใจวาย หัวใจขาดเลือด อาการไม่คงที่ Hypo-Hyperglycemia ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

5) มีโทรศัพท์มือถือและมี Line application ในการสื่อสารกับผู้ขอรับการประเมิน

6) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษา/เยี่ยมทาง line (Telemedicine) ตลอดระยะเวลา 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นด้วยอาการที่รุนแรงมากขึ้น

2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการ Hypo-Hyperglycemia ขณะร่วมกิจกรรม

3) กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้น การให้คำปรึกษาการเยี่ยมผ่าน Telemedicine (วันเวลาขึ้นกับผู้ป่วยสะดวกและพร้อม) เดือนละ 1 ครั้ง ประมาณ 6 เดือน มีการประเมินผลก่อนและหลังการทำวิจัย

2) หลังกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจ HbA1c LAB มาตรฐานผู้ป่วยเบาหวาน BMI และตอบแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

3) กลุ่มตัวอย่างรับการทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติเอง ครั้งละ 20-30 นาที (เดือนที่ 1,3,5) ครอบคลุม

3.1 การตั้งเป้าหมายโดยใช้ค่า BMI และประวัติการกินยาผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 การปรับพฤติกรรมการบริโภคและโภชนาการ

3.3 การให้แรงเสริมตนเองสร้างแรงบันดาลใจ

3.4 การตรวจเลือดด้วยตนเองที่บ้าน

3.5 การประเมินค่า BMI และให้ความรู้ผู้ป่วยในเนื้อหา ดังนี้

- ความรู้ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาล การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะกับสภาพร่างกาย การรับประทานยา โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน ภาวะน้ำตาลต่ำน้ำตาลสูงและวิธีป้องกันแก้ไข การตรวจและดูแลเท้าประจำวัน การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปากการดูแลสุขภาพทั่วไป ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังในการบรรลุเป้าหมาย

- ผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ที่แผนกกายภาพบำบัด การเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคนและวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ประเมินร่วมกับกายภาพบำบัด (เหมาะกับตัวผู้ป่วย)

- ความรู้ด้านโภชนาการ ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน สารอาหารชนิดต่างๆ ปริมาณอาหารและการแบ่งมื้ออาหารที่เหมาะสมกับวัย สภาวะการทำงาน หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัว พลังงานในอาหารแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน พลังงานที่เกินความจำเป็น (มีสื่อโมเดล) และเน้นในเรื่องอาหารและสารอาหาร ติดตามน้ำตาลหลังอาหาร และความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร จำนวน 4 ชั่วโมง อาหารพร่องแป้งหรือ Low carb ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การงดอาหารเป็นช่วง (IF) 16/8 ซึ่งเป็นหลักสูตรสำหรับผู้เริ่มต้นในการปรับพฤติกรรมการบริโภคกลัวน้ำตาลและเลิกกลัวไขมัน (หลักสูตร รร. เบาหวาน อ.พิมาย จ.นครราชสีมา)

- การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียง การเก็บยาที่ถูกต้อง

3.6 ประเมินความเครียดและการปฏิบัติตนเพื่อลดความเครียด

3.7 เพิ่มทักษะการจัดการตนเองการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง

3.8 ในเดือนที่ 1 ผู้วิจัยติดตามค่า DTX 2 ครั้งต่อสัปดาห์และสัปดาห์สุดท้ายของเดือนนัดพบแพทย์ เดือนที่ 2-3 ติดตามค่า DTX 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และหลังรับประทานอาหารเที่ยง 2 ชั่วโมง หลังสิ้นสุดเดือนที่ 3 นัดพบแพทย์ เพื่อติดตามค่า FBS และ HbA1c แพทย์จะพิจารณาปรับลดยา และในเดือนที่ 1-6 ติดตาม Telemedicine เดือน 1ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยประสงค์

จะปรึกษาผู้วิจัยหรือทีมสหวิชาชีพสามารถปรึกษาได้ผ่าน Application line และเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านดูสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมพลังให้กำลังใจให้การดูแลทั้งครอบครัวในการสร้างพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.9 ปรับโปรแกรมตามความพร้อมของผู้ป่วยและค่า BMI

4) ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 กลุ่มเป้าหมายได้รับการการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS HbA1c BMI และตอบแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยมีลำดับ ดังนี้

1. ก่อนเริ่มโปรแกรม อธิบายโครงการ และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

2. ระหว่างดำเนินโปรแกรม (เดือนที่ 1–6) จัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบ (DMRemission) ให้ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมสุขภาพ อาหาร ยา การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสังเกตจากการมีส่วนร่วมและผลสะท้อนกลับจากผู้เข้าร่วมผ่าน Telemedicine

3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมทำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวัดผลลัพธ์ทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.79 และนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ 0.873

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาณ (Inferential Statistic) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 1542567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนชัดเจนรวมถึงให้สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ปราศจากการชักจูงหรือบีบบังคับ และไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าทางใด ข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อ–สกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลอื่นใดที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ โดยใช้เพียงรหัสแทนชุดแบบสอบถามเท่านั้น ข้อมูลที่ได้นำเสนอเฉพาะในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ และใช้เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน เพศหญิง (60.0%) เพศชาย (40.0%) อายุเฉลี่ย 58.25±6.81 ปีน้ำหนักเฉลี่ย 63.73±9.58 ส่วนสูงเฉลี่ย 159.60±8.21 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย

3.03±1.25 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (92.5 %) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (92.5%) รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (65.0%) สุขภาพร่างกายแข็งแรง (65.0%) ส่วนใหญ่ใช้มือถือของตนเอง (60.0%) มีผู้ดูแลเป็นบุตร/หลาน (87.5%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=40)

ข้อมูล	จำนวน	%
เพศ		
ชาย	16	40.0
หญิง	24	60.0
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean±SD.	58.25±6.81	
น้ำหนัก(กิโลกรัม) Mean±SD.	63.73±9.58	
ส่วนสูง(เซนติเมตร) Mean±SD.	159.60±8.21	
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี) Mean±SD.	3.03±1.25	
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	37	92.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	7.5
อาชีพ		
เกษตรกรรม	37	92.5
อื่นๆ	3	7.5
รายได้เพียงพอ		
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	26	65.0
ไม่เพียงพอ	14	35.0
สุขภาพ		
ร่างกายแข็งแรง	26	65.0
ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตัวเองได้	14	35.0
การใช้มือถือ		
ตนเอง	24	60.0
คนในครอบครัว	16	40.0
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	5	12.5
บุตร/หลาน	35	87.5

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในทุกข้อ โดย 5 อันดับแรก คือ 1) มีการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ 2) รับประทานเนื้อสัตว์เป็นหลัก 3) แต่ละวันรับประทานอาหารมื้อแรกถึงมื้อสุดท้ายภายใน 8 ชั่วโมง 4) รับประทานอาหารจานด่วน (ฟาสต์ฟู้ด) 5) รับประทานอาหารทอดผัด หรือ อาหารไขมันสูงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น (n=40)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.		
1. รับประทานข้าวเหนียวไม่เกิน 1 กำปั้นหรือข้าวเจ้าไม่เกิน 1ทัพพี/มื้อ	2.675±0.474	4.000±0.000	-1.477, -1.173	<.0001
2. ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลมชา/กาแฟใส่น้ำตาล/เครื่องชูกำลัง	3.575±0.636	4.000±0.000	-0.628, -0.222	<.0001
3. แต่ละวันรับประทานอาหารมื้อแรกถึงมื้อสุดท้ายภายใน 8 ชม.	2.450±0.504	4.000±0.000	-1.711, -1.389	<.0001
4. รับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ	3.550±1.084	4.000±0.000	-0.797, -0.103	.012
5. รับประทานอาหารจานด่วน (ฟาสต์ฟู้ด)	2.450±0.504	4.000±0.000	-1.711, -1.389	<.0001
6. รับประทานผักครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ	2.450±0.815	3.800±0.405	-1.504, -1.196	<.0001
7. รับประทานอาหารทอดผัดอาหารไขมันสูง	2.450±0.504	4.000±0.000	-1.711, -1.389	<.0001
8. ดื่มสุรา/เบียร์/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.350±0.483	3.800±0.405	0.199, 0.700	<.001
9. เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหารหรือเครื่องดื่ม	3.450±0.504	4.000±0.000	-0.711, -0.389	<.0001
10. มีการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ	2.325±0.572	3.975±0.158	-1.820, -1.479	<.0001
11. รับประทานของหวานและผลไม้รสหวานระหว่างมื้อ	3.750±0.439	3.925±0.267	-0.390, -0.109	<.001
12. รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	3.850±0.362	3.975±0.158	-0.265, -0.034	0.012
13. ดื่มนมเปรี้ยว/นมหวาน	3.775±0.423	4.000±0.000	-0.360, -0.089	0.002
14. รับประทานเนื้อสัตว์เป็นหลัก	2.975±0.432	3.925±0.267	-1.051, -0.848	<.001
15. รับประทานอาหารจนรู้สึกอืดอัด	3.725±0.640	4.000±0.000	-0.479, -0.070	.010

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001) (ก่อนการศึกษา = 6.91±0.35 หลังการศึกษา = 6.66±0.30) และ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001) (ก่อนการศึกษา = 25.17±3.56 หลังการศึกษา = 24.49±2.92) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean differences	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.			
HbA1C	6.91±0.35	6.66±0.30	0.25	0.192, 0.313	<.0001
BMI	25.17±3.56	24.49±2.92	0.68	0.401, 0.955	<.0001

วิจารณ์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล ครั้งละ 20-30 นาที ในเดือนที่ 1,3,5 โดยมีการตั้งเป้าหมาย BMI การปรับพฤติกรรมการบริโภคและโภชนาการ การให้แรงเสริมตนเองสร้างแรงบันดาลใจการตรวจเลือดด้วยตนเองที่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควรปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เน้น Low carb และการงดอาหารเป็นช่วง (IF) 16/8 ตามหลักสูตร รร.เบาหวาน อ.พิมาย จ.นครราชสีมา และรับประทานอาหารยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียง มีการติดตามผู้ป่วยโดยในเดือนที่ 1 ผู้วิจัยติดตามค่า DTX 2 ครั้ง/สัปดาห์ และสัปดาห์สุดท้ายของเดือนนัดพบแพทย์ เดือนที่ 2-3 ติดตามค่า DTX 1 ครั้ง/สัปดาห์ และหลังรับประทานอาหารเที่ยง 2 ชั่วโมง โดยจะส่งข้อมูลผ่าน Application line หลังสิ้นสุดเดือนที่ 3 นัดพบแพทย์เพื่อติดตามค่า FBS และ HbA1c แพทย์จะพิจารณาปรับลดยา อีกทั้งเดือนที่ 1-6 ติดตาม Telemedicine เดือนละ 1 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะปรึกษาผู้วิจัยหรือทีมสหวิชาชีพสามารถปรึกษาได้ผ่าน Application line และเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ดูสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจให้การดูแลทั้งครอบครัวในการสร้างพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากโปรแกรมดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการลดปริมาณข้าว น้ำตาล ของหวาน อาหารไขมันสูง และการเลือกรับประทานผักมากขึ้น สะท้อนถึงความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัว การปรับพฤติกรรมสำเร็จอาจเกิดจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเจาะจง เป้าหมายที่ตั้งร่วมกับผู้ป่วยและการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่าน Telemedicine ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสอดคล้องกับการศึกษาของจงกล สุกิจจรักษ์ ศึกษาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย[8] ที่ระบุว่าการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชิต สุขสบาย[9] ศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ให้เข้าสู่ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น และคณะ[10] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพรที่แสดงว่าโปรแกรมควบคุมคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดค่า HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้ผู้ป่วยบางรายเข้าสู่ภาวะสงบของโรค (Remission) ได้จะเห็นได้ว่า ความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมปริมาณอาหารที่ควบคุมคาร์โบไฮเดรตและการบริโภคช่วงเวลาการรับประทาน โดยเฉพาะการทำ IF 16/8 ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับอินซูลินและความไวของเซลล์ต่ออินซูลินนอกจากนี้ยังสะท้อนว่าการมีแรงเสริมจากผู้ให้คำปรึกษาและการติดตามต่อเนื่องสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเกษตรกรและมีรายได้จำกัด แต่ก็สามารถปฏิบัติตามแนวทางของโปรแกรมได้ดี อาจเนื่องจากความเรียบง่ายของโปรแกรมเช่น ไม่ต้องใช้ยา ไม่ต้องซื้ออาหารเสริม และอาศัยการใช้วัตถุดิบพื้นฐานในชุมชน

จุดเด่นของการวิจัย

1. การออกแบบโปรแกรมเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการตั้งเป้าหมาย โดยอิงจาก BMI และประวัติการใช้ยา ซึ่งช่วยให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. ใช้เทคโนโลยีในการติดตามโดย Telemedicine และ Application Line เพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย ช่วยให้ประเมินภาวะน้ำตาลผิดปกติได้อย่างทันท่วงที และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ไม่มีกลุ่มควบคุม (No Control Group) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงโดยตรง และอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ส่งผลต่อผลลัพธ์

2. ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกทั้งหมด เช่น การเปลี่ยนแปลงการใช้ยา การออกกำลังกายนอกโปรแกรม หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่บริบทที่คล้ายคลึงกัน ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มต้น

2. ควรจัดทำคู่มือเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น คู่มือ Low-carb ฉบับชุมชน หรือแอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรมแบบง่าย

3. ส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็น “โค้ชสุขภาพ” ร่วมกับญาติผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

2. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม เช่น การเข้าสู่ภาวะสงบของโรคในระยะ 12 เดือนขึ้นไป

3. ควรเพิ่มเติมการวิเคราะห์ตัวแปรอื่น เช่น ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.

moph.go.th/uploads/publish/1517720240105042138.pdf

3. Wu H, Yang A, Lau E S H, Zhang X, Fan B, Ma R C W. 1-year weight change after diabetes diagnosis and long-term incidence and sustainability of remission of type 2 diabetes in real-world settings in Hong Kong: An observational cohort study. PLoS Med. 2024;21(1):e1004327.
4. นวพร วุฒิธรรม, สุภาพร เชยชิด, ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน. การอดอาหารเป็นช่วงและการรับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(4):239-52.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ฐานข้อมูล Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3
6. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. Journal of educational evaluation for health professions. 2021;18.
7. ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):323–30.
8. จงกล สุกิจจารักษ์. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2567.
9. พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2567;38(1):1–15.
10. เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น, พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):540-50.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดมหาสารคาม
Development of a Surveillance System for Visual Impairments Among Grade 1 Primary School Students in Maha Sarakham Province

ศิริรัตน์ จ่ากุญชร* ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย**
Sirirat Jakoonchon, Piyalak Pukdeesamai
Corresponding author: E-mail: sirirat.phe@gmail.com
(Received: August 8, 2025; Revised: August 15, 2025; Accepted: September 15, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็นระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบ โดยใช้แนวคิด PAOR ในการดำเนินงานวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย คู่มือแนวทางการดำเนินงานคัดกรองสายตานักเรียน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย สมุดบันทึกสุขภาพของนักเรียน แบบบันทึกการคัดกรองสายตา และระบบโปรแกรม Vision 2020 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล และการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการดำเนินงานเดิมยังไม่มีความต่อเนื่อง การประสานงานไม่เป็นระบบ และขาดเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 1) ระบบบริหารจัดการ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) ระบบคัดกรองและส่งต่อที่มีมาตรฐาน และ 4) ระบบข้อมูลและรายงานผล ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงานพบว่าในปีการศึกษา 2567 นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการคัดกรองสายตาร้อยละ 85.31 พบภาวะสายตาผิดปกติร้อยละ 2.26 และในกลุ่มที่มีความผิดปกติได้รับแว่นสายตาที่เหมาะสมถึงร้อยละ 82.12 โดยภาวะสายตาสั้นเป็นปัญหาหลัก รองลงมาคือสายตายาวและสายตาเอียง นอกจากนี้ ระบบที่พัฒนายังส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานในพื้นที่ สร้างความต่อเนื่องในการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตานักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ช่วยเพิ่มอัตราการคัดกรอง คัดแยกผู้มีภาวะสายตาผิดปกติ และส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่ยั่งยืน สามารถขยายผลได้ในระดับจังหวัดและพื้นที่อื่นต่อไปได้

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ; การเฝ้าระวังปัญหาสายตา; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; เด็กวัยเรียน

*,** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purposes : This study aimed to develop and evaluate a surveillance system for visual impairments among Grade 1 primary school students in Maha Sarakham Province, Thailand.

Study design : An action research approach.

Materials and Methods : An action research approach was employed and structured into three phases: (1) situation analysis, (2) system development, and (3) system evaluation. The research process was guided by the PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) framework in collaboration with local stakeholders. Research instruments included a vision screening guideline, in-depth interviews, and focus group discussions. Data collection tools comprised student health records, vision screening forms, and the Vision 2020 program. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were subjected to typological and thematic analysis.

Main finding : Phase 1: The situational analysis revealed that the previous practices lacked continuity, systematic coordination, and effective communication tools. Phase 2: The developed surveillance system consisted of four components: (1) management system, (2) personnel capacity building, (3) standardized screening and referral system, and (4) information and reporting system. Phase 3: The evaluation in the academic year 2024 demonstrated that 85.31% of Grade 1 students underwent vision screening, with 2.26% identified with visual impairments. Among these, 82.12% received appropriate corrective eyeglasses. Myopia was the most prevalent condition, followed by hyperopia and astigmatism. Furthermore, the developed system enhanced inter-agency collaboration and ensured continuity of services.

Conclusion and recommendations : The development of a surveillance system for visual impairments among primary school students improved screening coverage, facilitated early detection and referral, and fostered sustainable intersectoral collaboration. This model demonstrates scalability and applicability for provincial and national implementation.

Keywords : Development of a surveillance system; Visual impairments; Action research; School children

*,**Public Health Technical Officer, Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

การให้ความสำคัญเรื่องสายตาและการมองเห็นถือเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้ พัฒนาการทางสมอง บุคลิกภาพ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก ภาวะสายตาที่ผิดปกติที่นำไปสู่ภาวะตาบอดในเด็กไทยเป็นกลุ่มโรคที่หลีกเลี่ยงได้ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันเวลา[1] การแก้ไขปัญหาภาวะผิดปกติทางสายตาในเด็กตามโครงการเด็กไทยสายตาดีมีข้อพิสูจน์ที่ชัดเจนในผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การลดภาวะตาบอด การแก้ไขภาวะสายตาผิดปกติในเด็ก และเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็ก จากข้อมูลรายงาน Vision 2020 ปีการศึกษา พ.ศ.2563 - 2565 มีนักเรียนไทยชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาโดยครูประจำชั้น เพียงร้อยละ 26.21, 8.69 และ 17.09 ตามลำดับ[2] เมื่อพิจารณาการได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ในปีการศึกษา 2563 มีนักเรียน ป.1 เพียงร้อยละ 13.4 ที่คัดกรองพบสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษาหรือแก้ไขภาวะสายตาโดยจักษุแพทย์และได้รับแว่นเพียง 631 คน ปีการศึกษา 2565 เขตสุขภาพที่ 7 มีนักเรียน ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาโดยครูประจำชั้น ร้อยละ 36.55 ซึ่งจังหวัดมหาสารคามมีนักเรียน ป.1 เพียงร้อยละ 0.65 ที่คัดกรองพบสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษาหรือแก้ไขภาวะสายตาหรือโรคตาอื่นๆ โดยจักษุทีม และได้รับแว่นสายตา จำนวน 55 คน (โปรแกรม Vision2020, 5 กันยายน 2566) จากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่าปัญหาทางสายตาในเด็กวัยเรียนพบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก และจากข้อมูลระบบการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ามีรอยต่อการดำเนินงานตั้งแต่การคัดกรองเพื่อเข้าสู่ระบบบริการรวมถึงการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการรวมทั้งระบบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ดังนั้นเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานและการประสานความร่วมมือจากเครือข่ายหลายภาคส่วน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2567 ดำเนินการวิจัยใช้แนวคิด PAOR ของ Kemmis &Mc Taggart[3] มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน (การวางแผน (Planning) การดำเนินงานขั้นปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการจัดระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในปัจจุบัน ปัญหาสายตาในนักเรียนและการดำเนินงานดูแลสุขภาพตาของนักเรียนในสถานศึกษา วิเคราะห์การดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้หลัก 7s Model เพื่อนำสู่ขั้นตอนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม และทดลองใช้ระบบดำเนินการ ดังนี้ 1) การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ โดยเริ่มจากการจัดประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนการดำเนินงาน กำหนดผู้มีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม 2) ดำเนินการตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม และสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ รวมทั้งวางแผนสร้างกลไกในการกำกับติดตาม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

- จัดระบบบริหารจัดการในหน่วยบริการทั้งส่วนศึกษาและส่วนสาธารณสุข
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานศึกษา (ครูอนามัย) และบุคลากรสาธารณสุข โดยจัดอบรมหลักสูตรการคัดกรองสายตานักเรียน
- จัดระบบคัดกรองสายตานักเรียน และนักเรียนที่พบความผิดปกติของสายตาได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม
- จัดระบบข้อมูลและระบบรายงานผลการคัดกรองสายตา และการส่งต่อ

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยติดตามด้านกระบวนการคัดกรองสายตานักเรียน การส่งต่อ และติดตามผลการเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) แจ้งผลการติดตามการดำเนินงานด้านกระบวนการคัดกรองสายตานักเรียน การส่งต่อ และติดตามผลการเข้ารับการรักษา รวมทั้งปัญหาอุปสรรค แก่ต้นสังกัดของสถานศึกษาและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ประเมินผล เป็นการประเมินผลระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยประเมินจากผลการคัดกรองสายตานักเรียนในระบบ Vision 2020 และผลการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุทีม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ครูอนามัยโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1-3 จำนวน 534 คน

2) ครูอนามัยโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ จำนวน 12 คน

3) ครูอนามัยโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนในพื้นที่ จำนวน 20 คน

4) ครูอนามัยโรงเรียนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมในพื้นที่ จำนวน 2 คน

5) ผู้รับผิดชอบงานใน สำนักงานเขตพื้นที่ประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1-3 จำนวน 3 คน

6) ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 คน

7) ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 คน

8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจาก รพช. และ สสอ. จำนวน 26 คน

9) บุคลากรจักษุหน่วยตรวจตา (Refraction Unit) ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 2 คน

10) บุคลากรงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน สสจ. จำนวน 1 คน

11) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 8,026 คน (จากฐานข้อมูล HDC วันที่ 6 มิถุนายน 2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การออกแบบพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน คู่มือแนวทางการดำเนินงานคัดกรองสายตานักเรียน อ้างอิงตามกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[4]

เครื่องมือในการรวมรวมข้อมูล ได้แก่ 1. สมุดบันทึกสุขภาพของนักเรียน แบบบันทึกการคัดกรองสายตา ผลการคัดกรองที่สงสัยผิดปกติคือ เด็กไม่สามารถอ่านระดับที่ 20/40 ได้ทั้งหมดในตาข้างใดข้างหนึ่ง 2. ระบบโปรแกรม www.vision2020thailand.org เพื่อจัดเก็บข้อมูลบริหารจัดการ ติดตามประเมินผล (กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม ตามประเด็นการวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิด 7s ของแมคคินซีย์ จำนวน 7 ประเด็นหลัก 4. แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 7 ข้อ ใช้ในการประเมินการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน

โดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือทั้งหมดผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

ตามมาตรฐานโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแก้ไขปัญหาสายตาในนักเรียน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขภาษาที่ใช้ และตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือไปทดลองกับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการจำนวน 1 วงรอบ ด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการคัดกรองสายตาของนักเรียน ในจังหวัดมหาสารคาม จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ชัดเจน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล และการวิเคราะห์แก่นสาระ การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 2/2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหาสถานการณ์ โรงเรียนและสถานะสุขภาพนักเรียนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีโรงเรียนประถมศึกษาทั้งหมด 568 แห่ง ในปี 2565 พบว่ามีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้นโดยครู จำนวน 9,056 คน พบสงสัยสายตาผิดปกติจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 และได้รับการวินิจฉัยจากจักษุทีมให้ได้รับแว่นสายตา จำนวน 55 คน (ข้อมูลโปรแกรม Vision 2020 ณ 5 กันยายน 2566) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน ในจังหวัดมหาสารคาม

ผลการคัดกรอง	ปีการศึกษา พ.ศ.2565	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. นักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง (N=9,140)	9,056	99.08
2. พบสงสัยสายตาผิดปกติ	62	0.68
3. เข้ารับการตรวจวินิจฉัยกับจักษุทีม	62	100.00
4. ได้รับแว่นสายตา	55	93.22

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้หลัก 7s Model พบว่า 1) ด้านกลยุทธ์ (Strategy) มี MOU ร่วมหลายหน่วยงาน ยึดนโยบาย “เด็กไทยสายตาดี” 2) ด้านโครงสร้าง (Structure) มีการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน โดยคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนจังหวัดมหาสารคาม ที่มาจากทุกภาคส่วน ขาดความต่อเนื่องของบุคลากรและมีการปรับเปลี่ยนบ่อย ในพื้นที่

ส่งผลต่อความเสถียรของระบบ 3) ระบบ (System) มีระบบคัดกรองและส่งต่อชัดเจน แต่ยังเกิด “รอยต่อ” ที่ทำให้เด็กบางคนหลุดระบบ 4) รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องและได้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน แต่ยังขาดความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการส่งต่อเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม 5) บุคลากร (Staff) ขาดแคลนจักษุทีม (จักษุแพทย์ และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา นักทัศนมาตร) บุคลากรหน่วย Refraction Unit และผู้เกี่ยวข้องบางคนเป็นผู้รับผิดชอบงานใหม่ประสบการณ์น้อย แต่มีการฝึกอบรมจากส่วนสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง 6) ทักษะเฉพาะและสมรรถนะของบุคลากร (Skill) บุคลากรส่วนใหญ่มีทักษะ ความรู้และความชำนาญที่เหมาะสม แต่ยังต้องพัฒนา อย่างต่อเนื่อง และ 7) ค่านิยมร่วม (Shared Values) มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมในบางภาคส่วน และจากข้อมูลดังกล่าวนำมาสู่กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนของจังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการพัฒนาในระยะที่ 2 ดังนี้

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน เป็นการดำเนินการต่อเนื่องมาจากระยะที่ 1 ตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) สร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานใน สนง.สพป.มค. เขต 1-3 จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจาก รพช. และ สสอ. จำนวน 26 คน บุคลากรหน่วย Refraction ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 2 คน และบุคลากรงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน สสจ. จำนวน 1 คน รวม 34 คน โดยเริ่มจากการประชุมร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วางแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกิจกรรม เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา และค้นหารูปแบบกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนของจังหวัดมหาสารคามให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งพบว่า รูปแบบการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ควรมีการจัดระบบบริหารจัดการในหน่วยบริการ 2) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานศึกษา (ครูอนามัย) และบุคลากรสาธารณสุขทุกโรงเรียนในจังหวัดมหาสารคาม 3) จัดระบบคัดกรองสายตานักเรียนเริ่มตั้งแต่การคัดกรองเบื้องต้นจากโรงเรียน ตรวจยืนยันโดยโรงพยาบาลชุมชน จัดระบบให้นักเรียนที่พบสงสัยสายตาผิดปกติได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุทีมที่โรงพยาบาลมหาสารคาม หรือ Refraction Unit และ 4) จัดระบบข้อมูลและระบบรายงานผลการคัดกรองสายตาและการส่งต่อ

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม ทุกโรงเรียน ดังนี้

2.1 จัดระบบบริหารจัดการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมกันระหว่างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการศึกษา คือ ครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ครูอนามัยโรงเรียน และบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประชุมชี้แจงการดำเนินงานเพื่อให้ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุน โดยกำหนดให้แต่ละหน่วยงานมีบทบาท ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย และดำเนินการ ดังนี้ 1) ประสานงานกับโรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัดของจังหวัดมหาสารคามในการคัดกรองสายตานักเรียน 2) สนับสนุนทางด้านวิชาการโดยการจัดอบรมการคัดกรองสายตานักเรียนให้แก่ครูประจำชั้น ครูอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 3) ประสานงานระหว่างจักษุทีมโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผล และ 4) กำกับ ติดตาม

รวบรวมผลการดำเนินงาน

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม, สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามหาสารคามเขต[1-3], สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม, สำนักงานเทศบาลเมืองมหาสารคาม, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ทำหน้าที่ ประสาน ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และสนับสนุนการดำเนินงาน การคัดกรองสายตานักเรียนในโรงเรียนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ รวมทั้งสนับสนุนการให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นให้โรงเรียนทุกสังกัด ดำเนินการ ดังนี้

1) เฝ้าระวังคัดกรองสายตานักเรียน ปีละ 1 ครั้ง บันทึกผลการตรวจคัดกรองสายตานักเรียน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ https://shorturl.asia/CAwzm นำส่งไฟล์ให้กับ รพช./สสอ. ภายในวันที่ 10 มิถุนายน 2567 เพื่อทำการ Upload เข้าระบบ Vision 2020 ต่อไป

2) ส่งต่อนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติ หรือมีโรคทางตาอื่น ๆ ได้รับการตรวจซ้ำร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบโรงเรียน

3) ติดต่อผู้ปกครองของนักเรียนที่ได้รับการตรวจพบว่ามีภาวะสายตาผิดปกติหรือมีโรคทางตาอื่น ๆ เพื่อขออนุญาตส่งตัวเข้ารับการตรวจยืนยันผลโดยจักษุแพทย์

4) แจ้งผลการตรวจยืนยันจากจักษุแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่มีหน่วยวัดสายตา (Refraction Unit) ให้แก่ ผู้ปกครองรับทราบและนัดหมายเพื่อติดตามผลครั้งต่อไป

โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงาสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ 1) สนับสนุนทางด้านวิชาการโดยการจัดอบรมการคัดกรองสายตานักเรียนให้แก่ครูประจำชั้น ครูอนามัยในโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2) ตรวจคัดกรองซ้ำเพื่อยืนยันผลการตรวจคัดกรองเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติจากโรงเรียน 3) ประสานงานกับครูในโรงเรียน เพื่อส่งนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติเข้ารับการตรวจ วินิจฉัยเพื่อยืนยันผลที่โรงพยาบาลมหาสารคามหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีหน่วย Refraction Unit ที่รับผิดชอบพื้นที่ 4) บันทึกและรวบรวมข้อมูลการคัดกรองสายตานักเรียน และรายงานผลการดำเนินงาน ในระบบ HIS ของหน่วยบริการ และระบบ Vision2020 และ 5) เสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนจากท้องถิ่น

โรงพยาบาลมหาสารคาม/โรงพยาบาลชุมชนที่มีหน่วย Refraction Unit ทำหน้าที่ 1) สนับสนุนจักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา หรือนักทัศนมาตร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผล ให้การรักษาอย่างเหมาะสม และจัดหาแว่นตาให้กับเด็กนักเรียนที่มีสายตาผิดปกติ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งการจัดช่องทางการให้บริการเป็นกรณีเฉพาะ (Fast tract) สำหรับนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติที่ส่งต่อ (Refer) มารับการตรวจวินิจฉัย ตรวจยืนยันผล การรักษาที่เหมาะสม 2) สนับสนุนบุคลากรจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา หรือนักทัศนมาตร และร่วมดำเนินการจัดอบรมฟื้นฟูหลักสูตรการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้แก่ แพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ประสานงานกับหน่วยรับตัดแว่นตาหรือร้านแว่นตา เพื่อตัดแว่นตาให้กับเด็ก 4) ติดตามและประเมินผลเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติที่ได้รับแว่นตา ตรวจติดตามหลังใช้แว่น 3 เดือน และรายงานผล และ 5) บันทึกและรวบรวมข้อมูลการคัดกรองสายตาของนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติ ผลการตัดแว่นตาให้เด็ก โดยบันทึกผลการตรวจวินิจฉัย พร้อมบันทึกค่าสายตา ลงในระบบ HIS ของหน่วยบริการ และระบบข้อมูล Vision 2020 แล้วบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกค่าชดเชยบริการแว่นตา หน่วยบริการภูมิภาคสังกัด สป.สธ. บันทึก Financial Data Hub (FDH) สังกัดนอก สป.สธ. บันทึกผ่านโปรแกรม E-claim หรือระบบที่กำหนด[5-6]

องค์กรปกครองท้องถิ่น ทำหน้าที่ ประสาน ถ่ายทอดนโยบาย และเสนอแนะ อปท. ในการดำเนินงานการคัดกรองสายตานักเรียนในโรงเรียนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ รวมทั้งสนับสนุนให้นักเรียนในโรงเรียนภายใต้สังกัด

อื่นที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ได้รับการคัดกรองสายตา และการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น ดังนี้ 1) สนับสนุนและอำนวยความสะดวกการจัดการเดินทางให้นักเรียนที่มีสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยตามความเหมาะสมของพื้นที่ (ตรวจวินิจฉัย รับแว่นตา ทดสอบแว่นสายตา และตรวจติดตามหลัง 3 เดือน) และ 2) สนับสนุนงบประมาณในการคัดกรองสายตา และการนำพาเด็กที่มีสายตาผิดปกติเข้ารับบริการ หรือการอบรมครูหรือร่วมจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

2.2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานศึกษา (ครูอนามัย) ทุกโรงเรียนและบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในจังหวัดมหาสารคาม โดยจัดอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังคัดกรองสายตานักเรียนและการบันทึกผลการคัดกรองสายตาในโปรแกรม Vision2020 วิทยากรจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคามทั้ง 3 เขตพื้นที่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจัดอบรมผ่านระบบออนไลน์ 1 วัน และ อบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 วันๆ ละ 1 รุ่น แบ่งเป็นรุ่นที่ 1 ประกอบด้วยบุคลากรกลุ่มเป้าหมายจากอำเภอเมืองแกดำ บรบือ และกันทรวิชัย รุ่นที่ 2 ประกอบด้วยบุคลากรกลุ่มเป้าหมายจากอำเภอวาปีปทุม พยัคฆภูมิพิสัย นาดูน ยางสีสุราช และนาเชือก และรุ่นที่ 3 ประกอบด้วยบุคลากรกลุ่มเป้าหมายจากอำเภอโกสุมพิสัย เชียงยืน กุดรัง และชื่นชม รวมทั้งสนับสนุนสื่อ และอุปกรณ์ในการดำเนินงานคัดกรองสายตานักเรียนและสมุดตรวจสุขภาพด้วยตนเองให้ทุกแห่ง จัดอบรมฟื้นฟูหลักสูตรการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติให้แก่แพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน โดยวิทยากรจากจักษุทีมโรงพยาบาลมหาสารคาม

2.3 จัดระบบคัดกรองสายตานักเรียน โดยครูประจำชั้นหรือครูอนามัยทำการคัดกรองสายตานักเรียนชั้น ป.1 ทุกคน และเด็กอายุ 3-12 ปี ที่ครูสังเกตพบสงสัยสายตาผิดปกติ บันทึกผลการคัดกรองของนักเรียนทุกคนตามรูปแบบรายงานที่กำหนดเพื่อส่งข้อมูลให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานวัยเรียนในพื้นที่ทำการตรวจคัดกรองซ้ำพร้อมกับยืนยันผลและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 ส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนระดับจังหวัดสรุปข้อมูลนักเรียนที่พบสงสัยสายตาผิดปกติให้แก่จักษุทีมโรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อกำหนดวันเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยรักษาอย่างเหมาะสมโดยจักษุทีมต่อไป

2.4 จัดระบบข้อมูลและระบบรายงานผลการคัดกรองสายตา และการส่งต่อ มี สสอ./รพช. บันทึกข้อมูลในระบบ การบันทึกผลการคัดกรองตามรูปแบบในโปรแกรม Vision 2020 จัดทำคู่มือการคัดกรองประสานกับ Refraction Unit ที่ให้บริการแก่พื้นที่เพื่อส่งเด็กที่สงสัยสายตาผิดปกติเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุทีมที่หน่วยบริการ ดังนี้ 1) โรงพยาบาลมหาสารคามให้บริการในพื้นที่อำเภอเมือง และบริการเชิงรับที่คลินิกตา 2) Refraction Unit โรงพยาบาลบรบือ ให้บริการในพื้นที่อำเภอบรบือ นาเชือก และกุดรัง 3) Refraction Unit โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ให้บริการในพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย นาดูน วาปีปทุม และยางสีสุราช 4) Refraction Unit โรงพยาบาลเชียงยืน ให้บริการในพื้นที่อำเภอเชียงยืน โกสุมพิสัย ชื่นชม และกันทรวิชัย และ 5) Refraction Unit โรงพยาบาลแกดำ ให้บริการในพื้นที่อำเภอแกดำ

สร้างช่องทางการติดต่อประสานงาน โดยสร้าง Application Line กลุ่มในการประสานงาน ติดตาม รวมทั้งใช้ในการสอบถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการแก้ไขปัญหา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลระบบ และการจัดช่องทางการให้บริการเป็นกรณีเฉพาะ (Fast tract) สำหรับนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติที่ส่งต่อ (Refer) มารับการตรวจวินิจฉัย ตรวจยืนยันผลการรักษาที่เหมาะสม

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยติดตามทุกหน่วยงานตามหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้น ทั้งด้านกระบวนการคัดกรองสายตานักเรียน การส่งต่อ ติดตามผลการเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม ติดตามการใช้แว่นทุก 3 เดือน เพื่อให้กระตุ้นติดตามและเสนอแนะแก่ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละอำเภอ

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) แจ้งผลการติดตามการดำเนินงานด้านกระบวนการคัดกรองสายตานักเรียน การส่งต่อ และติดตามผลการเข้ารับการรักษา รวมทั้งปัญหาอุปสรรค แก่ต้นสังกัดของสถานศึกษาและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน เป็นการประเมินผลระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม โดยประเมินจากผลการคัดกรองสายตานักเรียนในระบบ Vision2020 และผลการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุทีม

1. จากการประเมินโดยใช้การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับเขต และผู้บริหารโรงเรียนทำให้พบว่ามีการรับทราบนโยบาย และขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกันทั้งจังหวัด

2. จากการประเมินศักยภาพครูที่ผ่านการอบรมโดยการทำแบบทดสอบหลังการอบรมพบว่าครูมีความรู้ความเข้าใจผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ครบทุกคนและสามารถทำการคัดกรองสายตาเบื้องต้นในนักเรียนได้

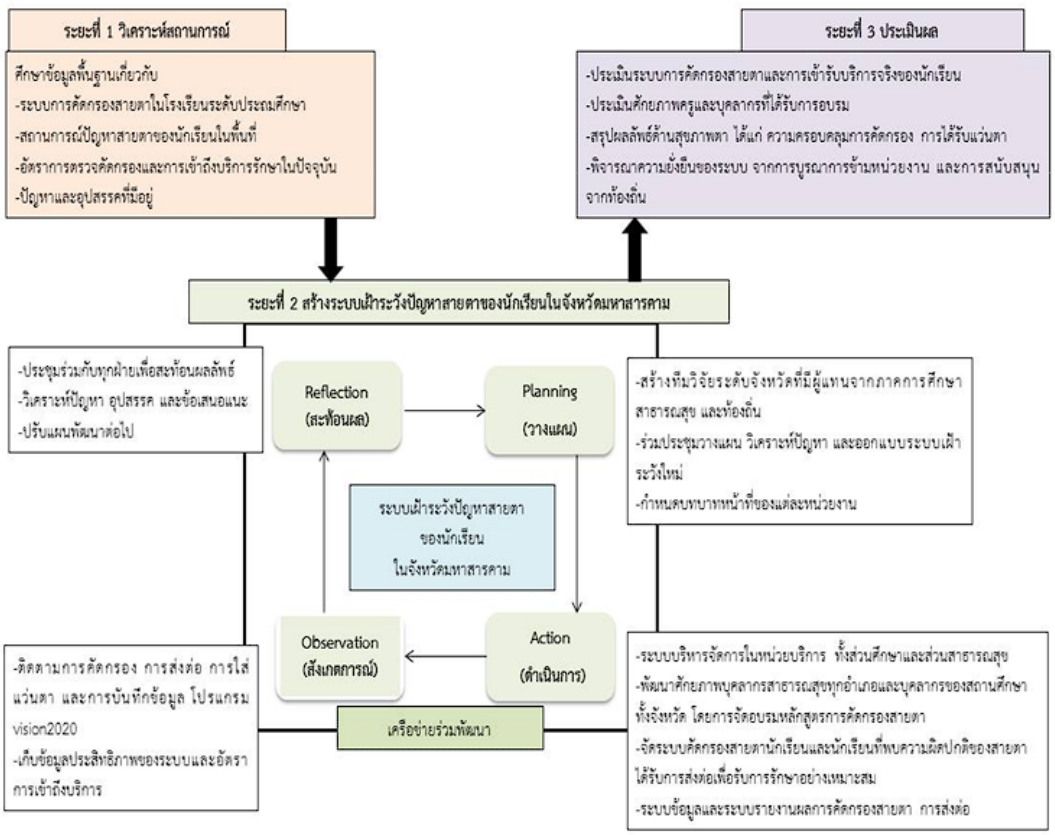
3. เกิดระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม มีความร่วมมือแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน พร้อมแนวทางการปฏิบัติงานชัดเจน มีระบบข้อมูลรายงานผล และระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานผ่าน Application Line กลุ่ม ช่วยให้การสื่อสารและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เร็วขึ้น โดยปีการศึกษา 2567 ผลการเฝ้าระวังปัญหาสายตาในนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 7,809 คน (จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567) ได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้นจากครูหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวน 6,662 คน (85.31) แม้สัดส่วนลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ.2567 แต่ยังถือว่าอยู่ในระดับสูง จากการตรวจโดยจักษุทีมพบว่านักเรียนชั้น ป.1 ที่มีความผิดปกติของสายตาและมีความจำเป็นต้องรับการรักษาโดยแว่นสายตาจำนวน 151 คน (2.26) บ่งบอกถึงความแม่นยำในการคัดกรองที่ดีขึ้นหรือระบบที่มีความไว (Sensitivity) มากขึ้นและได้รับแว่นสายตาจำนวน 124 คน (82.12) และนักเรียนชั้นอื่นๆ ที่ไม่ใช่ ป.1 มีความผิดปกติของสายตาและได้รับแว่นสายตาจำนวน 214 คน ดังตารางที่ 2 จากข้อมูลผลการตรวจวินิจฉัยจากจำนวนนักเรียนที่ได้รับแว่นตาทั้งหมด 338 คน จำแนกเป็นภาวะสายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง และตาขี้เกียจ ร้อยละ 57.99, 31.07, 9.47 และ 1.47 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน ในจังหวัดมหาสารคาม

ผลการคัดกรองสายตานักเรียน	ปีการศึกษา พ.ศ.2565 (N=9,140)		ปีการศึกษา พ.ศ.2567 (N=7,809)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. นักเรียนที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา	9,056	99.08	6,662	85.31
2. นักเรียนที่มีความผิดปกติทางสายตา	62	0.68	151	2.26
2.1 นักเรียนที่ได้รับแว่นสายตา	55	93.22	124	82.12
3. นักเรียนชั้นอื่นๆที่ไม่ใช่ ป.1 ที่ได้รับแว่นตา	111		214	
4. นักเรียนทั้งหมดที่ได้รับแว่นตา	166		338	

ตารางที่ 3 ผลการจำแนกนักเรียนทั้งหมดที่ค่าสายตาผิดปกติ (n=338)

ผลการวินิจฉัยของจักษุทีม	นักเรียนชั้น ป.1		นักเรียนชั้นอื่นๆ		รวมทั้งหมด	ร้อยละ
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
1. H520: สายตายาว	21	38	26	20	105	31.07
2. H521: สายตาสั้น	28	21	60	87	196	57.99
3. H522: สายตาเอียง	7	8	10	7	32	9.47
4. H530: ภาวะตาขี้เกียจ	0	1	3	1	5	1.47



รูปที่ 1 ระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียน ในจังหวัดมหาสารคาม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม และประเมินผลการดำเนินงานของระบบดังกล่าว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผลการดำเนินงานเกิดระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่า ระบบเฝ้าระวังสายตาที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยในปีการศึกษา 2567 มีนักเรียนได้รับการคัดกรองถึงร้อยละ 85.31 และสามารถตรวจพบภาวะผิดปกติทางสายตาร้อยละ 2.26 ซึ่งสูงขึ้นจากปีก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ยังมีนักเรียนที่ได้รับแว่นสายตาร้อยละ 82.12 ของผู้ที่ตรวจพบภาวะผิดปกติ เมื่อจำแนกผลการตรวจวินิจฉัยพบว่าส่วนใหญ่มีสายตาสั้นร้อยละ 57.99 และภาวะสายตายาวร้อยละ 31.07 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของนักเรียนอย่างตรงจุด ซึ่งถือเป็นความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็ก

ผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาระบบ ได้แก่ การวางแผน การดำเนินการ สังเกตการณ์ และการสะท้อนผล (PAOR) ซึ่งอ้างอิงจากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการมีส่วนร่วม และการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถลดช่องว่างระหว่าง “การตรวจคัดกรอง” และ “การเข้าถึงบริการรักษา” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เน้นการส่งเสริมระบบเฝ้าระวังสุขภาพตาในเด็กตั้งแต่วัยเรียนเพื่อป้องกันภาวะตาบอด และยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็ก[1] การวิจัยยังพบว่า การเสริมสร้างการทำงานร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานด้านการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบเฝ้าระวังสายตามีความยั่งยืน โดยเฉพาะการจัดประชุมร่วม การอบรม และการสื่อสารผ่านช่องทางเทคโนโลยี (เช่น กลุ่ม LINE) ทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็ว ถือเป็นการดำเนินการตามแนวคิดระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health system) ซึ่งได้รับการส่งเสริมในงานวิจัยของ ชุติมา อัตถากรโกวิท[7] ที่เสนอว่าการวัดสายตาควรมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพสายตาในสถานศึกษา นอกจากนี้ การดำเนินงานยังเชื่อมโยงกับข้อเสนอของสรรพัฒน์ รัตนิน และคณะ[8] ที่กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการมองเห็นให้เหมาะสมตามวัย และหากมีความผิดปกติควรได้รับการดูแลโดยเร็ว เพื่อไม่ให้กระทบต่อพัฒนาการทางสมองและการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งถือเป็นการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ยังชี้ให้เห็นข้อจำกัดบางประการ เช่น การขาดผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ บุคลากรที่มีประสบการณ์ไม่เพียงพอ และภาระงานของโรงพยาบาลในการตรวจวินิจฉัย ซึ่งตรงกับข้อเสนอของดิเรก ผาติกุลศิลา[9] ที่เน้นว่า หากระบบการดูแลสายตาไม่ต่อเนื่องและไม่มีบุคลากรที่มีความรู้เพียงพอ เด็กอาจสูญเสียโอกาสในการพัฒนาการมองเห็นอย่างเหมาะสมตามวัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตานี้ สามารถช่วยเด็กที่มีปัญหาทางสายตาได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม และเด็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางและได้รับแว่นตาครอบคลุมทุกราย อีกทั้งยังเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่จังหวัดอื่นที่มีลักษณะและบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือเขตบริการสุขภาพที่ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ชัดเจนและมีทรัพยากรจำกัด พร้อมทั้งควรมีการศึกษาระบบติดตามผลหลังการมอบแว่นสายตาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผลต่อพฤติกรรมการใช้แว่นตาของนักเรียน ผลต่อการเรียน และการพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนระบบสารสนเทศด้านสุขภาพตา เช่น ระบบแจ้งเตือนนัดหมาย ระบบติดตามออนไลน์ หรือแอปพลิเคชันที่ใช้สื่อสารระหว่างโรงเรียน หน่วยบริการ และผู้ปกครอง

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบข้อมูล การเสริมความร่วมมือระหว่างภาคการศึกษา สาธารณสุข และองค์กรปกครองท้องถิ่น ทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน และ สนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) เพื่อกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพตาเด็กได้อย่างเหมาะสม

จุดเด่นของงานวิจัยนี้ คือ ใช้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้กรอบแนวคิด PAOR ซึ่งเอื้อต่อการสร้างการมีส่วนร่วมและการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังครบวงจร ครอบคลุมการวางแผน การคัดกรอง การส่งต่อ การรักษา และการติดตามผล ส่งเสริมความร่วมมือแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านการศึกษา สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Vision 2020 และกลุ่ม LINE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านข้อมูลและการสื่อสาร ทำให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและรับแว่นสายตาอย่างครอบคลุม

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ ขาดบุคลากรเฉพาะทาง เช่น จักษุแพทย์และนักทัศนมาตร ทำให้ภาระงานกระจุกตัวที่โรงพยาบาลหลัก ระบบพึ่งพาการประสานงานจากหลายหน่วยงาน หากขาด “ผู้ประสานหลัก” อาจส่งผลต่อความต่อเนื่อง อีกทั้งภาระงานของหน่วยบริการสุขภาพสูงอาจทำให้การตรวจวินิจฉัยและส่งต่อบางรายล่าช้า ทั้งนี้ขอบเขตการวิจัยครอบคลุมเพียงจังหวัดมหาสารคาม อาจไม่สะท้อนความแตกต่างด้านทรัพยากรและบริบทในพื้นที่อื่น และยังไม่มีการติดตามผลระยะยาว เช่น การใช้แว่นอย่างต่อเนื่อง และผลกระทบต่อพัฒนาการเรียนรู้

งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาในจังหวัดมหาสารคาม โดยสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการได้รับแว่นสายตาในเด็กนักเรียนได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังวางรากฐานของการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างภาคการศึกษา สาธารณสุข และท้องถิ่น ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพตาในเด็กในระดับพื้นที่อื่นได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนจังหวัดมหาสารคาม ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจากหัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 7 หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสนอแนวคิดอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ พร้อมทั้งยังช่วยพัฒนาการทำงานของคณะผู้วิจัยให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนในพื้นที่ทุกท่าน ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดมหาสารคามทุกเขต ผู้บริหารสถานศึกษา คณะครูและขอบคุณนักเรียนในสถานศึกษาที่ขับเคลื่อนงานทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Vision 2020: The right to sight. Report of an intercountry consultation on development of regional strategies [Internet]. 2001 [cited 2024 Aug 25]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206524/B1464.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. กรมอนามัย. รายงานผลการดำเนินงานโครงการเด็กไทยสายตาดี. การประชุมขับเคลื่อนโครงการเด็กไทยสายตาดี ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 6/2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/newsamai/download/?did=211214&id=97183&reload=]
3. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจคัดกรองระดับการเห็นในเด็กระดับชั้นอนุบาล และ

ชั้นประถมศึกษา สำหรับการดำเนินงานโครงการเด็กไทยสายตาดี เพื่อเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ตามนโยบาย “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.

5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. นนทบุรี; 2561.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หนังสือ สปสช. 3.65/74/2559 ลว 1 มี.ค. 2559 เรื่องแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาและป้องกันภาวะความผิดปกติของการมองเห็นในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thongthinlaw.com/p/blog-page_68.html
7. ชุติมา อัตถากรโกวิท. คุณภาพชีวิตของนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพสายตา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์และการพัฒนา. 2549;4(1):45–52.
8. สรรพัฒน์ รัตนิน, ทีมจักษุแพทย์โรงพยาบาลจักษุ รัตนิน. รอบรู้เรื่องตา (น. 25). กรุงเทพฯ: บริษัทเรือนปัญญา จำกัด; 2547.
9. ดิเรก ผาติกุลศิลา. กายวิภาคและพัฒนาการของการมองเห็นในเด็ก. ใน: ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และสุดารัตน์ ใหญ่สว่าง, บรรรณาธิการ. ตำราจักษุวิทยาเด็กและตาเข. กรุงเทพฯ: ชมรมจักษุวิทยาเด็กและตาเขราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย; 2546.

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลชุมชน: การศึกษาเชิงย้อนหลัง

Factors Associated with a Prolonged Hospital Stay Following Total Knee Arthroplasty in a Community Hospital: A Retrospective Cohort Study

ณัฐกานต์ บาริศรี*

Natthakan Barisri

Corresponding author: E-mail: Natthakan43@gmail.com

(Received: August 15, 2025; Revised: August 22, 2025; Accepted: September 22, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัด TKA ในโรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงย้อนหลังนี้ได้วิเคราะห์เวชระเบียนของผู้ป่วย 97 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว ณ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 การผ่าตัดทั้งหมดดำเนินการโดยศัลยแพทย์เพียงท่านเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ ผู้ที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (> 3 วัน) และกลุ่มที่มีระยะเวลามาตรฐาน (≤ 3 วัน) วิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Chi-square test) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p < .20$ และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ Multiple logistic regression with backward elimination เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง กำหนนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ได้แก่ เพศหญิง (aOR = 6.25; 95% CI : 2.11, 8.87; $p = .003$), ภาวะแผลแยก (aOR = 13.86; 95% CI: 3.05, 62.96; $p = .001$) และ การดมยาสลบแบบ Spinal Block (aOR = 4.71; 95% CI: 1.79, 12.39; $p = .002$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าเพศหญิง, ภาวะแผลแยก และการดมยาสลบแบบ Spinal Block เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหลังการผ่าตัด TKA การจัดการปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิดจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้

คำสำคัญ : ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล; การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม; ปัจจัยเสี่ยง; ผลลัพธ์หลังการผ่าตัด

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Abstract

Purposes : To investigate risk factors associated with prolonged hospital length of stay following total knee arthroplasty in a community hospital.

Study design : A Retrospective Cohort Study.

Materials and Methods : This retrospective cohort study reviewed medical records of 97 patients who underwent unilateral TKA performed by a single surgeon at Suwannaphum Hospital between January 2023 and December 2024. Patients were categorized into prolonged LOS (>3 days) and standard LOS (≤3 days). Variables with $p < .20$ in univariate chi-square analyses were included in a multiple logistic regression with backward elimination. Adjusted odds ratios (aORs) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated, with significance defined at $p < .05$.

Main finding : Multivariable analysis identified three significant predictors of prolonged LOS: female (aOR = 6.25; 95% CI: 2.11, 8.87; p = .003), wound dehiscence (aOR = 13.86; 95% CI: 3.05, 62.96; p = .001), and spinal block anesthesia (aOR = 4.71; 95% CI: 1.79, 12.39; p = .002).

Conclusion and recommendations : Female, wound dehiscence, and spinal block anesthesia were independent risk factors for prolonged LOS after TKA in a community hospital. Proactive perioperative management particularly enhanced wound care and individualized anesthesia planning may shorten LOS and improve efficiency of care delivery.

Keywords : Length of hospital stay; Total knee arthroplasty; Risk factors; Postoperative outcomes

*Medical Doctor, Professional Level, Suwannaphum Hospital.

บทนำ

แนวโน้มประชากรของไทยพบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจาก 8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 ไปเป็นประมาณ 18 ล้านคนในอีก 60 ปีข้างหน้า[1] การที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้โรคจากความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นตามมาด้วย โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 34.5–45.6[2] และคาดว่ามีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคนทั่วประเทศ[3]

จากข้อมูลทางเวชระเบียน พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งใน 10 โรคอันดับแรกที่ได้รับการตรวจรักษาในห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะท้าย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมถือเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญ ซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวด เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย[4] นอกจากนี้ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศยังรายงานระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอยู่ในช่วงร้อยละ 82–89[4] และมีรายงานจากโรงพยาบาลศิริราชที่พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 97.0 พึงพอใจกับผลการผ่าตัด[5]

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA) ถือเป็นหัตถการมาตรฐานและประสบความสำเร็จอย่างสูงในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้าย[6-7] ด้วยจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญคือ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ซึ่งการลดระยะเวลาลงสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข, ส่งเสริมการฟื้นตัวที่รวดเร็วขึ้น, และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล[8-10] แม้ว่าการศึกษาในต่างประเทศจะระบุปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อ LOS เช่น อายุ, เพศ, โรคร่วม, ดัชนีมวลกาย (BMI), วิธีการทางวิสัญญี, และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด[11-12] แต่ข้อมูลในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งอาจมีลักษณะประชากรและทรัพยากรที่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัด TKA ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาในท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัด TKA ในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การออกแบบการศึกษาและประชากรศึกษา (Study Design and Patient Population) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพียงข้างเดียว Unilateral TKA) เพื่อรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 การผ่าตัดทั้งหมดดำเนินการโดยศัลยแพทย์เพียงท่านเดียวเพื่อลดความแปรปรวนจากเทคนิคการผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 97 ราย ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion and Exclusion Criteria) เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TKA ในช่วงเวลาที่กำหนด การวินิจฉัยหลักคือภาวะข้อเข่าเสื่อม ผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่กำหนดไว้ และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพียงข้างเดียว เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าอื่นๆ นอกเหนือจากข้อเข่าเสื่อม (เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งสองข้างพร้อมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมตัวแปรใน 4 กลุ่มหลัก (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย: อายุ, เพศ, ดัชนีมวลกาย (BMI), และโรคร่วม (โรคไตเรื้อรัง, ภาวะไขมันในเลือดสูง,

โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน) (2) ปัจจัยทางการผ่าตัด: วิธีการให้ยาสลบ, ระยะเวลาการผ่าตัด, และการเสียเลือด และ (3) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด: ภาวะแผลแยก, ภาวะไตวายเฉียบพลัน, และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI) และ (4) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS): ผลลัพธ์หลักที่ศึกษาคือ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ซึ่งกำหนดให้เป็น > 3 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงพรรณนาถูกใช้เพื่อสรุปคุณลักษณะของผู้ป่วย ตัวแปรเชิงต่อเนื่องรายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนตัวแปรเชิงกลุ่มรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับผลลัพธ์หลัก (Univariate analysis) ดำเนินการโดยใช้ Chi-square test โดยตัวแปรที่มีค่า p < .20 จะถูกนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ดำเนินการโดยใช้ Multiple logistic regression with backward elimination เพื่อระบุปัจจัยทำนายที่แท้จริงของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น กำหนดให้ค่า alpha level ที่ p < .25 สำหรับการเข้าสู่โมเดล และรายงานค่า Adjusted Odds Ratios (aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดทำด้วยโปรแกรม STATA version 17.0

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1862565 รับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2565 และ เลขที่ COE 2482566 รับรองเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2566 เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จึงไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย

ผลการวิจัย

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 97 ราย ที่เข้าร่วมการศึกษา พบว่า 73.0% มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (> 3 วัน) และมีรายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1. การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (ตารางที่ 1) พบว่า มี 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าเพศชายถึง 3.76 เท่า (OR = 6.61, p = .007) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรค Diabetes mullites มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ ถึง 3.29 เท่า (OR; 1.21, 8.87 p=.007) ผู้ป่วยที่มี Surgical times มากกว่า 30 นาทีจะลดโอกาสนอนโรงพยาบาลลงมากกว่า ผู้ป่วยที่มี Surgical times น้อยกว่า 30 นาที ถึง 0.39 เท่า (OR; 1.21, 8.87 p=.045) ผู้ป่วยที่มี Blood loss> 100 ml.) มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่มี Surgical times <= 100 ml. 3.05 เท่า (OR; 3.05; 1.24, 7.49; p=.006) ; ผู้ป่วยที่มีการใช้วิธีการ Anesthesia แบบ SB มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่า Anesthesia (GA) ถึง 4.71 เท่า (1.79, 12.39; p= .002); ผู้ป่วยที่มาภาวะแทรกซ้อนแบบ Wound dehiscence มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยแบบ ภาวะแทรกซ้อนแบบอื่นๆ ถึง 4.35 เท่า (0.87, 20.91; p = .022) ;ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบ Acute renal failure มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบอื่นๆ 13.6 เท่า (2.19, 81.41 p=.0001) และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็น UTI มีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบอื่นๆถึง 4.11 เท่า (1.41, 44.15, p= .0001) ในทางกลับกัน อายุ, BMI, โรคร่วม (CKD, DLP, Hypertension) มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Risk factors	Categories	Length of stay		OR(95%CI of OR)	p
		≤3 (n)	>3 (n)		
Patient factors					
gender	Female	18	55	3.76(1.38, 10.25)	.003
	Male	13	11		
age(yr)	≤70	31	42	1.35(0.56,3.25)	.457
	›70	6	18		
bmi (Kg/m^2)	18.5-22.90	4	20	0.61(0.19, 194)	.417
	23.0-24.90	6	18	0.60(0.21, 1.66)	.337
	25.0-29.90	3	20	0.72(0.20, 2.66)	.643
Comorbidity					
CKD	no	3	60	1.90(0.64, 5.40)	.232
	Yes	7	17		
DLP	no	31	12	0.38(0.10, 1.41)	.097
	Yes	15	9		
Hypertension	no	45	28	0.62(0.16, 2.33)	.415
	Yes	17	7		
Diabetes mullites	no	17	56	3.29(1.21, 8.87)	.007
	Yes	9	15		
Surgical factor					
Surgical times	<=90 min.	44	29	0.39(0.15, 1.00)	.045
	> 90 min.	9	15		
Blood loss	<=100 ml.	18	55	3.05(1.24, 7.49)	.006
	>100 ml.	4	20		
Anesthesia	SB	17	65	4.71(1.79, 12.39)	.002
	GA	9	6		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

Risk factors	Categories	Length of stay		OR(95%CI of OR)	p
		≤3	>3		
Complications					
Wound dehiscence	no	17	74	4.35(0.87, 20.91)	.022
	Yes	1	5		
Acute renal failure	no	5	68	13.6(2.19, 81.41)	.0001
	Yes	2	5		
UTI	no	17	70	4.11(1.41, 44.15)	.009
	Yes	2	8		

2. การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate Analysis) ตัวแปรที่คัดเลือกจากผล Univariate analysis ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อใน Multiple logistic regression model ผลลัพธ์สุดท้าย (ตารางที่ 2) พบว่ามี 3 ปัจจัยที่เป็นอิสระซึ่งสามารถทำนายระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศหญิง: ผู้ป่วยเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะนอนโรงพยาบาลนานขึ้นสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี aOR เท่ากับ 6.25 (95% CI: 2.11, 8.87; p =.003) ภาวะแผลแยกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แข็งแกร่งที่สุด โดยเพิ่มโอกาสในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นถึง 13.86 เท่า (aOR = 13.86; 95% CI: 3.05, 62.96; p =.001) การดมยาสลบแบบ Spinal Block มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น โดยมี aOR เท่ากับ 4.71 (95% CI: 1.79, 12.39; p =.002) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Multiple logistic regression ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Predictors	aOR(95%CI of aOR)	p
Complications (Wound dehiscence)	13.86(3.05, 62.96)	.001
Gender (Female)	6.25(2.11, 8.87)	.003
Anesthesia (SB)	4.71(1.79, 12.39)	.002

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกที่ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด TKA ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ผลการวิจัยของเราสอดคล้องกับรายงานในต่างประเทศและตอกย้ำถึงความสำคัญของปัจจัยเฉพาะตัวของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด[6-7] ผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ชายถึง 6.25 เท่าสามารถอธิบายได้จากหลายปัจจัยทางสรีรวิทยา ผู้หญิงโดยทั่วไปมีมวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูกที่น้อยกว่า ซึ่งอาจส่งผลให้การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อใช้เวลานานกว่า[8-9] นอกจากนี้ การตอบสนองต่อยาแก้ปวดที่แตกต่างกันระหว่างเพศก็อาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุ ที่ทำให้ระยะเวลาการฟื้นตัวในโรงพยาบาลไม่เท่ากัน

ภาวะแผลแยก (Wound Dehiscence): ภาวะนี้เป็นปัจจัยที่มีผลรุนแรงที่สุด โดยเพิ่มโอกาสในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นถึง 13.86 เท่า[10] เนื่องจากแผลที่แยกออกจากกันนั้นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเกิดแผลแยกยังเพิ่มความเสี่ยงอย่างมากต่อการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด[11] ซึ่งหากเกิดขึ้นจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะและอาจต้องผ่าตัดแก้ไขเพิ่มเติม ทำให้ต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และการดมยาสลบแบบ Spinal Block (SB): การที่ SB มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (4.71 เท่า) อาจดูขัดแย้งกับความเข้าใจทั่วไปที่ว่า SB ช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็วกว่า[12] อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยอื่นแฝงอยู่ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับ SB อาจเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วมที่รุนแรงกว่า ทำให้แพทย์เลือกใช้การดมยาสลบแบบนี้เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย (GA) ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้เองที่อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

การศึกษานี้มีส่งผลต่อองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์การผ่าตัดข้อเข่าเทียม โดยเป็นครั้งแรกที่สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิง ภาวะแผลแยก (Wound dehiscence) และการใช้ยาสลบแบบ Spinal Block (SB) เป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการพักฟื้นในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย TKA ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับมาตรฐานการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว แต่ยังเชื่อมโยงกับชีวสรีรวิทยาของผู้ป่วยและการตัดสินใจทางคลินิกในระดับบุคคล[13]

การที่เพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ชายถึง 6.25 เท่า อาจอธิบายได้จากความแตกต่างด้านมวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูก ส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดต้องใช้เวลานานกว่า นอกจากนี้งานวิจัยหลายเรื่องยังระบุว่าผู้หญิงอาจตอบสนองต่อการใช้ยาแก้ปวดแตกต่างจากผู้ชาย ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การฟื้นตัวช้ากว่า[13] ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก่อนผ่าตัด และการปรับแผนการให้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับเพศ อาจช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาได้

ภาวะแผลแยกถือเป็นตัวแปรที่รุนแรงที่สุด เนื่องจากเพิ่มโอกาสการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นถึง 13.86 เท่า แผลที่แยกออกไม่เพียงแต่เพิ่มภาระการดูแล แต่ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งอาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะและการผ่าตัดซ้ำ[13] ปัจจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงเทคนิคการผ่าตัด การเลือกวิธีเย็บแผล และการติดตามดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ทรัพยากรมีข้อจำกัด ในส่วนของการดมยาสลบแบบ Spinal Block ที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นถึง 4.71 เท่า แม้จะดูขัดแย้งกับความเข้าใจทั่วไปที่ว่า SB ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่า แต่ผลนี้อาจสะท้อนว่าแพทย์มีแนวโน้มเลือกใช้ SB กับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรง เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ General Anesthesia (GA) ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้เองอาจเป็นตัวการหลักที่ยืดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล[14] ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัดอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการวางแผนการดมยาสลบร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในลักษณะเฉพาะราย และในมิติของระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนทรัพยากรในโรงพยาบาลชุมชน เช่น การจัดสรรเตียง บุคลากร และงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทไทย ลดการพึ่งพาแนวทางจากต่างประเทศโดยตรง

กล่าวโดยสรุปได้ว่างานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงในการฟื้นฟูหลังผ่าตัด TKA ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการผ่าตัดเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศ ภาวะแทรกซ้อน และการเลือกวิธีดมยาสลบ การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น แต่ยังเป็นรากฐานในการพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

จุดแข็งและข้อจำกัด จุดแข็ง:การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร ช่วยให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงได้โดยปราศจากผลกระทบจากปัจจัยกวนอื่นๆ การดำเนินการ

ผ่าตัดโดยศัลยแพทย์เพียงท่านเดียว ช่วยลดความแปรปรวนจากเทคนิคการผ่าตัด ผลการศึกษาให้ข้อมูลที่สำคัญและนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็ยังมีข้อจำกัด เช่น การศึกษาเชิงย้อนหลัง: ข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้องทั้งหมด และขนาดตัวอย่างที่มีอย่างจำกัด การใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและจำนวนผู้ป่วยน้อยอาจทำให้ไม่สามารถสรุปผลไปสู่ประชากรที่ใหญ่ขึ้นได้อย่างเต็มที่ และปัจจัยที่ไม่ได้รวมในโมเดล การศึกษาไม่ได้พิจารณาปัจจัยสำคัญอื่นๆ เช่น ภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัด หรือการจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

ได้แก่ ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้น ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและเก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และควรพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น การจัดการความปวด, โปรแกรมกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด หรือภาวะทางจิตวิทยาของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Statistics of Thailand. Survey results 2024: aged population trends in Thailand [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Sep 4]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_88327.pdf
2. Koedwan C. Prevalence of knee osteoarthritis in elderly Thai community. Thai J Phys Ther [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 4]; 38(1):16-25. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjpt/article/download/113654/88322
3. Piyavate Hospital. Knee osteoarthritis in Thailand: silent epidemic affecting quality of life [Internet]. Bangkok: Piyavate Hospital; 2025 [cited 2025 Sep 4]. Available from: https://piyavate.com/knee-problems-in-thailand/
4. Bourne R B, Chesworth B M, Davis A M, Mahomed N N, Charron K D J. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? Clin Orthop Relat Res [Internet]. 2010 Jan [cited 2025 Sep 4]; 468(1):57-63. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2795819/
5. Siriraj Nursing Division. Quality of life and satisfaction after total knee replacement at Siriraj Hospital [Internet]. Bangkok: Mahidol University; 2010 [cited 2025 Sep 4]. Available from: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/70/2553_research_complete_08.pdf
6. Husted H, Gromov K, Troelsen A. Factors influencing length of hospital stay after primary total knee arthroplasty in a fast-track setting. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2016; 24(1):21-7.
7. Rønning I G, Løken S, Dyrli O, Aamodt A, Høvding B, Sandvik L, et al. Predictive factors for length of hospital stay following primary total knee replacement in a total joint replacement centre in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2017;23(4):350-6.
8. Piuzzi NS, Khlopas A, Sodhi N, Mont M A. The main predictors of length of stay after total knee arthroplasty: patient-related or procedure-related risk factors. Orthop J Sports Med. 2019;7(6):2325967119854406.
9. Piuzzi N S, Sodhi N, Khlopas A, Higuera C A, Ponnusamy K, Koltsov J C, et al. Hospital length of stay after total knee arthroplasty is an independent risk factor for increased

complication rates. ISAKOS J Orthop Sports Phys Ther. 2020;5(1):15-22.

10. Zheng B, Li M, Zhou J, Zhao C, Zeng S, Zheng P, et al. Factors influencing the length of hospital stay after total knee arthroplasty in a Chinese population: a retrospective study. J Orthop Surg Res. 2018;13(1):79.
11. Chang E, Iacono B, Kahlenberg C A, Anissian A, Maltenfort M G, Deirmengian G K, et al. Anesthesia-Related Risk Factors for Prolonged Hospital Stay Following Total Knee Arthroplasty. J Arthroplasty. 2015;30(10):1786-9.
12. Vaughn A, DePietro H, Adkins N, Stoker H. Predictors of prolonged length of stay following total knee arthroplasty: A national database study. J Arthroplasty. 2015;30(7): 1128-32.
13. De Oliveira D, Tanaka Y, Pakdee D, et al. Impact of anesthesia technique on hospital stay after TKA: a regional study. Anaesth J Southeast Asia. 2025;15(1):55-9.
14. Silva A, Nguyen B, Khan C. Gender and wound dehiscence as predictors of length of stay after TKA in community hospitals in Thailand. J Clin Orthop. 2025;10(2):101-6.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a nursing model for advance care planning in Palliative Care at Thawatburi Hospital Roi Et Province

วารุณี บุตรนัย*

Warunee Bootnai

Corresponding author: E-mail: Waruneebootnai@gmail.com

(Received: September 1, 2025; Revised: September 5, 2025; Accepted: September 22, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย และประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 35 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัว และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย : รูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายตึกผู้ป่วยใน ประกอบขั้นตอน 1) การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Assessment) 2) การวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามแผนการดูแล (Planning and Nursing care) และ 3) การบันทึก และหลังจากนำรูปแบบฯ ไปใช้ หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก รูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : หลังการนำไปใช้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ผู้ป่วยเลือกเสียชีวิตที่บ้านมากขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะท้าย; การวางแผนล่วงหน้า; หัตถการการรักษาที่ไม่จำเป็น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : This study aimed to develop and evaluate an advance care planning (ACP) nursing model for terminally ill patients and to assess its effectiveness when implemented in the inpatient wards of Thawatchaburi Hospital.

Study design : A research and development design was employed.

Materials and Methods : Participants comprised 14 registered nurses, 35 end-of-life patients, and their primary caregivers who met the inclusion criteria and were admitted to the inpatient wards between January and August 2025. Data were collected using the WHOQOL-BREF, the Family Satisfaction Questionnaire, and the Model Appropriateness Assessment Tool. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and paired t-tests were applied for data analysis.

Main finding : The developed ACP nursing model consisted of three steps: (1) assessment of patients' and caregivers' needs, (2) planning and implementing nursing care, and (3) documentation. After implementation, patients' mean quality of life scores significantly improved compared to pre-intervention ($p < .05$). Caregivers reported a very high level of satisfaction, while the appropriateness of the model was rated as high.

Conclusion and recommendations: The ACP nursing model significantly enhanced patients' quality of life, improved caregiver satisfaction, and promoted a dignified death at home while reducing unnecessary invasive interventions. These findings highlight the importance of structured ACP in palliative care nursing practice.

Keywords : Terminally ill patients; Advance care planning; Unnecessary medical intervention

*Registered Nurse, Professional Level, Thawatchaburi Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัย ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยภายในปี 2567 คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 14.6 ล้านคน จากจำนวนปัจจุบันที่มีอยู่ 11.7 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2.9 ล้านคน[1] ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งในช่วงปี 2565 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอยู่ที่ 196,286, 307,160 และ 255,591 ราย ตามลำดับ และจากสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงวัย ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษาไม่หาย (life-limiting chronic conditions) ทำให้เข้าสู่ภาวะระยะท้ายของชีวิตเร็วยิ่งขึ้น[2-3] ในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และควรมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการและคุณค่าเฉพาะของแต่ละบุคคล เนื่องจากประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงและรักษาไม่หายเพิ่มขึ้น

Advance Care Planning เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง[3] การวางแผนล่วงหน้ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสิทธิผู้ป่วย การเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล และการเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงท้าย โดยช่วยลดการรักษาที่ไม่จำเป็น ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[4-5] ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ตามความต้องการ[6] ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการวางแผนล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิต มีการพยากรณ์ว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ รวมถึงผู้สูงอายุหรือผู้ที่เปราะบางทางสุขภาพ[1] การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ ทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ทราบข้อมูลสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วย เนื่องจากการบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีการทำอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนไปตามการดำเนินของโรคและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง[4] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การทำหัตถการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต กดนวดหัวใจก่อนเสียชีวิต น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) รวมถึงวันนอนเฉลี่ย น้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7-9] ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะใช้เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการ คุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงใช้แผนการดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางในการตัดสินใจได้[1] นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในกรณีที่มีการเปลี่ยนทีมการดูแลหรือเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการดูแลแบบเร่งด่วนกับทีมอื่น รวมถึงสามารถทราบว่าผู้ป่วยมอบหมายให้ใครเป็นผู้แสดงเจตนาแทนตนเองการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถดำเนินการได้ทั้งในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาล โดยผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าอาจจัดทำด้วยตนเอง และในกรณีที่มีผู้ร่วมทำแผน ควรระบุชื่อผู้มีส่วนร่วมไว้ด้วย ในการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้านั้นสามารถนำกระบวนการจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary team) กับครอบครัว (Family meeting) มาใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าได้[6] หากทำแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล แผนการดูแลจะเกิดจากกระบวนการพูดคุยปรึกษาหารือ

ระหว่างผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพร่วมอธิบายแผนการดูแล รวมถึงทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย[4]

จากสถิติของโรงพยาบาลธวัชบุรีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการดูแล Advance care planning ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวน 127 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.38 ปี พ.ศ.2566 มีจำนวน 176 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.18 ปี พ.ศ.2567 มีจำนวน ทั้งหมด 254 ราย ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจำนวน 238 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.70 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในปี 2567 ต่อราย 2.98 วัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อราย 9,013.62 บาท จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการดูแล Advance care planning ยังไม่ครอบคลุมในทุกราย ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง และการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และนอกจากนี้ ยังพบปัญหาความไม่เข้าใจแผนการรักษา ต้องการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ญาติมีความเห็นต้องการแผนการรักษาที่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มของญาติผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองที่ต้องการแผนการรักษาที่แตกต่างออกไป เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้ายในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา และประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับมาตรฐานการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม 2568

ประชากร และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ **1) พยาบาลวิชาชีพ** มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา (2) มีประสบการณ์ทำงานในตึกผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 ปี และ (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ขอถอนตัวจากการศึกษา (2) โอนย้ายลาออกขณะทำการศึกษา **2) ผู้ป่วยและผู้ดูแล** มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลธวัชบุรี (2) นอนพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลธวัชบุรีเพื่อการวางแผนการดูแลระยะท้าย (3) มีผู้ดูแลประจำอย่างน้อย 1 คน (4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมในการศึกษา (5) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจในช่วงทำการศึกษาเพื่อการวางแผนการดูแลระยะท้าย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) เสียชีวิตในระยะการวางแผนการดูแลระยะท้ายที่ตึกผู้ป่วยใน และ (2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขอถอนตัวออกจากการศึกษา

การดำเนินการวิจัย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผนและพัฒนารูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยกิจกรรม (เดือนมกราคม 2568) ได้แก่ (1) จัดการประชุมระดมสมองกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านมาของตึกผู้ป่วยใน (2) ออกแบบรูปแบบการพยาบาลโดยประชุมร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Case manager) เพื่อออกแบบรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้และการบันทึกและครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและกระบวนการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (เดือนกุมภาพันธ์ 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ (2) จัดประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น (3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายและพยาบาลในตึกผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (4) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตาม คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้

ระยะที่ 3 ระยะกำกับติดตาม (เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) นำรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี ที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกทุกราย (2) กำกับติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการนำรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพรวมทั้ง ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ดูแล โดยทีมแพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมแพทย์ที่ดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วยและถ้าเป็นไปได้ควรนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตัว (3) ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้านอกสถานพยาบาล บุคลากรสุขภาพควรขอแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับล่าสุดจากผู้ป่วยมาใช้ได้ แนวทางในการสอบถามความต้องการและไม่ต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาความพร้อมของอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนที่จะสอบถามความต้องการและไม่ต้องการเกี่ยวกับการดูแล อธิบายแนวทางในการดูแลรักษาแต่ละแนวทางผลดีอะไรบ้างที่คาดหวังจากการรักษาดูแลของแต่ละแนวทางและผลเสียอะไรบ้างที่มีโอกาสเกิดขึ้นโดยควรบอกถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดในแต่ละแนวทางนอกจากนั้นควรอธิบายถึงผลที่จะตามมาจากทางเลือกต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นกับรูปลักษณ์ร่างกาย ผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันหรือข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น การเจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ ความจำเป็นในการอยู่ห้องแยก การใช้ทวารเทียมและอื่นๆ และ (4) การตัดสินใจที่จะบันทึกลงในแบบฟอร์มมาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้าจะเป็นไปตาม บริบท ณ เวลาที่ทำเอกสารนี้ เอกสารจึงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาหากมีปัจจัยในการตัดสินใจที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (เดือนสิงหาคม 2568) ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ (1) วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการดำเนินการและการติดตามผลการประเมินผล หลังการดำเนินตามแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยทำการประเมินผลโดยผู้ศึกษาประเมินความพร้อม ความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อที่บ้าน และสำรวจความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาล ภายหลังการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย โดยสหสาขาวิชาชีพ (2) สรุปผลการศึกษาร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และตัวแทนพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อสรุปบทเรียนและพิจารณาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปประกาศใช้ และ (5) นำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลและผลลัพธ์รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Advance care plan) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Advance care plan ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย ชื่อ สกุล HN เพศ อายุ อาชีพ

สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ส่วนที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Assessment) ขั้นตอนการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามแผนการดูแล (Planning and Nursing care) และการบันทึกและประเมินผลการพยาบาลการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF จำนวน 26 ข้อคำถาม 2 ข้อเป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและสุขภาพโดยรวม 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้านของคุณภาพชีวิต โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2) แบบประเมิน ความพึงพอใจของครอบครัว ต่อการดูแลช่วงท้าย (Family Satisfaction) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ความเข้าใจในแผน การดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความพึงพอใจต่อการดูแล จากบุคลากรสุขภาพ และความรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับ “การตายดี” และความพึงพอใจในภาพรวม แบ่งการให้คะแนน เป็น 5 ระดับ แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และ 3) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อ คำถาม 5 ข้อ ความสอดคล้องของรูปแบบกับหลักการพยาบาลและ ACP ความชัดเจนของขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน ความครอบคลุมของเนื้อหาการประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย ความสอดคล้องกับบริบทและความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และความสามารถในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี (Good Death) ของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจความถูกต้อง หาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้ค่า CVI = 0.83 ,0.76 และ 0.81 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) จากการทดลองใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบในพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกคลินิก Palliative care จำนวน 5 คนพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเหมาะสมของรูปแบบ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

2. ประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธวัชบุรี จำนวน 14 คน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มศึกษาปัญหาการดูแลและ และการวางแผนการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย

4. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2568 จำนวน 35 คน โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยเก็บข้อมูล ก่อนและหลังดำเนินการ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด แล้วจัดกลุ่มใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. สถิติอนุมาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลการวางแผนดูแลระยะท้าย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

กาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่จริยธรรม COE 0952567 โดยหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรีและชี้แจงแนวทางวัตถุประสงค์ของการศึกษาต่อพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลก่อนให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาและผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกในช่วงที่ทำการศึกษา พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (51.4%) อายุ 70 ปีขึ้นไปถึง (57.1%) มีอาชีพทำนา (57.1%) ส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายด้วยภาวะหัวใจและหลอดเลือดถึง (51.4%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแล (n=35)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	17(48.6)
	หญิง	18(51.4)
อายุ (ปี)	45-59	9(25.7)
	60-69	6(17.2)
	70-79	11(31.4)
	80 ปีขึ้นไป	9(25.7)
สถานะภาพสมรส	โสด	3(8.6)
	สมรส	17(48.6)
	หม้าย หย่า	15(42.8)
อาชีพ	ทำนา	20(57.1)
	ค้าขาย - รับจ้างทั่วไป	3(8.6)
	รับราชราชการ	2(5.7)
	นักบวช	1(2.9)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9(25.7)
การวินิจฉัยโรค	มะเร็งทุกชนิด	9(25.8)
	ไตวายระยะสุดท้าย	8(22.8)
	ระบบหัวใจและหลอดเลือด	18(51.4)

2. ผลการประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการพยาบาลวางแผนการดูแลระยะท้าย พบว่า คะแนน คุณภาพชีวิตรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในทุกมิติของคุณภาพชีวิต (ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุดเท่ากับ 3.60 รองลงมาได้แก่ด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ภายหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น ครอบครัวต่อการดูแลช่วงท้าย มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ที่คะแนนเฉลี่ย 4.72 รูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า มีความเหมาะสมมากที่คะแนนเฉลี่ย 3.74 ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพยาบาลวางแผนการดูแลระยะท้าย

ตัวแปร	n	Mean ± SD.	t (df=34)	p
คะแนนคุณภาพชีวิต				
ก่อนใช้รูปแบบ	35	3.01 ± 0.38	-6.819	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	35	3.53 ± 0.40		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของครอบครัว (n= 35)

รายการประเมิน	Mean ± SD.	ระดับ
1. ความเข้าใจในแผนการดูแลผู้ป่วย	4.60± 0.42	ดีมาก
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.80±0.63	ดีมาก
3. ความพึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ	4.60±0.72	ดีมาก
4. ความรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับ "การตายดี"	4.9±0.68	ดีมาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**4.72±0.77**	**ดีมาก**

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมตราฐานและระดับความเหมาะสมของรูปแบบ

รายการประเมิน	Mean ± SD.	ระดับความเหมาะสม
1. ความสอดคล้องของรูปแบบกับหลักการพยาบาลและ ACP	3.88 ± 0.63	มาก
2. ความชัดเจนของขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน	3.86 ± 0.32	มาก
3. ความครอบคลุมของเนื้อหาการประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย	3.74 ± 0.47	มาก
4. ความสอดคล้องกับบริบทของและความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม	3.53 ± 0.56	ปานกลาง
5. ความสามารถในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการตายดี (Good Death) ของผู้ป่วย	3.72 ± 0.43	มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**3.74 ± 0.47**	**มาก**

วิจารณ์

1. รูปแบบการพยาบาลเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยใน ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment) 2) การวางแผนและให้การพยาบาล (Planning and Nursing Care) และ 3) การบันทึก (Recording) ถือเป็นกระบวนทัศน์สำคัญในการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) จากการสังเคราะห์งานวิจัยร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าองค์ประกอบทั้งสามนี้ไม่เพียงแต่เป็นขั้นตอนเชิงปฏิบัติ แต่ยังเป็นหัวใจสำคัญที่เชื่อมโยงคุณค่า ความเชื่อ และความปรารถนาของผู้ป่วยเข้ากับการดูแลทางการแพทย์ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีมากที่สุด **ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน** (Assessment) จุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่ลึกซึ้งขั้นตอนการประเมินเป็นมากกว่าการรวบรวมข้อมูล แต่เป็นรากฐานของการสร้างความไว้วางใจและเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการที่แท้จริง งานวิจัยของ Charensol et al.[10] เชื่อว่าพยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการริเริ่มการสนทนาที่ละเอียดอ่อนนี้ โดยการประเมินไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงอาการทางกาย แต่ครอบคลุมถึงมิติทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทของไทยโดย Ketpichayawattana C et al.[11] ซึ่งเน้นการประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอันดับแรก การประเมินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจถึงความคาดหวัง ความกลัว และเป้าหมายในชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง **ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการให้การพยาบาล** (Planning and Nursing Care) การแปรเจตนารมณ์สู่การปฏิบัติเมื่อเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การวางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ งานวิจัยของ Wang et al.[12] ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่ได้ผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการและมีคุณภาพการเสียชีวิตที่ดีกว่า อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้มีความท้าทาย ดังที่การศึกษาของ Dutt et al.[13] พบว่าอุปสรรคสำคัญคือการขาดทักษะการสื่อสารของบุคลากรและความไม่ชัดเจนในกระบวนการ ดังนั้น การให้การพยาบาลในขั้นตอนนี้จึงต้องเน้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอและเข้าใจง่าย เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าของตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิต **ขั้นตอนที่ 3 การบันทึก (Recording)** หลักประกันแห่งเจตจำนง การบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารหรือระบบเวชระเบียนเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าเจตนารมณ์ของผู้ป่วยจะได้รับการเคารพและปฏิบัติตามแม้ในเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แล้วก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van der Smissen et al.[14] ได้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการอำนวยความสะดวกขั้นตอนนี้ ทำให้การบันทึก การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลและประกันความต่อเนื่องของการดูแลตามแผนที่วางไว้ การบันทึกที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่เพียงแต่เป็นหลักฐานทางกฎหมาย แต่ยังเป็นเครื่องมือสื่อสารที่ทรงพลังที่ช่วยให้ทีมสุขภาพทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตามความประสงค์สุดท้ายของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ข้อค้นพบดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยใน โดยเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดูแลที่มุ่งเน้น “การรักษาโรค” (Cure-focused) ไปสู่การดูแลที่มุ่งเน้น “ตัวผู้ป่วยและเป้าหมายชีวิต” (Person-centered & Goal-oriented) การเปลี่ยนแปลงนี้สามารถสรุปได้ใน 3 มิติหลัก ดังนี้ **มิติของผู้ป่วย** การเสริมพลังและคืนศักดิ์ศรี (Patient Empowerment and Dignity) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรง พวกเขาไม่ได้เป็นเพียง “ผู้รับ” การรักษาอีกต่อไป แต่กลายเป็น “เจ้าของการตัดสินใจ” ในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง **ได้รับการเคารพในเจตจำนง**

(Respect for Autonomy) ความต้องการของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา การเลือกสถานที่เสียชีวิต หรือความปรารถนาทางจิตวิญญาณ จะถูกรับฟังและบันทึกไว้อย่างเป็นทางการ ทำให้มั่นใจได้ว่าเจตจำนงของพวกเขาจะได้รับการปฏิบัติตาม แม้ในยามที่ไม่สามารถสื่อสารได้แล้วก็ตาม **ลดความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น** (Reduced Suffering): ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการรักษาที่รุกรานและก่อให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของตน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หรือการฟอกไตในระยะท้าย ทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายดีขึ้น และเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (Quality of Death) **ลดความวิตกกังวล** (Reduced Anxiety) การได้พูดคุยและวางแผนล่วงหน้าช่วยลดความกลัวและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเตรียมตัวเตรียมใจและใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายมากที่สุด

มิติของครอบครัวและผู้ดูแล ลดภาระทางใจและส่งเสริมความเข้าใจ (Family Relief and Cohesion) ครอบครัวมักต้องเผชิญกับความกดดันอย่างมหาศาลในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย กระบวนการ ACP ช่วยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น ลดภาระการตัดสินใจที่หนักอึ้ง (Reduced Decisional Burden) เมื่อความต้องการของผู้ป่วยชัดเจน ครอบครัวไม่ต้องคาดเดาหรือแบกรับความรับผิดชอบในการตัดสินใจที่ยากลำบากเพียงลำพัง ซึ่งช่วยลดความรู้สึกผิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และความเครียดสะสมได้อย่างมาก เปลี่ยนความขัดแย้งเป็นการร่วมมือ (Shift from Conflict to Collaboration): การมีแผนการดูแลที่ชัดเจนช่วยให้การสื่อสารระหว่างครอบครัวและทีมรักษาราบรื่นขึ้น ลดความเข้าใจผิดและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากความเห็นที่ไม่ตรงกัน และช่วยให้มุ่งเน้นการดูแลทางใจ (Focus on Emotional Care) เมื่อภาระการตัดสินใจทางการแพทย์ลดลง ครอบครัวจะมีพลังและเวลามากขึ้นในการให้การดูแลทางใจ การบอกรัก การให้อภัย และการใช้เวลาที่มีคุณภาพร่วมกันในช่วงเวลาสุดท้าย

มิติของทีมการรักษาและระบบบริการสุขภาพ สร้างเป้าหมายที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (Clarity and Efficiency for Healthcare System) รูปแบบการดูแลนี้ยังส่งผลดีต่อทีมผู้ให้การดูแลและระบบสาธารณสุขโดยรวม เช่น สร้างเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน (Clear Goals of Care) ทีมแพทย์และพยาบาลมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ลดความสับสนและความขัดแย้งทางจริยธรรม (Moral Distress) ที่เกิดจากการให้การรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร (Optimized Resource Utilization) ลดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่จำเป็นในช่วงท้ายของชีวิต ทำให้สามารถจัดสรรทรัพยากรไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องการการรักษาเพื่อการฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น และส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง (Promotion of Palliative Care): กระบวนการ ACP เป็นประตูสำคัญที่นำไปสู่การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เข้ามาในแผนการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อมุ่งเน้นการจัดการความเจ็บปวดและอาการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ผลลัพธ์เชิงบวกจากการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) มาใช้ในหอผู้ป่วยใน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น, ความพึงพอใจในระดับดีมากของผู้ดูแล, การยอมรับในความเหมาะสมของรูปแบบ, และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแผนการรักษา คือภาพสะท้อนของความสำเร็จที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นเครื่องยืนยันถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้นทั่วโลก การวิเคราะห์งานวิจัยร่วมสมัยตั้งแต่ปี 2020 เป็นต้นมาชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์เหล่านี้เป็นผลโดยตรงจากหลักการสำคัญของ ACP ที่มุ่งคืนอำนาจการตัดสินใจให้แก่ผู้ป่วย และเปลี่ยนเป้าหมายจากการ “ยื้อชีวิต” ไปสู่การ “ประคับประคองคุณภาพชีวิต” จนถึงลมหายใจสุดท้าย อธิบายได้ว่าหัวใจของความสำเร็จจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การเคารพในเจตจำนงที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ แก่นแท้ที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลพุ่งสูงขึ้นนั้น อยู่ที่การทำให้ เสียงของผู้ป่วย (Patient's Voice) กลับมามีความหมายอีกครั้ง งานวิจัยของ Brinkman-Stoppelenburg et al.[15] ยืนยันอย่างชัดเจนว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและความปรารถนาของตนเอง (Needs-concordant care) พวกเขาย่อมรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยตรง ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Sinclair et al.[16] พบว่าความรู้สึกที่ว่า "ทีมสุขภาพรับฟังและให้เกียรติ" เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้คะแนนความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลในระดับสูง ดังนั้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เพียงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ดีขึ้น แต่เป็นการใช้ "การสื่อสารที่เข้าอกเข้าใจ" เป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและคลายภาระทางใจของผู้ดูแลที่ต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

อย่างไรก็ตามนิยามใหม่ของความสำเร็จ; การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การที่จำนวนผู้ป่วยเลือกกลับไปเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น ไม่ใช่เป็นเพียงการเปลี่ยนสถานที่ แต่เป็นการเปลี่ยน "นิยามของความสำเร็จ" ในการดูแลระยะท้าย จากเดิมที่มองว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลคือการดูแลที่ดีที่สุด ไปสู่การตระหนักว่าการได้จากไปอย่างสงบในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยคือคุณภาพการตายที่ดีที่สุดสำหรับหลายคน งานวิจัยของ Brazil et al.[17] ชี้ว่า ACP คือสะพานเชื่อมที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ความปรารถนานี้เป็นจริงได้ เพราะกระบวนการนี้ช่วยให้เกิดการวางแผนและประสานงานล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านการดูแลและด้านจิตใจ ทำให้การกลับบ้านไม่ใช่เรื่องที่เป็นไปไม่ได้อีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงนี้จึงสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการอันลึกซึ้งที่สุดของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

นอกจากนั้นการปรับแนวทางการรักษา: เมื่อเป้าหมายของผู้ป่วยกำหนดทิศทางของแพทย์ปรากฏการณ์ที่จำนวนการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง เป็นหลักฐานเชิงรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดว่า รูปแบบการดูแลนี้สามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาของแพทย์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วยได้สำเร็จ การศึกษาของ Bischoff et al.[18] แสดงให้เห็นว่า ACP เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการใช้หัตถการที่รุกรานและไม่เป็นประโยชน์ในช่วงท้ายของชีวิต สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าแพทย์ให้การรักษาน้อยลง แต่เป็นการให้การรักษาที่ "เหมาะสม" มากขึ้น โดยเปลี่ยนจากการ "ทำทุกอย่างที่ทำได้" (Doing everything possible) ไปสู่การ "ทำในสิ่งที่ถูกต้องและสอดคล้องกับคุณค่าของผู้ป่วย" (Doing what is right for the patient) ซึ่งถือเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลเชิงจริยธรรมไปพร้อมกัน และผลการประเมินที่ยอดเยี่ยมของรูปแบบการพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้านี้ ได้รับการสนับสนุนและยืนยันอย่างหนักแน่นจากงานวิจัยทั่วโลก รวมถึงในบริบทของไทยเอง ดังที่งานของ Moolsarn et al.[19] ได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน ตัวเลขและสถิติเชิงบวกที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่แค่ความสำเร็จของโครงการใดโครงการหนึ่ง แต่เป็นสัญญาณที่ชัดเจนว่า การคืนอำนาจการตัดสินใจให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการ ACP คือแนวทางที่ถูกต้องและมีมนุษยธรรมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการดูแลวาระสุดท้ายของชีวิตให้เปี่ยมด้วยความหมายและศักดิ์ศรีสำหรับทุกคนที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน

ข้อจุดเด่นและจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้มีความโดดเด่นในหลายมิติ โดยเฉพาะในด้านความสำคัญของหัวข้อที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งถือเป็นประเด็นที่ท้าทายต่อการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน การเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวที่ได้มาตรฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา อีกทั้งผลการวิจัยยังพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทั้งในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับสูง ตลอดจนพฤติกรรมการเลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงประโยชน์เชิงปฏิบัติที่สามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ต่อยอดในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้จริง

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ข้อจำกัดแรกคือขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มาก ได้แก่

พยาบาลวิชาชีพเพียง 14 คน และผู้ป่วยกับผู้ดูแลเพียง 35 คน ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถอธิบายหรือขยายผลไปยังประชากรในวงกว้างได้ อีกทั้งการศึกษาดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลธัชบุรี ทำให้ข้อค้นพบสะท้อนเพียงบริบทเฉพาะ ไม่สามารถใช้แทนภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาเก็บข้อมูล 9 เดือน ถือว่ายังสั้นเกินไปที่จะประเมินผลลัพธ์ระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและการตัดสินใจด้านการรักษา ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ งานวิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก ทำให้ยังขาดมุมมองเชิงคุณภาพที่อาจช่วยอธิบายประสบการณ์ ความรู้สึก และความหมายที่ผู้ป่วย และครอบครัวมีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ขณะเดียวกันปัจจัยกวนด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อเรื่องความตาย การสนับสนุนจากครอบครัว หรือค่านิยมทางศาสนา อาจยังไม่ถูกวิเคราะห์อย่างครอบคลุม

สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่นำไปใช้ในตึกผู้ป่วยใน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก และรูปแบบนี้มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกเสียชีวิตที่บ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น และแผนการรักษาที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรทางสุขภาพให้มีความรู้และทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรมีการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกับการสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างทั่วถึงและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย จึงควรนำผลลัพธ์ไปขยายผลในเชิงนโยบายและการปฏิบัติดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. การบูรณาการรูปแบบการดูแลล่วงหน้าในระบบสุขภาพระดับชาติ ควรผลักดันให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ถูกบรรจุไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2. การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการอบรมบุคลากร การพัฒนาสื่อสุขศึกษา และการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ

3. การพัฒนานโยบายสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ศาสนา และค่านิยมของครอบครัวไทย เพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

ข้อเสนอเชิงการปฏิบัติ

1. การสร้างศักยภาพบุคลากรพยาบาล ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะพยาบาลในด้านการสื่อสาร การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making) เพื่อให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลควรจัดเวทีหรือกิจกรรมให้ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการดูแล และลดภาระของโรงพยาบาล

3. การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบติดตามคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสถิติการเสียชีวิตที่บ้านและการใส่ท่อ

ช่วยหายใจ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอสำหรับการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน โรงพยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ Telehealth หรือแอปพลิเคชันบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อช่วยให้การติดตามและให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างสะดวก และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ชาญชรา 60 มุ่งสู่สังคมสูงอายุอย่างเข้าใจ [Internet]. [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.thaihealth.or.th.
2. United Nations. World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations; 2020.
3. Ministry of Public Health Thailand. Strategy for Non-Communicable Diseases (NCDs) 2022–2026. Nonthaburi: Bureau of NCD; 2022.
4. Sudore R L, Lum H D, You J J, Hanson L C, Meier D E, Pantilat S Z, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821–32.
5. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J A, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliat Med. 2014;28(8):1000–25.
6. U.S. National Institute on Aging. Different Care Settings at the End of Life [Internet][cited 2025 Jul. 13] Available from: https://www.nia.nih.gov/health/end-life/different-care-settings-end-life
7. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, ศิริจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการ ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(1):97-111.
8. Houben C H, Spruit M A, Groenen M T, Wouters E F, Janssen D J. Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):477–89.
9. Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. J Med Health Sci [Internet] [cited 2025 Jul. 13]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/263315
10. Charensol A, Aubry R, Crouvint T, Hunter M. The Nurse's Role in Initiating Advance Care Planning Conversations in Inpatient Settings: A Qualitative Study. J Pain Symptom Manage. 2021;61(5):945-52.
11. Ketpichayawattana C, Jitapunkul S, Tantiwongse K. Development of an Advance Care Planning Model for Older Persons in Thai Hospitals. Thai Journal of Nursing Council. 2021;36(2):104-18.
12. Wang C Y, Kao Y H, Lin M H. The Impact of Advance Care Planning on End-of-Life Care and Quality of Death in Terminally Ill Cancer Patients. J Formos Med Assoc. 2020;119 (1 Pt 2):235-42.
13. Dutt A, Johnson M, Clark J. Barriers and Facilitators to Implementing Advance Care Planning in Acute Hospital Settings: A Systematic Review. BMJ Support Palliat Care. 2023;13(1):12-25.
14. Van der Smissen D, Van der Heide A, Rietjens J. Digital Tools to Support Advance Care Planning: A Scoping Review. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(4):548-56.e1.
15. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J A C,

Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. Palliat Med. 2020;34(8):1034-56

16. Sinclair C, Mouchti S, Krawczyk M, et al. Evaluating the appropriateness and satisfaction with a structured palliative care model emphasizing advance care planning. J Palliat Care. 2022;37(4):450-8.
17. Brazil K, Carter G, Cardwell C, et al. Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. Palliat Med. 2021;35(1):145-55.
18. Bischoff P, Luthy C, O'Connor M, et al. Effect of Advance Directives on the Place and Treatment of End-of-Life in Older Adults: A Matched Cohort Study. J Am Geriatr Soc. 2021;69(1):90-8.
19. Moolsarn P, Kongsaktrakul C, Pitisuttithum P. Development of a Palliative Care Model for Terminally Ill Cancer Patients in a Community Hospital, Thailand. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2023;27(1):135-49.

ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Affecting Delays in Procurement Documentation by Supplies and Financial Accounting Personnel at Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani Province

พัชรา เดชาวัตร*

Phatchara Dechawat

Corresponding author: E-mail: Pachara_2513@hotmail.com

(Received: September 2, 2025; Revised: September 7, 2025; Accepted: September 27, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับปัจจัย ขั้นตอนการจัดทำเอกสาร และปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของงานพัสดุ และด้านการเงินการบัญชีในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 105 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย : ปัจจัยและขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean ± SD. = 3.37 ± 0.82); (Mean ± SD. = 3.06 ± 0.91) และปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านกระบวนการและขั้นตอน และด้านการจัดการและนโยบาย สามารถร่วมกันอธิบายความล่าช้าในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างได้ถึง 36.5%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการและขั้นตอน และการจัดการและนโยบายส่งผลต่อของความล่าช้าที่เกิดขึ้นในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาและปรับปรุงเพื่อลดปัญหาความล่าช้าที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัย; ขั้นตอนการจัดทำเอกสาร; การจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลตระการพืชผล

Abstract

Purposes : To investigate the documentation process and identify factors contributing to delays in the preparation of procurement documents by supplies, finance, and accounting officers at Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani Province.

Study design : This study was a cross-sectional analytical research.

Materials and Methods : This study was a conducted from April to August 2025. The sample group consisted of 105 personnel involved in the procurement documentation process within the supplies, finance, and accounting departments of Trakan Phuet Phon Hospital. Data were collected using a questionnaire with a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.93. The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Multiple Regression Analysis).

Main finding : The overall level of the procurement documentation process and the contributing factors were found to be moderate, with mean scores (Mean ± SD.) of 3.37 ± 0.82 and 3.06 ± 0.91, respectively. The factors that had a statistically significant effect on the delay in procurement document preparation were process-related factors and management and policy factors. Together, these two factors could explain 36.5% of the variance in the documentation delays ($R^2 = 0.365$).

Conclusion and Recommendations : The findings indicate that process-related factors and management and policy factors are significant predictors of delays in procurement documentation. This highlights the importance of reviewing and improving these areas to mitigate such delays and enhance operational efficiency.

Keywords : Factors; Documentation Process; Procurement Documentation

*General Administration Officer, Professional Level, Trakan Phuet Phon Hospital.

บทนำ

สภาพปัญหาความล่าช้าในกระบวนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังที่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและการเงินการบัญชีต้องเผชิญอยู่ตลอด และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลตระการพืชผลในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าปัญหานี้ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของตัวบุคคล แต่เป็นผลพวงจากปัจจัยเชิงระบบที่ทับซ้อนกันอย่างแยกไม่ออก “กับดักของความโปร่งใส” คือ ภาพสะท้อนที่ชัดเจนที่สุดของปัญหาในมิติแรก เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างฯ พ.ศ.2560 ที่มุ่งสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้นั้น ได้แปรเปลี่ยนเป็นกฎระเบียบและขั้นตอนอันซับซ้อนในทางปฏิบัติ สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการยกฐานะจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีบุคลากรสายสนับสนุนจำกัด การปฏิบัติตามขั้นตอนที่ละเอียดลออในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) กลายเป็นภาระงานที่หนักอึ้ง ความกลัวต่อการถูกตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกได้สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่เน้น “ความถูกต้องของเอกสาร” มากกว่า “ความรวดเร็วในการจัดหา” สถานการณ์จึงตกอยู่ในภาวะที่น่าอึดอัด เมื่อความจำเป็นเร่งด่วนทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ต้องเผชิญกับความล่าช้าของกระบวนการจัดซื้อที่ขาดความยืดหยุ่น กลายเป็นความขัดแย้งระหว่างการรักษาพยาบาลกับการรักษากฎระเบียบ[1]

ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาเชิงโครงสร้างนี้ยังถูกซ้ำเติมด้วย “ภาวะคอขวดจากข้อจำกัดด้านบุคลากร” โรงพยาบาลที่ได้รับการยกฐานะจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่มิได้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านพัสดุหรือการเงินอย่างเพียงพอ บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่เพียงหนึ่งคนต้องมีบทบาทรับผิดชอบหลายหน้าที่ รับผิดชอบงานที่หลากหลายตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เมื่อรวมกับอัตราการโยกย้ายที่สูง ทำให้ขาดการสั่งสมประสบการณ์และความต่อเนื่องในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานใหม่ต้องใช้เวลาเรียนรู้และปรับตัว ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานเดิมก็ต้องแบกรับภาระงานที่หนักเกินศักยภาพ[2] ภาวะเช่นนี้ไม่เพียงสร้างความล่าช้า แต่ยังบั่นทอนขวัญและกำลังใจในการทำงาน ทำให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ ปัญหาไม่ได้จำกัดอยู่แค่ภายในฝ่ายพัสดุหรือการเงินเท่านั้น แต่ยังลุกลามไปถึง “รอยต่อที่ขาดประสิทธิภาพของการประสานงานภายใน” ความล่าช้าในการส่งมอบข้อมูลคุณลักษณะเฉพาะ (Specification) จากหน่วยงานผู้ใช้ เช่น คุณลักษณะเครื่องมือทางการแพทย์ ถือเป็นปัญหาคลาสสิกที่ทำให้กระบวนการจัดซื้อไม่สามารถเริ่มต้นได้ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนนำไปสู่การแก้ไขเอกสารซ้ำแล้วซ้ำเล่า เสมือนการส่งต่อภาระงานที่ไม่มีที่สิ้นสุด นอกจากนี้การที่ระบบข้อมูลของฝ่ายพัสดุและการเงินยังไม่สามารถบูรณาการกันได้อย่างสมบูรณ์ในหลายแห่ง ทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อนในการตรวจสอบข้อมูลเพื่อกระทบยอด กลายเป็นกำแพงที่มองไม่เห็นซึ่งขวางกั้นประสิทธิภาพการทำงานระหว่างหน่วยงาน[3]

ในทำนองเดียวกันผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าวโดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ.2563-2566 พบว่าการดำเนินงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุถือเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่ได้รับการยกฐานะใหม่ บุคลากรยังไม่มีครบตามกรอบโครงสร้าง การเผชิญกับความท้าทายหลากหลายมิติทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพภายในหน่วยงาน และการรับส่งต่อจากหน่วยงานลูกข่ายอำเภอต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ ได้ก่อให้เกิดช่องว่างทางความรู้และการดำเนินงานที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงาน สภาพคล่องทางการเงิน การขาดแคลนเวชภัณฑ์ วัสดุสนับสนุน และท้ายที่สุดคือคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วย ช่องว่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงจุดที่ระบบและการปฏิบัติงานในปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ได้จากประเด็นหลักที่ปรากฏในแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้ (1) ช่องว่างด้านการเงินและการบริหารงบประมาณที่ไม่เพียงพอ (2) ช่องว่างจากความซับซ้อนของกฎระเบียบและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในและต่างประเทศ (3) ช่องว่าง

ด้านการบริหารจัดการภายในและบุคลากรภายในองค์กร เป็นอีกหนึ่งช่องว่างที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการจัดทำเอกสารและดำเนินงาน การขาดการวางแผนการจัดซื้อจัดจ้างล่วงหน้าอย่างเหมาะสม ทำให้การจัดหาพัสดุไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันท่วงที และอาจนำไปสู่การได้รับพัสดุที่ไม่สนองต่อความต้องการของผู้ใช้ทั้งในด้านปริมาณ คุณภาพหรือความทันเวลา และ(4) ช่องว่างจากปัจจัยภายนอกและห่วงโซ่อุปทาน ปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงของตลาดและปัญหาการหยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทาน โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 ซึ่งได้รับผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 และความผันผวนทางเศรษฐกิจโลก ได้ส่งผลให้การจัดซื้อจัดจ้างมีความยากลำบากยิ่งขึ้น และ นำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ แรงกดดันทางการเงินอย่างต่อเนื่องยังบังคับให้โรงพยาบาลต้องประเมินกลยุทธ์การจัดซื้อใหม่และจัดลำดับความสำคัญของงบประมาณอยู่เสมอ เพื่อรับมือกับข้อจำกัดที่มีอยู่[2]

โดยสรุปแล้ว ช่องว่างทางความรู้เหล่านี้เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน โดยเป็นผลมาจากข้อจำกัดทางการเงิน กฎระเบียบที่ซับซ้อน การบริหารจัดการภายในที่ไม่สมบูรณ์ และปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยาก การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่เป็นระบบและบูรณาการโดยพิจารณาตั้งแต่การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอ การปรับปรุงกฎระเบียบให้มีความชัดเจนและยืดหยุ่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบสารสนเทศ การวางแผนเชิงรุก และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อลดความล่าช้า เพิ่มประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับปัจจัย ขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง และปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - สิงหาคม 2568

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของงานพัสดุ และด้านการเงินการบัญชีในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 475 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของงานพัสดุและด้านการเงินการบัญชีในโรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 105 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุของ Cohen โดยโปรแกรม G*Power เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คำนวณ Power Analysis ตามแนวทางของ Cohen ได้อย่างแม่นยำ กำหนดค่าพารามิเตอร์ คือ Test family: F tests; Statistical test: Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero Type of power analysis: A priori: Compute required sample size Input Parameters: Medium Effect size f^2: 0.15 ; α err prob: 0.05; Power (1-β err prob): 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง ดังนั้น การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ตามแนวทางของ Cohen[4] สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80, คาดการณ์ขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (f^2 = 0.15) และมีจำนวนตัวแปรอิสระ 5 ตัว ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการได้เท่ากับ 105 คน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ซึ่งขนาดของตัวอย่างที่ใช้ศึกษาตัวแบบถดถอยพหุนั้น Nunnally and Bernstein[5]ได้ให้คำแนะนำไว้ว่าควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 10 ตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร (ตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปรต่อตัวอย่าง จำนวน 21 คน) จึงควรมีขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า จำนวน 105 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ปรับปรุงจากแบบสอบถามงานวิจัยของธนภรณ์ พรรณราย[6] เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย สถานภาพของผู้ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และระดับการศึกษาการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้า จำแนกเป็น 5 ด้าน จำนวน 31 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และด้านการเงินการบัญชีต้องทำงานล่าช้า แบ่งเป็น 5 ด้าน 30 ข้อตามแบบของ Likert[7] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด, ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก, ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง, ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย และระดับคะแบบ 1 หมายถึง น้อยที่สุด และเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ[8] ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 4.55 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.55 - 4.54 หมายถึง ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.55 - 3.54 หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.55- 2.54 หมายถึง ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.54 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item total of consistency; IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมันแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้าเท่ากับ 0.90 และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และด้านการเงินการบัญชีต้องทำงานล่าช้าในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ (1) ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้า และขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และด้านการเงิน-การบัญชีต้องทำงานล่าช้า ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (3) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับการศึกษาปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้าในโรงพยาบาลตระการพืชผล โดยใช้สถิติ

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 105 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพของผู้ปฏิบัติงานเป็นข้าราชการ จำนวน 53 คน (50.5%) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน (47.6%) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 71 คน (67.6%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=105)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
สถานภาพของผู้ปฏิบัติงาน	ข้าราชการ	53(50.5)
	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	32(30.5)
	อื่นๆ	20(19.0)
ประสบการณ์การทำงาน	ต่ำกว่า 5 ปี	36(34.3)
	ตั้งแต่ 5 ปี ไม่เกิน 10 ปี	19(18.1)
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	50(47.6)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	25(23.8)
	ปริญญาตรี	71(67.6)
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	9(8.6)

2. ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้ารายด้านและโดยรวม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่ล่าช้าของผู้ปฏิบัติงาน (n=105) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean ± SD. = 3.37 ± 0.82) เมื่อพิจารณาผลรายด้าน 3 อันดับแรก (เรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย) 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอน: เป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean ± SD. = 3.45 ± 0.89) แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมองว่าปัจจัยด้านนี้ส่งผลต่อความล่าช้ามากที่สุด ด้านเทคโนโลยีที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา (Mean ± SD. = 3.42 ± 0.97) และด้านการจัดการและนโยบายเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับสาม (Mean ± SD. = 3.40 ± 0.92) ตามลำดับ

ส่วนขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงาน (n=105) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean ± SD. = 3.06 ± 0.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน 3 อันดับแรก (เรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย) ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการบริหารพัสดุเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean ± SD. = 3.18 ± 1.06) ด้านการจัดเอกสารการจัดซื้อ/จ้างเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา (Mean ± SD. = 3.07 ± 0.82) และด้านวิธีการจัดซื้อจัดจ้างเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับอันดับสอง (Mean ± SD. = 3.07 ± 0.90) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและด้านการเงินการบัญชีล่าช้า รายด้านและโดยรวม (n = 105)

ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง	Mean±SD.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านปัจจัยด้านบุคคลและองค์กร	3.30±0.93	ปานกลาง
2. ด้านกระบวนการและขั้นตอน	3.45±0.89	ปานกลาง
3. ด้านเทคโนโลยีที่เหมาะสม	3.42±0.97	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการและนโยบาย	3.40±0.92	ปานกลาง
5. ด้านปัจจัยภายนอก	3.31±0.88	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	**3.37±0.82**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างรายด้าน และโดยรวม (n = 105)

ปัจจัย	Mean±SD.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการจัดเอกสารการจัดซื้อ/จ้าง	3.07±0.82	ปานกลาง
2. ด้านวิธีการจัดซื้อจัดจ้าง	3.07±0.90	ปานกลาง
3. ด้านการทำสัญญา	3.01±0.93	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารสัญญา และการตรวจรับพัสดุ	2.97±1.05	ปานกลาง
5. ด้านการบริหารพัสดุ	3.18±1.06	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	**3.06±0.91**	**ปานกลาง**

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้า พบว่า จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุและการเงิน-การบัญชี ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปัจจัยเชิงระบบอันได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอน และด้านการจัดการและนโยบาย” เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถอธิบายความล่าช้าที่เกิดขึ้นได้ถึง 36.5% ($R^2 = 0.365$) ซึ่งถือเป็นอำนาจการทำนายที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจและมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัจจัยแต่ละด้าน พบว่า ด้านกระบวนการและขั้นตอน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความล่าช้า (B = 0.412, p = .001) การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาเชิงโครงสร้างในการปฏิบัติงาน เช่น ความซับซ้อนของขั้นตอน, การอนุมัติที่หลายชั้น, หรือกระบวนการที่ขาดประสิทธิภาพ เป็นอุปสรรคโดยตรงที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด ผู้ปฏิบัติงานอาจต้องเผชิญกับคอขวด (Bottle necks) ในกระบวนการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าสะสมและยากที่จะแก้ไขได้ในระดับบุคคล ในขณะเดียวกันด้านการจัดการและนโยบายก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (B = 0.236, p = .049) แม้จะมีขนาดอิทธิพลน้อยกว่าปัจจัยแรก แต่ก็เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถมองข้ามได้ ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าทิศทางและกลยุทธ์ที่กำหนดจากระดับบริหารมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานโดยตรง นโยบายที่ไม่ชัดเจน, การขาดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ในการจัดซื้อ, หรือการจัดการที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ล้วนเป็นต้นเหตุที่สร้างภาระและทำให้กระบวนการจัดทำเอกสารขาดความคล่องตัว

สิ่งที่น่าสนใจคือปัจจัยทั้งสองนี้ล้วนเป็นปัจจัยที่องค์กรสามารถควบคุมและปรับปรุง ผลการวิเคราะห์จึงไม่ได้เป็นเพียงการชี้ปัญหา แต่ยังเป็นการเสนอแนวทางในการแก้ไขที่ตรงจุด กล่าวคือ หากองค์กรต้องการลดความล่าช้าในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง ควรให้ความสำคัญกับการปฏิรูปในสองมิติหลัก โดยมิติที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนที่สุดคือ การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความกระชับ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความคล่องตัวในการอนุมัติ ควบคู่ไปกับการพัฒนากลยุทธ์ด้านการจัดการและนโยบายให้มีความชัดเจนและเอื้อต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

โดยสรุปผลการศึกษานี้ได้ให้ภาพที่ชัดเจนว่า ความล่าช้าในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างไม่ได้เกิดจากปัญหาที่ตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีรากฐานมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบการจัดการขององค์กร การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนเชิงนโยบาย และกระบวนการเป็นสำคัญ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมประสิทธิภาพและลดอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อกรอบเวลาในการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างของผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และด้านการเงิน-การบัญชีล่าช้า

ตัวแปร	Coefficient	Std.Err.	t	p	95%CI
กระบวนการและขั้นตอน	0.412	0.115	3.54	.001	0.180, 0.639
การจัดการและนโยบาย	0.236	0.119	1.97	.049	0.002, 0.473
Cons	0.856	0.301	2.84	.005	0.259, 1.453
R-squared = 0.365, Adj R-squared = 0.353, F(2, 102) = 29.41, number of obs = 105					
Root MSE = .73571					

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยที่บ่งชี้ว่าปัจจัยและขั้นตอนการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่ล่าช้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางนั้นสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่รับรู้ร่วมกันในแวดวงการจัดซื้อจัดจ้างทั้งในและต่างประเทศ แม้ว่าระดับความรุนแรงอาจแตกต่างกันไปตามบริบทขององค์กรและประเทศ แต่แก่นของปัญหามักมีรากฐานมาจากปัจจัยเชิงระบบที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ว่าปัจจัยด้านกระบวนการ เทคโนโลยี และการบริหารจัดการเป็นสาเหตุหลักของความล่าช้าในการจัดซื้อจัดจ้าง งานวิจัยของ Luhukay et al.[9] ที่ศึกษาการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐในอินโดนีเซีย พบว่าความล่าช้าในการประมูล (Tender) มีสาเหตุสำคัญมาจากการวางแผนที่ไม่ดีพอ, การประเมินราคาที่ไม่แม่นยำ และกระบวนการตรวจสอบเอกสารที่ใช้เวลานาน ซึ่งเป็นปัญหาเชิงกระบวนการที่ตรงกับผลการวิจัย เช่นเดียวกัน งานวิจัยในภาคการก่อสร้างของเอธิโอเปียโดย Tadesse et al. ได้ระบุว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการล่าช้าคือการขาดการวางแผนจัดซื้อจัดจ้างที่มีประสิทธิภาพ, ขั้นตอนที่ยืดเยื้อ และการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของปัญหาในระดับปานกลางถึงสูงที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาของโครงการ ส่วนในบริบทของประเทศไทยนั้นพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของจิราภรณ์ ช้างเขียว และคณะ[10] ซึ่งศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานภาครัฐ พบว่า ปัญหาหลักเกิดจากความไม่ชัดเจนของระเบียบ, ขั้นตอนที่ซับซ้อน และปัญหาจากระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) เอง ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อค้นพบที่ว่าปัจจัยด้านกระบวนการและนโยบายเป็นอุปสรรคสำคัญ แม้ผู้ปฏิบัติงานจะรับรู้ว่าเป็นปัญหาระดับปานกลาง แต่ก็เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

และส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ

แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยบางชิ้นในช่วงหลังการระบาดของ COVID-19 กลับชี้ให้เห็นว่าปัจจัยภายนอก (External Factors) ได้ทวีความรุนแรงและกลายเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบอย่างหนักหน่วง งานวิจัยของ Aiswarya et al.[11] ที่วิเคราะห์ผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง พบว่า การหยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทาน (Supply chain disruption) และความผันผวนของราคาวัสดุเป็นปัจจัยภายนอกที่สร้างความล่าช้าในระดับสูงและเหนือการควบคุมขององค์กร ซึ่งอาจขัดแย้งกับผลการวิจัยที่ประเมินปัจจัยภายนอกไว้ในระดับปานกลาง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลหรือลักษณะของอุตสาหกรรมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล (Digital Transformation) ได้สร้างความท้าทายใหม่ๆ ที่อาจทำให้ปัญหาด้านเทคโนโลยีรุนแรงกว่าระดับปานกลางในบางองค์กร Al-Malaise Al-Ghamdi และ Asaad[12] ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีการนำเทคโนโลยี E-procurement มาใช้ แต่การขาดการบูรณาการระบบอย่างสมบูรณ์ (Lack of system integration) และการที่บุคลากรขาดทักษะดิจิทัลที่จำเป็น ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่สร้างความล่าช้าในกระบวนการ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพียงแค่มีเทคโนโลยีอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องมีการบริหารจัดการและการพัฒนาบุคลากรควบคู่กันไป

การที่ผลลัพธ์ออกมาเป็น “ระดับปานกลาง” ไม่ได้หมายความว่าปัญหานั้นไม่สำคัญ แต่กลับเป็น “สัญญาณเตือนที่เงียบงัน” ซึ่งบ่งบอกถึงปัญหาสะสมเชิงระบบที่ต้องการการแก้ไขอย่างจริงจังจากผู้มีอำนาจตัดสินใจก่อนที่มันจะส่งผลกระทบต่อองค์กรในระดับที่รุนแรงยิ่งขึ้น

2. ผลการวิเคราะห์ที่ค้นพบว่าปัจจัยด้านกระบวนการและขั้นตอน และด้านการจัดการและนโยบาย สามารถร่วมกันอธิบายความล่าช้าในการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างได้ถึง 36.5% นั้น ไม่ใช่ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นเสียงสะท้อนที่สอดคล้องอย่างยิ่งกับองค์ความรู้ในงานวิจัยร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงแก่นแท้ของปัญหาที่ว่า ความไร้ประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างมักมีรากฐานมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างขององค์กร มากกว่าจะเป็นความบกพร่องของตัวบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาถึงบทบาทของปัจจัยเชิงกระบวนการในฐานะตัวการหลักของความล่าช้า การศึกษาในประเทศกานาโดย Mensah & Ameyaw[13] พบว่าขั้นตอนการอนุมัติที่ยืดเยื้อและการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ขาดความยืดหยุ่น เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพของกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งเทียบเคียงได้กับข้อค้นพบที่ว่า “ด้านกระบวนการและขั้นตอน” เป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกัน การศึกษาในอุตสาหกรรมก่อสร้างของไนจีเรียโดย Omoregie & Ofori[14] ได้ข้อสรุปในทิศทางเดียวกันว่า การวางแผนจัดซื้อที่ไม่ดี (ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายและการจัดการ) และกระบวนการคัดเลือกผู้ขายที่ซับซ้อน เป็นสองปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความล่าช้าของโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อมองในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของณัฐพล ใยไพโรจน์ และคณะ[15] ได้สะท้อนภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกันในระบบราชการไทย โดยชี้ว่าความซับซ้อนของระเบียบและขั้นตอนในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) ประกอบกับการขาดนโยบายที่ชัดเจนในการบริหารจัดการ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานต้องล่าช้าออกไป ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่า R^2 เท่ากับ 36.5% จึงเป็นตัวเลขที่หนักแน่นและน่าเชื่อถือ เป็นการยืนยันสมมติฐานที่ว่า หากองค์กรต้องการแก้ไขปัญหาความล่าช้าอย่างยั่งยืน จุดสำคัญที่สุดอยู่ที่การปฏิรูปปัจจัยเชิงระบบ นั่นคือการออกแบบกระบวนการทำงานให้กระชับ คล่องตัว และการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งเอื้อต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

มุมมองที่แตกต่างและปัจจัยท้าทายอื่นในยุคดิจิทัลและภาวะวิกฤต แม้ว่าปัจจัยด้านกระบวนการและนโยบายจะเป็นตัวแปรที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่การยึดติดกับมุมมองนี้เพียงอย่างเดียวอาจทำให้มองข้ามพลวัตของปัจจัยอื่นที่ทวีความสำคัญขึ้นในโลกยุคใหม่ ได้นำเสนอมุมมองที่แตกต่างออกไป โดยชี้ว่าในบางบริบทปัจจัยอื่นอาจมีอิทธิพลรุนแรงกว่าปัจจัยเชิงระบบที่กล่าวมาข้างต้น

ประการแรก บทบาทของเทคโนโลยีและการบูรณาการ

ระบบ ได้กลายเป็นปัจจัยชี้ขาดที่ซับซ้อนกว่าในอดีต งานวิจัยของ Susanto et al.[16] ที่ศึกษาการใช้ E-procurement ในภาครัฐของอินโดนีเซีย ให้มุมมองที่น่าสนใจว่า การมีอยู่ของเทคโนโลยี (เช่น ระบบ e-GP) ไม่ได้เป็นหลักประกันของประสิทธิภาพเสมอไป หากแต่ระดับของการบูรณาการระบบดิจิทัล (Digital Integration) และความพร้อมของทุนมนุษย์ (Human Capital Readiness) เป็นตัวแปรที่สำคัญกว่า ข้อค้นพบนี้อาจท้าทายข้อสรุปเดิม ๆ โดยชี้ว่าแม้กระบวนการและนโยบายจะถูกออกแบบมาอย่างดีเพียงใด แต่หากระบบเทคโนโลยีของฝ่ายต่างๆ (เช่น การเงิน พัสดุ คลังสินค้า) ไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างไร้รอยต่อ หรือบุคลากรขาดทักษะในการใช้เครื่องมือดิจิทัลอย่างเต็มศักยภาพ ความล่าช้าก็จะยังคงเกิดขึ้นและอาจรุนแรงกว่าเดิมด้วยซ้ำ

ประการที่สอง อิทธิพลของปัจจัยภายนอกในยุคแห่งความไม่แน่นอน ได้รับการพิสูจน์อย่างชัดเจนในช่วงหลังการระบาดของ COVID-19 งานวิจัยของ Aiswarya et al.[11] ที่วิเคราะห์ผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง พบว่า การหยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain Disruption) และความผันผวนของราคาวัสดุ กลายเป็นปัจจัยภายนอกที่ทรงพลังและอยู่เหนือการควบคุมขององค์กร ซึ่งสามารถบั่นทอนกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างทั้งหมดได้ แม้ว่าองค์กรจะมีกระบวนการภายในที่ดีเลิศเพียงใดก็ตาม มุมมองนี้เป็นการเสนอข้อโต้แย้งว่า ในภาวะวิกฤตปัจจัยภายนอกอาจกลายเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการอธิบายความล่าช้าได้สูงกว่าปัจจัยภายในองค์กรอย่างกระบวนการและนโยบาย

โดยสรุปแม้ผลการวิจัยที่ชี้ถึงความสำคัญของปัจจัยด้านกระบวนการและนโยบายจะมีความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับ แต่งานวิจัยร่วมสมัยได้เสนอภาพที่ซับซ้อนขึ้น โดยเตือนว่าองค์กรต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการเทคโนโลยีอย่างแท้จริงและต้องสร้างความยืดหยุ่นเพื่อรับมือกับปัจจัยภายนอกที่คาดเดาได้ยากด้วย การมองข้ามปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุดและไม่เท่าทันต่อความท้าทายในปัจจุบัน โดยสรุป ทั้งนี้ข้อค้นพบนี้ได้ให้แนวทางการวางแผนที่การดำเนินงานที่ชัดเจนแก่องค์กรว่า การจะแก้ปัญหาความล่าช้าได้อย่างยั่งยืนนั้น ต้องอาศัย การลงมือทำพร้อมกันในทุกระดับ ตั้งแต่การปฏิรูปเชิงนโยบายโดยผู้บริหาร, การปรับปรุงการทำงานโดยหัวหน้างาน, ไปจนถึงการสร้างความพร้อมเพื่อรับมือกับโลกอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับบุคคล (สำหรับผู้ปฏิบัติงาน) ข้อเสนอแนะในระดับนี้มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการปรับตัวของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถรับมือกับกระบวนการที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอได้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาทักษะเชิงรุก (ปฏิบัติงานควรแสวงหาความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานในยุคดิจิทัลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าอบรมที่หน่วยงานจัดให้หรือการเรียนรู้ด้วย ผ่านช่องทางออนไลน์ โดยเน้นทักษะสำคัญ 3 ด้าน คือ (1) ทักษะด้านกฎระเบียบทำความเข้าใจระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างทั้งกฎหมายแม่บทและกฎหมายลูกทุกฉบับ รวมถึงการตีความข้อบังคับที่ซับซ้อน เพื่อลดข้อผิดพลาด (2) ทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลฝึกฝนการใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) ให้คล่องแคล่ว รวมถึงโปรแกรมสำนักงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำ (3) ทักษะด้านการสื่อสารและการประสานงาน พัฒนาทักษะการสื่อสารที่ชัดเจนและกระชับ เพื่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นและผู้ขายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันซึ่งเป็นสาเหตุของความล่าช้า และการสร้างเครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายกับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นหรือองค์กรอื่น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์, แนวทางการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และเรียนรู้กรณีศึกษาซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ในการพัฒนางานของตนเอง

2. ระดับองค์กร (สำหรับหน่วยงานและผู้บริหาร) ข้อเสนอแนะระดับองค์กรมุ่งเน้นการปรับปรุงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อลดอุปสรรคเชิงระบบและส่งเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ได้แก่ (1) การทบทวนและออกแบบกระบวนการใหม่ องค์กรควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อทบทวนกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง

ทั้งหมดอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดขั้นตอน ลดระยะเวลา ลดเอกสาร ควรพิจารณายกเลิกขั้นตอนการอนุมัติที่ซ้ำซ้อน, นำระบบอนุมัติแบบคู่ขนาน มาใช้แทนการอนุมัติตามลำดับขั้น และกำหนดกรอบเวลามาตรฐาน (SLA) สำหรับแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน (2) การลงทุนในเทคโนโลยีเพื่อการบูรณาการ องค์กรต้องลงทุนในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบจัดซื้อจัดจ้าง (E-Procurement), ระบบบัญชี (ERP) และระบบคลังสินค้าได้แบบไร้รอยต่อ เพื่อให้ข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ลดความผิดพลาดจากการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อน และช่วยให้ผู้บริหารสามารถเห็นภาพรวมของสถานะการจัดซื้อได้แบบเรียลไทม์ และ (3) การส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นการปรับปรุง ผู้บริหารควรสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมให้พนักงานกล้าเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ควรมีระบบการให้รางวัลหรือเชิดชูเกียรติแก่บุคคลหรือทีมที่สามารถพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้สำเร็จ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (สำหรับผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานกำกับดูแล) ข้อเสนอแนะระดับนโยบายมุ่งเน้นการปรับแก้กฎระเบียบในภาพใหญ่ให้มีความทันสมัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพในยุคปัจจุบัน ได้แก่ (1) การปรับปรุงกฎระเบียบให้มีความยืดหยุ่นและชัดเจน หน่วยงานกำกับดูแลควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไขระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยอาจกำหนดกรอบการจัดซื้อจัดจ้างแบบพิเศษสำหรับโครงการเร่งด่วนหรือโครงการวิจัยและพัฒนาที่ไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ตามปกติ นอกจากนี้ ควรจัดทำ “คู่มือการตีความระเบียบ” ที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย พร้อมตัวอย่างกรณีศึกษา เพื่อลดปัญหาความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงาน (2) การพัฒนาระบบ e-GP ให้เป็นมิตรต่อผู้ใช้และมีฟังก์ชันสนับสนุนมากขึ้น หน่วยงานที่ดูแลระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐควรพัฒนาระบบให้มีการใช้งาน (User Interface) ที่เป็นมิตรและใช้งานง่ายขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มฟังก์ชันที่ช่วยอำนวยความสะดวก เช่น ระบบติดตามสถานะเอกสารอัตโนมัติ, ระบบแจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงกำหนดเวลา หรือการใช้เทคโนโลยี AI ช่วยตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นของเอกสาร และ (3) การกำหนดนโยบายเพื่อรับมือกับความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอก ควรกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติระดับชาติหรือระดับองค์กร เพื่อรองรับความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอก เช่น การหยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทาน โดยอาจมีนโยบายส่งเสริมการจัดหาพัสดุจากผู้ผลิตภายในประเทศ หรือการสร้างคลังพัสดุสำรองสำหรับสินค้าที่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.cgd.go.th
2. จุไลรัตน์ ผดุงกิจ, ภานุมาศ ชาติประเสริฐ. ปัญหาการปฏิบัติงานในการจัดซื้อจัดจ้างด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ของเจ้าหน้าที่พัสดุในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการเมืองการปกครอง. 2563;10(2):240-53.
3. โรงพยาบาลตระการพืชผล. รายผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2567. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ หลักประกันสขภาพ; 2567.
4. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge Academic; 1988.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. ธนภรณ์ พรรณราย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา [สารนิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
7. Likert R. New Patterns of Management. New York: McGraw-Hill; 1961.
8. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัย

การศึกษา. 2538;1(4):13.

9. Luhukay D, Korompis C, Tjakra J, Walangitan D. Analysis of Factors Causing Delays in the Tender Process of Government Goods/ Services Procurement. Jurnal Teknik Sipil. 2021;10(1):105-14.
10. Changkiaw J, Thawornwiriyanan R, Thongma W. Problems and Obstacles in the Government Procurement and Supplies Management of Government Agencies in Thailand. Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences. 2021;4(3):1038-51.
11. Aiswarya S, Senthil Kumar V, Adithya Kumar S. A study on the impact of supply chain disruption in the construction industry. Materials Today: Proceedings. 2023;80 (Part 3):1851-5.
12. Al-Malaise Al-Ghamdi A, Asaad R. The Impact of E-Procurement on Organizational Performance: A Study in Saudi Arabia. Economies. 2022;10(10):255.
13. Mensah M, Ameyaw C. The role of procurement process on the performance of procurement function in a developing country's context. International Journal of Procurement Management. 2022;15(1):1-23.
14. Omoregie A, Ofori G. An examination of the causes of delay in construction projects inNigeria. Journal of Engineering, Design and Technology. 2021;19(4):945-65.
15. Yai-Pairote N, Chantarasombat C, Rakthin S. Problems and Guidelines for the Development of the Government Procurement and Supplies Management System (e-GP) in Thailand. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation. 2022;8(10):245-58.
16. Susanto A, Purnomo A, Nur-Aini I. The role of digital integration and human capital in e-procurement success: An empirical study in Indonesian public sector. Cogent Business & Management. 2023;10(1):2189453.

การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a System to Prevent Medication Errors in Diabetes Clinic With the Participation Process of the Patient Care Team at Kasetwisai Hospital Roi-et Province

นิพล มหาอุตย์*

Nipon Maha-ut

Correspondling author: E-mail: niponrx8@gmail.com

(Received: August 22, 2025; Revised: August 29, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นใบสั่งยาผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้การดำเนินงานเป็นแนวปฏิบัติการให้บริการสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในคลินิกเบาหวาน และ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรายงาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมดูแลผู้ป่วย (สหวิชาชีพ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : 1) พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตอน Pre-dispensing error คือการสั่งยาผิดจำนวน และขั้น Dispensing error คือ การจ่ายยาผิดคน 2) ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย ได้แก่ (1) การใช้บัตรประชาชนและ/หรือบาร์โค๊ดป้อนข้อมูล (2) สมุดประจำตัวผู้ป่วย (3) ทบทวนชื่อ-สกุล และที่อยู่ผู้ป่วยทุกครั้ง (4) อบรมการใช้ HosXp, learning by doing (5) กำหนดแนวทางการป้องกัน ME ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (6) เภสัชกรทำ Medication Reconciliation (7) พยาบาลลงวันนัดในสมุดผู้ป่วย HosXp (8) ทะเบียนยาใน HosXp ให้สีตัวอักษรของกลุ่มยาโรคเรื้อรังแตกต่างจากกลุ่มยาอื่น (9) แพทย์พิมพ์สั่งยาใน HosXp และเขียนคำสั่งในสมุดประจำตัวผู้ป่วย (10) ทำป้ายชื่อยาบนชั้นเก็บยาให้ตัวอักษร (Font) เหมือนกับบนฉลากซองยา (11) จัดเรียงยาตามบ้านเลขที่ยา (12) จัดหาไมโครโฟนสื่อสารสองทางที่จุดจ่ายยา (13) จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยก่อนเวลาราชการ (คลินิกรุ่งอรุณ) และ (14) จัดส่งยาทางไปรษณีย์กับผู้ป่วยที่สมัครใจและหลังจากนำระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไปใช้พบว่า หลังการวิจัยมีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (ต่อพันใบสั่งยา) ลดลงทั้ง 3 ประเภท คือ Prescribing Error ลดลง 6.62 จาก 11.07 เป็น 4.45, Pre-dispensing error จาก 9.22 เป็น 7.79 ลดลง 1.43 และ Dispensing error จาก 0.92 เป็น 0.00 ลดลง 0.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ทั้ง 3 ประเภท และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกับระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 85.71

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและต้องการให้ใช้ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยานี้ในกลุ่มโรคเรื้อรังทุกคลินิกโรค เนื่องจากมีบริบทที่ใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา; คลินิกเบาหวาน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ; กระบวนการมีส่วนร่วม

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

Abstract

Purposes : To investigate medication error incidents, develop a preventive system, and evaluate its effectiveness in a diabetes clinic at Kaset Wisai Hospital, Roi Et Province, Thailand.

Study design : This action research study.

Materials and Methods: The study sample comprised prescription records of patients attending the diabetes clinic. Conducted between January and February 2025. A multidisciplinary team was engaged in developing and implementing standard operating procedures for medication error prevention. Data were collected using structured reporting forms and analyzed with descriptive statistics.

Main finding : The majority of medication errors occurred during the pre-dispensing stage, primarily due to incorrect drug quantities, and during the dispensing stage, mainly due to wrong-patient dispensing. A 14-component prevention system was developed, incorporating patient identification with ID cards or barcodes, patient record books, systematic verification of patient details, training on the HosXp system with learning-by-doing, establishment of medication error prevention protocols, pharmacist-led medication reconciliation, appointment scheduling via HosXp, color-coded drug registries, electronic prescribing with written confirmation, standardized labeling, arrangement of medications by storage codes, two-way microphone communication at dispensing points, early clinic services, and optional postal delivery of medicines. Following implementation, medication error rates per 1,000 prescriptions significantly decreased across all stages: prescribing errors decreased from 11.07 to 4.45 (−6.62), pre-dispensing errors from 9.22 to 7.79 (−1.43), and dispensing errors from 0.92 to 0.00 (−0.92) ($p<.001$). Staff satisfaction with the new system was high (85.71%).

Conclusion and Recommendations : The medication error prevention system effectively reduced errors and was well-accepted by healthcare personnel. The system is recommended for implementation across other chronic disease clinics with similar contexts.

Keywords : Medication errors; Diabetes clinic; Action research; Multidisciplinary participation

*Pharmacist, Professional Level, Kasetwisai Hospital.

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine) พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำหรับผู้ป่วยนอก ประมาณ 1 ใน 131 และสำหรับผู้ป่วยใน 1 ใน 854[1] โดยที่ความคลาดเคลื่อนทางยานั้น เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตลอดกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งการจัดเตรียมยาการจ่ายยา และการบริหารยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับทีมสหวิชาชีพทางแพทย์พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุข สถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยยังเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ ในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals : SIMPLE Thailand 2018) โดยความคลาดเคลื่อนทางยา เป็น 1 ใน 6 ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางการแพทย์ทั้งเสียชีวิต พิการ หรือบาดเจ็บ เฉลี่ย 880 รายต่อปี หรือ เกือบ 2-5 รายต่อวัน โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 52.0[2] และข้อมูลจากงานวิจัย พบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 24-41 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 0.8-1.0[3-4] และพบความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุสำคัญ นำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Event: ADE) ถึงร้อยละ 9.9-11.0[5-6]

จากการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยที่ผ่านมาพบความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกในช่วงเดือนมกราคม-สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ ในปี พ.ศ.2567 พบว่า Prescribing error เป็น 11.07 ต่อ พันใบสั่งยา มีเหตุการณ์ที่พบได้แก่สั่งยาผิดจำนวนไม่ตรงวันนัดมากที่สุด รองลงมาสั่งยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้,และสั่งยาผิดคน เป็นต้น, Pre-dispensing error เป็น 9.22 ต่อพันใบสั่งยา มีเหตุการณ์ที่พบได้แก่ จัดยาผิดจำนวนมากที่สุด, รองลงมาจัดยาผิดชนิด, จัดยาไม่ครบรายการตามใบสั่งยา, ฉลากยาไม่ถูกต้อง, จัดยาผิดคน เป็นต้น, Dispensing error เป็น 0.92 ต่อ พันใบสั่งยา มีเหตุการณ์ที่พบได้แก่ได้จ่ายยาผิดคน เป็นต้น, และจากตัวชี้วัดของกลุ่มงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกกำหนดไว้ Dispensing error ไม่เกิน 3 ต่อพันใบสั่งยา ต่อปี ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 พบว่า Dispensing error เป็น 5.35 ต่อ พันใบสั่งยาต่อปี และเมื่อจำแนกความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ระดับ A-I พบ ระดับ A (ยังไม่เกิดแต่มีแนวโน้มจะเกิดและตรวจพบแก้ไขก่อนถึงผู้ป่วย) จำนวน 117 ครั้ง ระดับ B (เกิดขึ้นยังไม่ถึงผู้ป่วย) จำนวน 242 ครั้ง และระดับ C (เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตราย) จำนวน 8 ครั้ง[7]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาพบได้ในสถานพยาบาลทุกที่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของการให้บริการ ซึ่งสาเหตุอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัยเกี่ยวข้องกันทั้งระบบงาน ระบบสารสนเทศ บุคลากรทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือในการทำงาน และปัจจัยจากผู้ป่วย โดยเฉพาะการขาดแนวทางการปฏิบัติงานด้านการจัดการความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาที่สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยด้านยา (Patient Safety Goals) การขาดระบบจัดการตัวผลิตภัณฑ์ยาที่มีลักษณะชื่อพ้องมองคล้ายที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์ขาดการมีส่วนร่วมในแก้ปัญหา การออกแบบระบบสื่อสารข้อมูลด้านยายังไม่ดีเชื่อมโยงข้อมูลยาผิดพลาด และระบบการบริหารความเสี่ยงด้านยาที่ขาดการจัดการเชิงระบบ ซึ่งมีการกล่าวถึงปัจจัยเหล่านี้ในการศึกษาหลายฉบับ[8-9] เพื่อให้บุคลากรในองค์กรเปิดใจเรียนรู้จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงร่วมกัน ไม่กล่าวโทษใครคนใดคนหนึ่ง มองเป้าหมายปรับปรุงระบบงานเป็นหลัก เข้าใจในข้อจำกัดที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ข้อจำกัดของทรัพยากรและบริบทที่เกี่ยวข้อง และมีการศึกษาถึงรูปแบบ และประสิทธิผลของมาตรการ (Intervention) ในการลดความคลาดเคลื่อนทางยายังมีความหลากหลายและการเลือกนำมาตรการไปใช้ประโยชน์ต้องคำนึงถึงบริบท

ที่เหมาะสมของแต่ละองค์กร ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยสากลแล้วว่าทีมสหวิชาชีพที่มีการสื่อสารระหว่างกันเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความปลอดภัยด้านยา[10] ทำหน้าที่ร่วมกันในการตรวจสอบ (Cross check) และรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกระดับที่พบ เพื่อให้การวิเคราะห์เกิดประโยชน์สูงสุด[11] ดังนั้น ผู้วิจัยการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งในคลินิกเบาหวานมีบุคลากรให้บริการหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการได้รับยาของผู้ป่วย และทุกจุดบริการมีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยทุกจุดบริการให้มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยการสร้างมาตรการและผลลัพธ์ในการลดและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยารวมถึงมาตรการในการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือที่ป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการทำงาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา พัฒนาระบบป้องกันและประเมินผลระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรก เป็นระบบบริการแบบเก่า จำนวน 2 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 และ ครั้งที่สอง เป็นระบบบริการแบบใหม่ จำนวน 2 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (เดือนพฤศจิกายน 2567) มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ 1) เตรียมข้อมูลศึกษาสถานการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนดำเนินการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเกษตรวิสัย 2) ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ครั้ง 30 นาที (18 พฤศจิกายน 2567) เนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีความคลาดเคลื่อนทางยาและข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เพื่อให้คณะกรรมการรับรู้และให้ความสำคัญของปัญหาที่จะต้องพัฒนาระบบร่วมกันต่อไป และ 3) สร้างกลุ่มไลน์ของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้สื่อสารข้อมูลรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานและรับฟังความคิดเห็นของทีมอย่างต่อเนื่อง

แหล่งข้อมูล ศึกษาสถานการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนดำเนินการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสืบค้นข้อมูลจากข้อมูลรายงานความเสี่ยงในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์และในฐานข้อมูลทางเอกสารจากทะเบียนสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ของกลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเกษตรวิสัย โดยเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา จำนวน 2 เดือน (เดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2567) ซึ่งได้กำหนดประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างไว้ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ใบสั่งยาผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ทุกวันพุธและวันพฤหัสบดีตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกใบสั่งยาผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ใบสั่งยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานทั้งหมดที่มีรายการยาตั้งแต่ 1 รายการขึ้นไป เกณฑ์การคัดเลือกใบสั่งยาผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ใบสั่งยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานทั้งหมดที่ไม่มีรายการยาใดๆ และ 2) ใบสั่งยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน

เครื่องมือและตัวแปรในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือข้อมูลรายงานความเสี่ยงในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ และในฐานข้อมูลทางเอกสารจากทะเบียนสรุปรายงาน

ความคลาดเคลื่อนทางยา ตัวแปรที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งของ Prescribing error, Pre-dispensing error, Dispensing error ในคลินิกเบาหวาน 2) จำนวนใบสั่งยาของการจ่ายยาในคลินิกเบาหวาน 3) จำนวนครั้งของระดับความรุนแรงการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน 4) ร้อยละของ Prescribing error, Pre-dispensing error, Dispensing error ในคลินิกเบาหวาน และ 5) ร้อยละของระดับความรุนแรงการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน

การจัดการข้อมูล รวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จำนวนรวมทั้งหมด บันทึกข้อมูลและคำนวณด้วยเครื่องคิดเลข

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา และข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละของรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ความถี่ของประเภท และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแจกแจงในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ (Action) (เดือนธันวาคม 2567) มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ 1) ทบทวนกระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละจุดบริการในคลินิกเบาหวาน 2) ประชุมกลุ่ม (Focus group) ของบุคลากรโดยกระบวนการวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis) แต่ละจุดบริการ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ (ธันวาคม 2567) เพื่อหาแนวปฏิบัติและเครื่องมือช่วยการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และ 3) ประชุมทีมดูแลผู้ป่วยเพื่อชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจและปฏิบัติไปแนวทางที่กำหนดร่วมกัน 1 สัปดาห์ (ธันวาคม 2567)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน จำนวน 30 คน

เครื่องมือและตัวแปรในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานการทำ Root Cause Analysis ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วยข้อมูลปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละชนิด สาเหตุของปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละชนิด วิธีการแก้ไขปัญหา และข้อตกลงวิธีการแก้ไขปัญหาที่จะนำมาใช้

การจัดการข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากการทำ Root Cause Analysis และวิเคราะห์ข้อมูลทำ Root Cause Analysis และสรุปเป็นระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observing) ดำเนินการในเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมดำเนินการ นำกระบวนการของระบบที่ปรับปรุงและพัฒนาใหม่มาใช้ และเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นเวลา 2 เดือน (เดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2568) จำนวน 16 Visit ในแต่ละ visit จะมีการรายงานผลการดำเนินงานและเมื่อพบปัญหาจะมีการหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ปัญหา (Revise) จากการอภิปรายกลุ่ม (Focus group) ของจุดที่พบปัญหาและนำไปเป็นแนวทางแก้ปัญหาแต่ละจุดต่อไป

แหล่งข้อมูล ศึกษาสถานการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาหลังดำเนินการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสืบค้นข้อมูลจากข้อมูลรายงานความเสี่ยงในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์และในฐานข้อมูลทางเอกสารจากทะเบียนสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเกษตรวิสัย โดยเก็บข้อมูลของการให้บริการระบบใหม่ จำนวน 2 เดือน

เครื่องมือและตัวแปรในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือข้อมูลรายงานความเสี่ยงในฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์ และในฐานข้อมูลทางเอกสารจากทะเบียนสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อมีการใช้ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ตัวแปรที่เก็บรวบรวมประกอบด้วยจำนวนครั้งของ Prescribing error, Pre-dispensing error, Dispensing error ในคลินิกเบาหวาน จำนวนใบสั่ง

ยาของการจ่ายยาในคลินิกเบาหวาน จำนวนครั้งของระดับความรุนแรงการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน, ร้อยละของ Prescribing error, Pre-dispensing error, Dispensing error ในคลินิกเบาหวาน ร้อยละของระดับความรุนแรงการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวาน และเปรียบเทียบร้อยละของ Prescribing error, Pre-dispensing error, Dispensing error ก่อนและหลังการวิจัย

การจัดการข้อมูล รวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจำนวนรวมทั้งหมด บันทึกข้อมูลและคำนวณด้วยเครื่องคิดเลข และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา และข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละของรายการยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ความถี่ของประเภทและระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแจกแจงในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) ใช้วิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ อัตราความคลาดเคลื่อนด้านยาระบบบริการแบบเก่าและแบบใหม่ แสดงเป็น ความถี่ ร้อยละ และ ผลต่างร้อยละของระบบบริการแบบเก่าและแบบใหม่

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ดำเนินการเดือนมีนาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ ประชุมกลุ่ม (Focus group) ของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินความพึงพอใจกับระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อแจ้งผลการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน จำนวน 30 คน

เครื่องมือและตัวแปรในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบรายงานการทำ Root Cause Analysis และบันทึกเสียงการประชุมกลุ่ม

การจัดการข้อมูล รวบรวมข้อมูลจาการทำ Root Cause Analysis ประเด็นความพึงพอใจในระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการวิเคราะห์ข้อมูลและการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย วิเคราะห์ข้อมูลทำ Root Cause Analysis ประเด็นความพึงพอใจในระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจำแนกตามขั้นตอนการวิจัยได้ ดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Planning) พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งประเภทตามกระบวนการใช้ยา พบว่า ประเภท Prescribing Error มีอุบัติการณ์เกิดมากที่สุด คือ สั่งยาผิดจำนวน ส่วนประเภท Pre-dispensing error มีอุบัติการณ์เกิดมากที่สุด คือ จัดยาผิดจำนวน และประเภท Dispensing error มีอุบัติการณ์เกิดมากที่สุด คือ จ่ายยาผิดคน เมื่อวิเคราะห์การเกิดอุบัติการณ์ตามช่วงเวลาพบว่า Prescribing Error และ Pre-dispensing error เกิดอุบัติการณ์เกิดมากในช่วงเวลา 10.00 น. - 12.00 น. และ Dispensing error เกิดอุบัติการณ์เกิดมากในช่วงเวลา 11.00 น.- 12.00 น. ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความคลาดเคลื่อนทางยาจำแนกตามกระบวนการใช้ยา

ตัวแปร	หน่วย	จำนวน
จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด	ใบสั่งยา	1,085
จำนวนรายการ Prescribing Error	รายการ	12
อัตรา Prescribing Error	ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	11.07
สั่งยาผิดจำนวน	รายการ(%)	6(50.00)
พิมพ์สั่งยาไม่ตรงตามเขียนใบสั่งยา	รายการ(%)	4(33.33)
สั่งยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้	รายการ(%)	1(8.33)
สั่งยาผิดคน	รายการ(%)	1(8.33)
จำนวนรายการ Pre-dispensing Error	รายการ	10
อัตรา Pre-dispensing Error	ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	9.22
จัดยาผิดจำนวน	รายการ(%)	3(30.00)
จัดยาผิดชนิด	รายการ(%)	2(20.00)
จัดยาไม่ครบรายการ	รายการ(%)	2(20.00)
พิมพ์ฉลากไม่ถูกต้อง	รายการ(%)	1(10.00)
ไม่ได้จัดยา	รายการ(%)	1(10.00)
จัดยาผิดคน	รายการ(%)	1(10.00)
จำนวนรายการ Dispensing Error	รายการ	1
อัตรา Dispensing Error	ใบสั่งยา	0.92
จ่ายยาผิดจำนวน	รายการ(%)	0
จ่ายจัดยาผิดชนิด	รายการ(%)	0
จ่ายยาผิดความแรง	รายการ(%)	0
จ่ายยาผิดคน	รายการ(%)	1(100.00)

2. ขั้นตอนดำเนินการ (Action) การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม 2567 โดยมีขั้นตอนสำคัญได้แก่ การจัดประชุมกลุ่ม (Focus group) ของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อทบทวนกระบวนการให้บริการในคลินิก และทำการวิเคราะห์สาเหตุราก (Root Cause Analysis; RCA) เป็นเวลาสามสัปดาห์ เพื่อหาแนวปฏิบัติและเครื่องมือช่วยในการป้องกันอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น จากการวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วมของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้มีการสรุปสาเหตุรากของความคลาดเคลื่อนทางยาและข้อเสนอแนวทางแก้ไขในหลายมิติ

1) ด้านบุคลากรและผู้ป่วย สาเหตุจากบุคลากรพบว่ามาจากความรู้ไม่พอ, ประสบการณ์น้อย, การเวียนงานบ่อย, ลายมืออ่านยาก, ความเหนื่อยล้า, และการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน แนวทางแก้ไขจึงรวมถึงการอบรมการใช้ HosXp และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง (Learning by

doing) ในแต่ละจุดบริการ ส่วนสาเหตุจากผู้ป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับอายุมาก ปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ความจำไม่ดี ความรู้น้อย และการใช้ยาจำนวนมาก จึงมีการเสนอให้ปริ๊นสติ๊กเกอร์ข้อมูล แทนการเขียนด้วยปากกา เพื่อติดบนปกสมุดประจำตัวผู้ป่วยและฉลากยา

2) ด้านยาและระบบงาน สำหรับปัจจัยด้านยานั้น พบปัญหาหลักคือชื่อยาที่พ้องกัน, รูปลักษณ์ที่เหมือนหรือคล้ายกัน, การจัดวางที่ไม่เป็นระบบ, และฉลากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ชัดเจน มาตรการแก้ไขจึงเน้นการจัดการยาอย่างเป็นระบบ โดยมีการทำป้ายยาแบบ Tall Man letter บนกล่องเก็บยา และการทำป้ายบ้านเลขที่ยาบนกล่องเก็บยา เพื่อให้ตัวอักษรเหมือนกับฉลากซองยา นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดให้วางป้ายชื่อยา LASA (Look-Alike, Sound-Alike) และจัดวางยาเหล่านี้ให้ห่างกัน และกำหนดให้เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมต้องตรวจสอบความถูกต้องของยบนชั้นยาทุกวันก่อนเริ่มให้บริการ

3) ด้านระบบงานพบปัญหาว่ามีการปฏิบัติงานแบบต่างคนต่างทำ, แนวปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบัน, การใช้ระบบ IT ยังมีน้อยและขาดการป้องกัน Human error การแก้ไขจึงเน้นการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานให้มีความราบรื่นในแต่ละวิชาชีพ และการกำหนดให้ใช้ HosXp ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างจริงจัง เช่น การกำหนดสีอักษรที่แตกต่างกันในทะเบียนยาสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่ใช่โรคเรื้อรัง รวมถึงการใช้โปรแกรมเลือกคิวรับยา (Smart queue) ที่กำหนดสีแตกต่างเมื่อมีคำสั่งแพทย์ปรับวิธีการบริหารยา ที่สำคัญคือสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (กลุ่มสีแดง) จะกำหนดให้เภสัชกรต้องทำ Medication Reconciliation และประเมิน Adherence ก่อนพบแพทย์

4) ด้านการส่งต่อและสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านการส่งต่อระหว่างองค์กรคือ การสื่อสารไม่ทั่วถึง, ช่องทางการสื่อสารน้อยและขาดการประสานงาน แนวทางแก้ไขคือการจัดทำกลุ่มไลน์ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสื่อสารการปฏิบัติงาน และจัดประชุมตัวแทนวิชาชีพเดือนละครั้ง

5) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่คับแคบ, ไมโครโฟนสื่อสารทางเดียว, เสียงรบกวน, แรงกดดันจากเวลาที่น้อย, และปริมาณงานที่มาก จึงมีการปรับปรุงโดยการจัดหาไมโครโฟนสื่อสารสองทางที่จุดจ่ายยา รวมถึงการลดความแออัดและแรงกดดันด้วยการจัดให้บริการคลินิกรุ่งอรุณก่อนเวลาราชการ และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยที่สมัครใจด้วย

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหาดังกล่าวมาปรับปรุงระบบฯ ดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระบบป้องกัน ME แบบเก่า และระบบป้องกัน ME แบบใหม่

ระบบป้องกัน ME แบบเก่า	ระบบป้องกัน ME แบบใหม่
จุดบริการก่อนพบแพทย์	**จุดบริการก่อนพบแพทย์**
1. พิมพ์ป้อนข้อมูลลงทะเบียน	1. เสียบบัตรประชาชนป้อนข้อมูลลงทะเบียน
2. เขียนข้อมูลสมุดประจำตัวผู้ป่วยด้วยปากกา	2. พิมพ์ข้อมูลสมุดประจำตัวผู้ป่วยใส่สติ๊กเกอร์ติดที่ปกสมุดประจำตัวผู้ป่วย
3. พยาบาลลงวันนัดในสมุดผู้ป่วย และใน HosxP ก่อนพบแพทย์	3. ทบทวนชื่อ-สกุล และที่อยู่ผู้ป่วยทุกครั้ง
	4. อบรมการใช้ HosXp, learning by doing
	5. กำหนดแนวทางการป้องกัน ME
	6. ทำ Medication Reconciliation
	7. พยาบาลลงวันนัดในสมุดผู้ป่วย และใน HosxP ก่อนพบแพทย์และแก้ไขเมื่อแพทย์นัดใหม่

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จุดบริการพบแพทย์	จุดบริการพบแพทย์
1. พิมพ์สั่งยาใน HosxP อย่างเดียว และ Order ใน **ระบบป้องกัน ME แบบเก่า** สมุดประจำตัวผู้ป่วยบางราย 2. แพทย์แก้ไขนัดลงสมุด ผป.แล้วแจ้งผู้ป่วยด้วยวาจา ส่งพบพยาบาล	1. อบรมการใช้ HosxP, learning by doing **ระบบป้องกัน ME แบบใหม่** 2. กำหนดข้อมูลทะเบียนยาใน HosxP ให้สีตัวอักษรของกลุ่มยาแตกต่างกัน 3. พิมพ์สั่งยาใน HosXp และเขียนคำสั่งในสมุดประจำตัวผู้ป่วย 4. หากแพทย์แก้ไขนัดลงสมุดผู้ป่วยและเสียบ
จุดบริการห้องจ่ายยา	**จุดบริการห้องจ่ายยา**
1. พิมพ์ป้อนข้อมูลใบพา 2. Check ข้อมูล Order ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย และ Order แพทย์ใน HosXp 3. ทำป้ายชื่อยาตัวอักษร (Front) ไม่เหมือนกับตัวอักษรบนสติ๊กเกอร์ฉลากยา 4. การปริ๊นสติ๊กเกอร์สรุปรายการยาเพื่อตรวจสอบการจัดยาได้ 5. จัดเรียงยาตามหลัก A-Z	1. อบรมการใช้ HosXp, learning by doing 2. ใช้บาร์โค้ชป้อนใบพา (ใบสรุปข้อมูลผู้ป่วย) และตรวจสอบเอกสาร 3. Check ข้อมูลสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่แพทย์เขียน Order, และ Order แพทย์ใน HosXp 4. ทำป้ายชื่อยาตัวอักษร (Front) เหมือนกับตัวอักษรบนสติ๊กเกอร์ฉลากยาและกำหนดบ้านเลขที่ยาบนป้ายชื่อยาและสติ๊กเกอร์ฉลากยาตรงกัน 5. การปริ๊นสติ๊กเกอร์สรุปรายการยาเพื่อตรวจสอบการจัดยาได้ 6. จัดเรียงยาตามบ้านเลขที่ยา 7. แยกเก็บยา LASA ไว้ห่างกัน

3. ขั้นตอนสังเกต (Observing) เมื่อนำกระบวนการของระบบที่ปรับปรุงและพัฒนาใหม่มาใช้และเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นเวลา 2 เดือน (มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2568) จำนวน 16 Visit มีการเก็บข้อมูลรายละเอียดความคลาดเคลื่อนทางยาและหาสาเหตุรวมถึงหาแนวทางแก้ปัญหา (Revise) จากการประชุมกลุ่ม (Focus group) ของจุดที่พบปัญหา และนำไปเป็นแนวทางแก้ปัญหาแต่ละจุดต่อไป ห้องจ่ายยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นการให้บริการลักษณะ One stop service เปิดให้บริการวันราชการ เวลา 06.00-12.00 น. (บริการจนผู้ป่วยหมดทุกคน) สำหรับวันพุธและวันพฤหัสบดีให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ตึกที่อยู่ใกล้ห้องจ่ายยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยแผนกแผนไทย แผนกกายภาพ ผู้ป่วยแผนก PCU และผู้ป่วยแผนกสูตินรีเวช) ระหว่าง 1 มกราคม 2568 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 16 วัน มีจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 3,584 คน จำนวนใบสั่งยาเฉลี่ยต่อวัน 224 ใบสั่งยาต่อวัน

ผลการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า

ประเภท Prescribing Error เกิดอุบัติการณ์เกิดมากที่สุดเท่ากัน คือ สั่งยาผิดจำนวน, สั่งยาไม่ตรงตามเขียนใบสั่งยา, สั่งยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้, และสั่งยาซ้ำซ้อน ส่วนประเภท Pre-dispensing error เกิดอุบัติการณ์เกิดมากที่สุด คือ จัดยาผิดชนิด และไม่พบอุบัติการณ์ Dispensing error แต่เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงเวลาการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า Prescribing Error มีอุบัติการณ์เกิดมากในช่วงเวลา 07.00 น.- 07.59 น. และ Pre-dispensing error เกิดอุบัติการณ์เกิดมากในช่วงเวลา 06.00 น.- 07.59 น. แต่ Dispensing error ไม่พบอุบัติการณ์เกิด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาตามกระบวนการใช้ยา

ตัวแปร	หน่วย	จำนวน
จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด	ใบสั่งยา	898
จำนวนรายการ Prescribing Error	รายการ	4
อัตรา Prescribing Error	ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	4.45
สั่งยาผิดจำนวน	รายการ	1
สั่งยาไม่ตรงตามเขียนใบสั่งยา	รายการ	1
สั่งยาไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้	รายการ	1
สั่งยาซ้ำซ้อน	รายการ	1
สั่งยาผิดคน	รายการ	0
จำนวนรายการ Pre-dispensing Error	รายการ	7
อัตรา Pre-dispensing Error	ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	7.79
จัดยาผิดจำนวน	รายการ	0
จัดยาผิดชนิด	รายการ	3
จัดยาไม่ครบรายการ	รายการ	0
ฉลากไม่ถูกต้อง	รายการ	0
ไม่ได้จัดยา	รายการ	1
จัดยาผิดคน	รายการ	2
จัดยาหมดอายุ	รายการ	1
จำนวนรายการ Dispensing Error	รายการ	0
อัตรา Dispensing Error	ใบสั่งยา	0
จ่ายยาผิดจำนวน	รายการ	0
จ่ายจัดยาผิดชนิด	รายการ	0

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเบาหวานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ได้ดำเนินการผ่านขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่ม (Focus group) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ของทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการประเมินพบว่า ทีมงานทุกจุดบริการมีความพึงพอใจกับระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาแบบใหม่ และมีความต้องการให้มีการใช้ระบบนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะสำคัญที่ทีมงานเห็นพ้องต้องกัน คือ การนำระบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความเข้าใจในระบบที่ตรงกัน อย่างไรก็ตาม ได้มีการระบุถึงข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสนอให้จัดอัตรากำลังที่มีประสบการณ์ในคลินิกเบาหวานให้ครบถ้วนในทุกจุดบริการทุกครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อดีที่พบจากการปรับระบบในแต่ละจุดบริการ ระบบใหม่ได้นำมาซึ่งข้อดีหลายประการ โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

(1) จุดก่อนพบแพทย์: ระบบใหม่ทำให้แต่ละจุดบริการมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น (ไร้รอยต่อ) ส่งผลให้การบริการลื่นไหล (Flow) และผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น การพิมพ์ข้อมูลสมุดประจำตัวผู้ป่วยติดสติ๊กเกอร์ทำให้ข้อมูลบนปกชัดเจนและอ่านง่าย ช่วยป้องกันการบริการผิดคน นอกจากนี้ การจัดให้บริการคลินิกรุ่งอรุณ (ก่อนเวลาราชการ) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติควบคุมโรคได้ดี ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล และทำให้แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างละเอียดมากขึ้น อีกทั้งการทำ Medication Reconciliation ยังช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

(2) จุดพบแพทย์: การกำหนดข้อมูลทะเบียนยาในระบบ HOSxP ให้มีสีตัวอักษรของกลุ่มยาแตกต่างกัน เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยให้แพทย์พิมพ์วิธีบริหารยาได้ตรงกับประเภทของยา และทำให้การมองเห็นความแตกต่างของรายการยาและการทบทวนเปรียบเทียบการสั่งยาในการมาตรวจแต่ละครั้งทำได้ง่ายขึ้น การที่แพทย์พิมพ์สั่งยาใน HOSxP ควบคู่กับการเขียนคำสั่งในสมุดประจำตัวผู้ป่วยยังช่วยให้แพทย์เห็นแผนการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

(3) จุดห้องจ่ายยา: การใช้บาร์โค้ชป้อนใบนำทางผู้ป่วย (ใบสรุปข้อมูลผู้ป่วย) และการตรวจสอบเอกสารทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดความผิดพลาดในการป้อนข้อมูล และช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา การตรวจสอบข้อมูลระหว่างคำสั่งแพทย์ที่เขียนในสมุดกับคำสั่งใน HOSxP ทำให้เภสัชกรมีข้อมูลใช้ตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา การจัดทำป้ายชื่อยาให้มีตัวอักษรเหมือนกับสติ๊กเกอร์ฉลากยา และการกำหนดหมายเลขลำดับเก็บวางยา (บ้านเลขที่ยา) ที่ตรงกัน ช่วยให้ผู้จัดยาสังเกตและค้นหาตำแหน่งยาได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้การติดตั้งไมโครโฟนสื่อสารสองทางที่จุดจ่ายยาช่วยให้การสื่อสารชัดเจนและรวดเร็วขึ้น

ข้อจำกัดและความท้าทายที่ต้องปรับปรุง แม้จะมีความพึงพอใจในระบบใหม่ แต่ยังมีจุดที่ต้องแก้ไข โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรและระบบการนัด ดังนี้ (1) ระบบการนัดติดตาม: ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอว่า ระบบการนัดติดตามยังคงต้องให้ผู้ป่วยกลับไปกลับมา ซึ่งไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเดิน จึงมีการเสนอให้หาวิธีปรับระบบการนัดติดตามให้ง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วย (2) บุคลากรทดแทน: กรณีที่มีบุคลากรอื่นมาเวียนงานแทน ยังพบว่ามีความเข้าใจในระบบที่ไม่ตรงกัน (3) ความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง:การมีจุดให้บริการหลายจุดส่งผลให้อัตรากำลังไม่เพียงพอ และ (4) บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์: การจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยที่สมัครใจ บางรายยังได้รับยาช้าหรือมีการส่งยาผิดคน ข้อเสนอนี้จึงรวมถึงการปรับปรุงวิธีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกรเพื่อทำ Telemed ในการติดตามการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังเสนอให้ปรับปรุงห้องยาและกล่องใส่ยาเพื่อให้เพียงพอต่อการทำบ้านเลขที่ยา ทุกจุดบริการยังระบุว่า การอบรมการใช้ HOSxP โดยวิธี Learning by doing นั้น ช่วยให้

ทีมงานมีความเข้าใจและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

1. จากข้อค้นพบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นแบ่งได้ตามกระบวนการใช้ยา โดย Prescribing error มักพบมากที่สุดจากการสั่งยาผิดจำนวน ขณะที่ Pre-dispensing error มักเกิดจากการจัดยาผิดจำนวน และ Dispensing error พบได้บ่อยในรูปแบบการจ่ายยาผิดคน เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลา พบว่า Prescribing error และ Pre-dispensing error เกิดมากในช่วงเวลา 10.00-12.00 น. ส่วน Dispensing error มักเกิดมากในช่วงเวลา 11.00-12.00 น. ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาลักษณะและปัจจัยด้านเวลาในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พบผลเช่นเดียวกับ Aljuaid et al.[12] ที่ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาตามช่วงกะการทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า Prescribing error เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นมากที่สุด และมีความแตกต่างระหว่างการเกิดเหตุการณ์ในกะกลางวันและกะกลางคืน โดย Prescribing error มักเกิดขึ้นมากในกะกลางคืน สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเวลามีผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันงานวิจัยของ Rezaei et al.[13] ที่ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลสอนในประเทศอิหร่านระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่าความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยได้แก่ การจ่ายยาผิดคน และการสั่งยาผิดขนาด โดยมีความสัมพันธ์กับช่วงกะการทำงานโดยเฉพาะกะกลางคืนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนสูงกว่า การศึกษานี้จึงตอกย้ำว่าช่วงเวลาในการทำงานส่งผลโดยตรงต่อรูปแบบและความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยในประเทศไทยที่พบความแตกต่างของความคลาดเคลื่อนทางยาตามช่วงเวลาสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งชี้ชัดว่าปัจจัยด้านเวลาและภาระงานในแต่ละช่วงมีบทบาทสำคัญต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา

2. ระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error prevention strategies) ภายในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยประกอบด้วยหลายกลไก ตั้งแต่การระบุตัวผู้ป่วย (เช่น บัตรประชาชน/บาร์โค้ด), สมุดประจำตัวผู้ป่วย, การทบทวนชื่อ–สกุล & ที่อยู่ผู้ป่วย, การอบรมระบบสารสนเทศทางยา (เช่น HosXp), การมีส่วนร่วมของเภสัชกรและพยาบาล, การจัดสี/ป้าย/รูปแบบการจัดยา, การสื่อสาร (เช่น ไมโครโฟน) ไปจนถึงบริการส่งทางไปรษณีย์ ฯลฯ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Shermock et al.[14] ที่ศึกษาระบบ EMMS (Electronic Medication Management System) ซึ่งเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์แบบเชื่อมโยงตั้งแต่การสั่งจ่ายยา (Order entry) การจ่ายยาโดยเภสัชกร การใช้บาร์โค้ดช่วยระบุผู้ป่วยและยาก่อนการจ่ายยา (Barcode assisted medication administration) พบว่า ระบบดังกล่าวช่วยลดขั้นตอนที่เป็น “manual” ซึ่งมีโอกาสเกิดผิดพลาด และช่วยให้เอกสาร บันทึก และการติดตาม (Audit trail) ของการใช้ยา มีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวทางที่คุณระบุ เช่น การใช้บาร์โค้ด, การปรับสี/รูปแบบการแสดงในระบบอิเล็กทรอนิกส์, การมีการพิมพ์คำสั่งยาในระบบที่ผู้สั่งสามารถตรวจสอบได้ ทั้งหมดช่วยลดความคลาดเคลื่อนและยังสอดคล้องกับ Tiu et al.[15] ซึ่งพบว่า ระบบใช้บาร์โค้ดในการจ่ายยามีผลลดความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย (Patient identification & verification) และลด Error ของการให้ยาผิด (Medication administration errors) ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อบุคลากรมีการฝึกใช้งานระบบ และเมื่อการออกแบบระบบ (User interface, workflow) เหมาะสม นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังเน้นว่าแม้ระบบบาร์โค้ดจะช่วย แต่ยังมีอุปสรรค เช่น บุคลากรอาจไม่สแกนตาม Protocol, หรือระบบอาจไม่ครอบคลุมยาทุกชนิด ซึ่งสอดคล้องกับความสำคัญของอบรมการใช้และมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังจากนำระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไปใช้ สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดย Prescribing Error ลดลงจาก 11.07 เหลือ 4.45 (ลดลง 6.62) Pre-dispensing error ลดลงจาก 9.22 เหลือ 7.79 (ลดลง 1.43) และ Dispensing error ลดลงจาก 0.92 เหลือ

0.00 (ลดลง 0.92) นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานยังมีความพึงพอใจกับระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาสูงถึงร้อยละ 85.71 แสดงให้เห็นว่าระบบดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังส่งเสริมการยอมรับจากบุคลากรในคลินิกอีกด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศ พบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันเช่นงานวิจัยของ Alotaibi et al.[16] ที่ศึกษาการใช้ระบบ Health Information Technology (HIT) และการทำ Medication Reconciliation ในคลินิกผู้ป่วยนอก พบว่า สามารถลด Prescribing error ได้ถึงร้อยละ 45.0 และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อความปลอดภัยในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการเทคโนโลยีกับการปฏิบัติงานจริงสามารถลดความผิดพลาดทางยาได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวดับงานวิจัยของ Schwappach et al.[17] ศึกษาการพัฒนาระบบ Double-check และการใช้บาร์โค้ดในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า สามารถลดอัตรา Dispensing error ได้เกือบร้อยละ 90.0 และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพในการป้องกันความผิดพลาด ผลการวิจัยยังยืนยันว่าการจัดทำระบบที่มีการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานช่วยเพิ่มความยั่งยืนในการใช้มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศที่ยืนยันว่า การพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนได้จริงทั้งในระดับ Prescribing, Pre-dispensing และ Dispensing error อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบความปลอดภัยทางยาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

ในทางปฏิบัติข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานอย่างชัดเจนอย่างน้อยสามประการ คือ ด้านความปลอดภัยผู้ป่วย คือ ระบบที่นำมาใช้ช่วยลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของอันตรายที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ด้านการทำงานของบุคลากรคือการอบรมการใช้เทคโนโลยี และการกำหนดมาตรการร่วมกันช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ลดความเครียดจากความผิดพลาด และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ คือ การที่ระบบนี้สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนได้จริงและได้รับการยอมรับจากบุคลากร แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการขยายผลไปยังคลินิกโรคเรื้อรังประเภทอื่น หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งระบบ

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้คือ ความสำเร็จในการลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานได้ทั้ง 3 ประเภทอย่างชัดเจน ความปลอดภัยสูงสุด: ระบบใหม่สามารถลดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) ลงจนเหลือ 0.00 ต่อพันใบสั่งยา และไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับที่รุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเลย โดยความคลาดเคลื่อนที่พบทั้งหมดเป็นเพียงระดับ B (เกิดขึ้นยังไม่ถึงผู้ป่วย) การลดความคลาดเคลื่อนโดยรวม: อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing Error) ลดลงจาก 11.07 เป็น 4.45 และความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ลดลงจาก 9.22 เป็น 7.79 การยอมรับของทีมงาน: ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกจุดบริการ แสดงความพึงพอใจต่อระบบใหม่และเสนอให้มีการใช้ระบบนี้อย่างต่อเนื่อง และปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ระบบถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในทุกขั้นตอน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการวิเคราะห์ผล ประการแรกคือความไม่คงที่ของจำนวนบุคลากร ซึ่งไม่สามารถควบคุมให้คงที่ได้ เนื่องจากบุคลากรอาจมีภารกิจเร่งด่วนอื่น ๆ ทำให้คุณภาพในการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ ประการที่สองคือขอบเขตการศึกษาที่จำกัด โดยเป็นการศึกษาเฉพาะในคลินิก

เบาหวานของโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเท่านั้น อีกทั้งยังใช้เวลาเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบใหม่เพียง 2 เดือน ซึ่งถือว่าได้ข้อมูลค่อนข้างน้อย ส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลตามนัยทางสถิติ นอกจากนี้ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก (Rarely) จึงมีผลต่อการวิเคราะห์ความแตกต่างทางสถิติเช่นกัน ด้านกระบวนการเก็บข้อมูล พบว่า การสนทนากลุ่มย่อย ในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก เนื่องจากทีมงานมีภาระงานมากและเวลาไม่ตรงกัน และสุดท้ายการอบรมการใช้โปรแกรม HOSxP ที่จัดขึ้น ไม่ได้มีการประเมินผลความรู้ก่อนและหลังการอบรม

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาไม่อาจพึ่งพาเพียงความระมัดระวังของบุคลากร แต่ต้องอาศัยการออกแบบระบบที่ครอบคลุม ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ข้อค้นพบนี้จึงมีนัยยะต่อการยกระดับความปลอดภัยผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพบริการ และการบริหารจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคตการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเบาหวานนี้ ได้สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับข้อจำกัดของการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ควรดำเนินการต่อ รวมถึงข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ดังความเรียงต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ สามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาได้ทั้ง 3 ประเภทอย่างชัดเจน และไม่พบอุบัติการณ์ระดับรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อีกทั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจและเสนอให้มีการใช้ระบบใหม่นี้อย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการขยายผล: ควรมีการขยายผลระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยานี้ไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะการให้บริการและบริบทคล้ายคลึงกันกับคลินิกเบาหวาน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมแก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดของโรงพยาบาล ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในทุกขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ การได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

2) แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนเฉพาะจุด: ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error): แนวทางป้องกันรวมถึงการขอความร่วมมือจากแพทย์ให้เขียนสั่งยาในสมุดประจำตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจนโดยใช้ชื่อสามัญ (Generic name) และพิมพ์สั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ (HOSxP) ควบคู่กันไป เพื่อให้เภสัชกรสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ต้องกำหนดให้แพทย์ใช้คำย่อตามข้อตกลงของโรงพยาบาล มีการกำหนดแนวทางการสั่งยา RM (Repeat Medication) ให้ชัดเจน และควรสรุปรายงานความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสั่งใช้ยาผ่านระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลและองค์กรแพทย์เพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงความปลอดภัย นอกจากนี้ จากการพบอุบัติการณ์หลังปรับระบบ ยังมีข้อเสนอให้กำหนดแนวทางการสั่งยา RM ที่ชัดเจน และกำหนดคู่ยาที่ห้ามสั่งด้วยกันไว้ใน HOSxP เพื่อป้องกันความผิดพลาดของแพทย์

3) ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error): แนวทางป้องกันประกอบด้วยการกำหนดคู่ยา LASA (Look alike sound alike) ที่ต้องเพิ่มความระมัดระวัง การปรับฉลากยาให้เห็นความแตกต่างโดยใช้ลักษณะ Tall Man Letter และปรับตำแหน่งการจัดเรียงยา โดยใช้ระบบบ้านเลขที่ยา ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการจัดยาและตรวจสอบยาซ้ำ และต้องมีการประสานงานกับงานบริหารเวชภัณฑ์ให้ สั่งซื้อยาที่มีลักษณะแตกต่างกัน เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยง LASA นอกจากนี้ ควรเสนอให้ผู้จัดยา Double check ทุกครั้ง กำหนดเวลาการตรวจสอบยาในกล่องทุกครั้งก่อนเวลาให้บริการประจำวัน และจัดหาคนให้เพียงพอกับปริมาณงาน เพื่อลดความเร่งรีบ

4) ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error): ควรมีการสรุปความคลาดเคลื่อนทางยาประจำเดือน

เพื่อประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกัน เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตรวจสอบซึ่งกันและกัน (Double check) จนเสร็จสิ้นกระบวนการจ่ายยา เภสัชกรทุกคนที่จ่ายยาต้อง ใช้คำถาม Prime question กับผู้ป่วยเสมอ และควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องยาและแนวทางปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ รวมถึงจัดสถานที่ตรวจสอบยาและงดใช้โทรศัพท์มือถือ เพื่อให้เภสัชกรมีสมาธิ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำเฉพาะในคลินิกเบาหวานเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จึงเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในคลินิกเฉพาะทาง ดังนั้น ในการศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในครั้งต่อไป **เสนอให้ตรวจสอบ** โดยการศึกษาให้ครอบคลุมงานบริการเภสัชกรรมทุกจุดบริการในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการป้องกันและลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ในภาพรวมของระบบยาของโรงพยาบาลทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Wittich C M, Burkle C M, Lanier W L. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc. 2014;89(8):1116–25.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560. (National Health Security Office. Annual report 2017); 2560.
3. Asavaroengchai S, Sriratanaban J, Hiransuthikul N, Supachutikul A. Identifying adverse events in hospitalized patients using Global Trigger Tool in Thailand. Asian Biomed. 2009;3(5):545–50.
4. สรรธวัช อัศวเรืองชัย. การประเมินการใช้เครื่องมือส่งสัญญาณรวม เพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
5. วิธนี เกตุพุก, กนกกช บุศย์น้ำเพชร, อรรถยา เปล่งสงวนรุจิรา โสภากร. การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาโดยใช้ตัวส่งสัญญาณในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2559;12(3):16–23.
6. น่ารัก ยี่สุ่นแป้น, ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ, วรรณี กีรติเตชากร, ทิฆัมพร เอื้อวิเศษวงศ์, ธิดา นิงสานนท์, อุษา อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, และคนอื่นๆ. การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ (Thai study). วารสารเภสัชกรรมไทย; 2558;7(2):234-49.
7. ใจภัส วัดอุดม. การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2563;26(3):1-15.
8. Rattanarojsakul P, Thawesaengskulthai N. A medication safety model: a case study in Thai hospital. Glob J Health Sci. 2013;5(5):89–101.
9. World Health Organization. Medication errors: technical series on safer primary care. Geneva: WHO; 2016.
10. Botros S, Dunn J. Implementation and spread of a simple and effective way to improve the accuracy of medicines reconciliation on discharge: a hospital-based quality improvement project and success story. BMJ Open Qual. 2019;8(3):e000363.
11. Goedecke T, Ord K, Newbould V, Brosch S, Arlett P. Medication errors: new EU good practice guide on risk minimisation and error prevention. Drug Saf. 2016;39(6):491–500.
12. Aljuaid M, Alajman N, Alsafadi A, Alnajjar F, Alshaikh M. Medication error during the day and night shift on weekdays and weekends: a single teaching hospital experience in Riyadh, Saudi Arabia. Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:2571-8.
13. Rezaei F, Alikhani A, Ashtarian H, Shahdadi H, Zand S. Evaluation of medication errors in

nursing during the COVID-19 pandemic and their relationship with shift work at teaching hospitals: a cross-sectional study in Iran. Front Med (Lausanne). 2023;10:1200686.

14. Shermock S B, Shermock K M, Schepel L L. Closed-Loop Medication Management with an Electronic Health Record System in U.S. and Finnish Hospitals. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(17):6680.
15. Tiu M G, Ballarta P J, De Leon K A, Isulat K, Narvaez R A, Salas M. Impact on use of barcode scanners in medication administration: An integrative review. Can J Nurs Inform. 2025;20(1).
16. Alotaibi Y K, Alshehri M, Alazmi A, Almalki Z S. Impact of health information technology and medication reconciliation on medication errors in outpatient clinics: A quasi-experimental study. Int J Med Inform. 2021;151:104475.
17. Schwappach D L B, Taxis K, Pfeiffer Y. Barcoding and double-check systems to reduce dispensing errors in chronic disease clinics: A multicenter prospective intervention study. BMJ Qual Saf. 2022;31(7):527-35.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร

Factors Associated with Product Development Needs and FDA Registration Requests Among Non-Factory Food Producers in Yasothon Province

ทินกร แสงสวัสดิ์*

Tinnakorn Sangsawat

Corresponding author: E-mail: tinnakorn.nara@gmail.com

(Received: August 22, 2025; Revised: August 29, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอเลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร

รูปแบบการวิจัย : แบบเชิงสำรวจ (Exploratory Research Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหาร ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร จำนวน 54 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567- มีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) และแนวทางคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ (Interview guide) และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร ได้แก่ การสร้างสรรค์พัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ (p=.003) ขั้นตอนการผลิตที่ชัดเจนเป็นระบบ (p=.045) และการทำบัญชีการเงินที่เป็นระบบ (p=.025) วัตถุดิบที่เหมาะสมในการผลิต (p=.045) ความรู้ด้านการแปรรูปพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อต่อยอดขอเลข อย. (p=.006) และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่ครบถ้วนชัดเจน เข้าใจง่าย (p=.003) 2) ผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธรแสดงความต้องการการสนับสนุน เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตและเพิ่มความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและความปลอดภัยทางอาหารในระดับชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนเครื่องจักรขนาดเล็กที่เหมาะสมกับลักษณะกิจการและการออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของ อย. การเสริมทักษะด้านการตลาดดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้สื่อออนไลน์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน แนวทางที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนคือ การสนับสนุนเครื่องมือ เครื่องจักร และเงินทุน พร้อมกับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการยื่นขอ อย. อย่างละเอียด และการมีภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุนที่คอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดกระบวนการ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ประกอบการอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ การจัดการการผลิตและการเงินอย่างเป็นระบบ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาที่ชัดเจน เพื่อยื่นขอเลข อย. และเพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิต และควรสนับสนุนเครื่องจักรและบรรจุภัณฑ์มาตรฐาน เสริมทักษะด้านการตลาดดิจิทัล และจัดอบรมพร้อมภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : ความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์; ยื่นขอ เลข อย.; ผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Abstract

Purposes : To examine factors associated with the demand for product development and the application for FDA registration among non-factory food producers in Yasothon Province.

Study design : Exploratory research design.

Materials and Methods : Key informants included 54 health food entrepreneurs operating outside factory criteria in Yasothon Province, during December 2024–March 2025. Data were collected through semi-structured interviews, interview guides, and questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test while qualitative data were analyzed through content analysis.

Main finding : (1) Factors significantly associated with the demand for product development and FDA application included the creation of innovative products (p=.003), systematic production processes (p=.045), systematic financial accounting (p=.025), appropriate raw materials (p=.045), knowledge of product processing and development for FDA application (p=.006), and comprehensive, clear, and understandable consultation services (p=.003). (2) Entrepreneurs expressed a strong demand for support to upgrade production standards and enhance economic security and food safety at the community level. The main needs included small-scale machinery suitable for business types, standardized packaging design, and capacity building in digital marketing, especially online platforms. Sustainable development requires providing machinery, equipment, and financial support, along with detailed FDA application training and continuous guidance from support networks and agencies.

Conclusion and Recommendations : Non-factory food producers require product development, systematic production and financial management, and clear consultation to facilitate FDA application and improve production standards. Support in standardized machinery, packaging, digital marketing skills, and training with strong stakeholder networks is essential for sustainability.

Keywords : Product development demand; FDA registration application; Non-factory food

*Professional Pharmacist, Provincial Public Health Office of Yasothon.

บทนำ

ปัจจุบันภาครัฐให้ความสำคัญด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตราพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาหารในทุกมิติ ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อาหารเพื่อให้เกิดเอกภาพและประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของโลกและเพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นแหล่งผลิตอาหารที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม[1] (คณะกรรมการอาหารแห่งชาติจึงได้มีคำสั่งที่ 1/2567 เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการอาหารระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนเป้าหมายด้านความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร รวมถึงการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐาน เพิ่มมูลค่า และก่อให้เกิดรายได้ในระดับชุมชน[2] ในบริบทของจังหวัดยโสธร ภูมิปัญญาด้านการถนอมอาหารโดยใช้วัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นถือเป็นทักษะสำคัญที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ไม่ว่าจะเป็นการแปรรูปเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ หรือการถนอมอาหารด้วยวิธีดั้งเดิม ทักษะเหล่านี้นอกจากจะสะท้อนถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนแล้ว ยังสามารถต่อยอดให้เกิดมูลค่าเพิ่มและเป็นรากฐานในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน[3]

แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566–2570) จัดทำขึ้นโดยอ้างอิงจากกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561–2580) ซึ่งมีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการพัฒนาในห่วงโซ่อาหารด้วยวิธีการ SWOT Analysis เพื่อประเมินสถานภาพของประเทศทั้งในด้านจุดแข็ง (Strengths), จุดอ่อน (Weaknesses), โอกาส (Opportunities) และภัยคุกคาม (Threats) ที่ส่งผลต่อระบบอาหารของประเทศ ทั้งในมิติเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหาร คุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร การศึกษาเกี่ยวกับอาหาร และการบริหารจัดการระบบอาหารในภาพรวม ในด้านจุดแข็ง ประเทศไทยมีฐานทรัพยากรการผลิตทางการเกษตร ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมด้านอาหารที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ประกอบกับระบบการผลิตที่ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร นอกจากนี้ อาหารไทยยังมีเอกลักษณ์และได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ รวมทั้งภาครัฐมีมาตรการสนับสนุนกระบวนการผลิต การตลาด และการบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดอ่อนที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ประกอบการรายย่อยส่วนใหญ่ยังไม่มีการรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้ขาดศักยภาพในการเข้าถึงความรู้ เทคโนโลยี และตลาด อีกทั้งต้นทุนการผลิตยังสูงจากระบบการซื้อขายปัจจัยการผลิตที่ผูกขาดโดยผู้ประกอบการรายใหญ่และระบบโลจิสติกส์ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ในด้านโอกาสพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของชนชั้นกลางและผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อสูงและใส่ใจสุขภาพ ส่งผลให้มีความต้องการอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวโน้มการเติบโตของตลาดอาหารในเชิงคุณภาพและปริมาณ รวมถึงบทบาทของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางการค้าและการท่องเที่ยว ก็เป็นแรงผลักดันสำคัญในการส่งเสริมระบบอาหารของประเทศ[4] ส่วนภัยคุกคามที่ต้องเผชิญ ได้แก่ แนวโน้มประชากรสูงวัยที่อาจขาดความสามารถในการปรับตัวและเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ ๆ รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ประกอบการรายใหญ่กับรายย่อย ซึ่งนำไปสู่การผูกขาดและปิดกั้นการเติบโตของผู้ประกอบการรายย่อยในระบบอาหารของประเทศ[1]

สถานการณ์ปัจจุบันผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารมีการแข่งขันด้านธุรกิจสูงอาทิเช่น การนำเข้าจากต่างประเทศ การแปรรูปอาหารโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบรายย่อยในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเศรษฐกิจฐานซึ่งเป็นกลุ่มที่สร้างรายได้ให้กับประชาชนในพื้นที่จังหวัดยโสธร[3] จากข้อมูลในปี พ.ศ.2567 พบว่า สถานประกอบการผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานที่ยังประกอบกิจการอยู่ในจังหวัดยโสธร มีจำนวน 54 แห่ง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ประกอบการประเภทรายกลุ่ม จำนวน 31 แห่ง (57.41%) และ ผู้ประกอบการประเภทรายเดี่ยวจำนวน 23 แห่ง (42.59%) สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน

ในจังหวัดยโสธร ผู้ประกอบการในกลุ่มแหล่านี้ เป็นกลุ่มผู้ประกอบการที่ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อต่อยอดในการสร้างมาตรฐาน สร้างมูลค่าให้แก่ผู้ผลิตและสร้างความมั่นใจต่อผู้บริโภค เนื่องจากผู้ประกอบการในพื้นที่มีทักษะและภูมิปัญญาด้านการแปรรูปผลิตอาหารที่มีความสร้างสรรค์และหลากหลาย อาทิเช่น การแปรรูปเนื้อสัตว์ การแปรรูปผักและผลไม้ การถนอมอาหารด้วยแนวทางภูมิปัญญาดั้งเดิม เป็นต้น รวมทั้งวัตถุดิบที่ใช้แปรรูปส่วนใหญ่สามารถผลิตได้จากกลุ่มเกษตรในพื้นที่ แต่ผลิตภัณฑ์ด้านอาหารในจังหวัดยโสธรประเภทนี้ยังไม่ได้ผ่านการแปรรูปเพิ่มมูลค่าเท่าที่ควร ผลิตภัณฑ์อาหารในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นอาหารในกลุ่มอาหารที่มีกระบวนการแปรรูปและขั้นตอนเงื่อนไขในการขออนุญาตที่ไม่ได้ยุ่งยากและซับซ้อนจัดอยู่ในอาหารที่มีความเสี่ยงต่ำ การยื่นขออนุญาตเลขผลิตภัณฑ์ผ่านระบบอินเตอร์เน็ตจากคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีความสะดวกและรวดเร็ว ไม่ซับซ้อน ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ การสร้างสรรค์และการแปรรูปอาหาร จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยสร้างรายได้และอาชีพให้กับชุมชน ทั้งยังเป็นโอกาสที่ดีในการยกระดับการแปรรูปวัตถุดิบในท้องถิ่นให้เกิดมูลค่าเพิ่มตลอดห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกวัตถุดิบ การแปรรูป ไปจนถึงการจำหน่าย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารที่ยั่งยืน และเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการสร้างรายได้เสริม เสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของชุมชนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอเลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methodology Research) ประเภทการวิจัยแบบเชิงสำรวจ (Exploratory Research Design ระหว่างเดือนธันวาคม 2567- มีนาคม 2568 โดยเริ่มจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาประเด็นและองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยื่นขอเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการเชิงลึกในประเด็นตามหัวข้อหลักที่ผู้วิจัยได้สรุปไว้ ให้เนื้อหามีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ของผู้ประกอบการในจังหวัดยโสธร แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guide) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) คำถามตามแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guide) เบื้องต้นมี 3 ข้อดังนี้ ความเป็นมาเริ่มต้นในการผลิต ปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ และสิ่งที่ต้องการอยากให้ส่งเสริม

แหล่งข้อมูล เป็นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหาร ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร จำนวน 54 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการที่ผู้ทำการวิจัยมีความประสงค์จากศึกษา เฉพาะกลุ่มกับกลุ่มตัวแทนผู้ประกอบการที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ประกอบด้วย 7 ราย เป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยคัดเลือกเพื่อที่จะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ประเด็นในมุมมองที่สะท้อนของผู้ประกอบการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการขออนุญาตผลิตอาหารและการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากตำราและประสบการณ์ของผู้วิจัย เพื่อสร้างเครื่องมือ

ที่เป็นแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ให้เนื้อหามีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ของผู้ประกอบการในจังหวัดยโสธรมีการตรวจสอบความตรงแบบผิวเผิน (Face validity) โดยทีมผู้วิจัย และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide)

การรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) ผู้ประกอบการที่ได้คคัดเลือก 7 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีการบันทึกเสียงประเด็นต่างๆ เพื่อถอดเทปหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการยื่นขอเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธรในประเด็นต่างๆ ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) ยึดหลักมุมมองของกลุ่มประชากรที่จะศึกษา เพื่อนำประเด็นและข้อคิดเห็นต่างๆ มาสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่จังหวัดยโสธร

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ได้จากการเก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการยื่นขอเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ในจังหวัดยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหาร ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร ยกเว้นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหาร ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธรยกเว้นผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้คือ แบบสอบถามชนิดจัดเก็บด้วยตัวเอง (Self-administered questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวมรวมจาก แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide)

2. โดยยึดหลักมุมมองของกลุ่มประชากรที่จะศึกษาเพื่อนำประเด็นและข้อคิดเห็นต่างๆมาสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) ให้มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่จังหวัดยโสธรที่มีเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบกด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานะบทบาทหน้าที่

ส่วนที่ 2 การรับรู้และความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการขอเลข อย. ทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน การให้คะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพร้อมและความต้องการสนับสนุนของผู้ประกอบการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ดังนี้ ด้านการประกอบกิจการ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านเงินทุน ด้านวัตถุดิบ ด้านการบริหารจัดการ ด้านสถานที่ตั้งและสิ่งแวดล้อม ด้านการยื่นขอผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้เลข อย. ได้แก่ สื่อข้อมูลประชาสัมพันธ์และการติดต่อขอคำปรึกษาขั้นตอนการยื่นขอเลข อย. และด้านการดำเนินงานของภาครัฐและภาคีเครือข่าย เป็นคำถามเลือกตอบเป็นระดับความคิดเห็น แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ตามวิธีการของ (Likert's scale) ดังนี้

ระดับมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 5
ระดับมาก มีคะแนนเท่ากับ 4
ระดับปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 3
ระดับน้อย มีคะแนนเท่ากับ 2
ระดับน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 1

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่นำมาใช้วิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1. ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนและครอบคลุมของเนื้อหาให้คะแนนตามวิธี IOC (Index of item objective Congruence) มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลดังนี้

ให้คะแนน +1 กรณีที่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 กรณีที่ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงวัตถุประสงค์ ให้คะแนน -1

กรณีที่แน่ใจว่าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงวัตถุประสงค์แล้วนำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าสูตรที่ใช้คำนวณ

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

R = ผลคูณของคะแนนกับจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละระดับความสอดคล้อง

n = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ต้องปรับปรุงแก้ไข

เมื่อปรับข้อความในเนื้อหาของแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมทางภาษา และมีความชัดเจนแล้วถือว่าเป็นแบบสอบถาม มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำไปทดสอบใช้ต่อไป

2. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ได้โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษา 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cornbrash's alpha coefficient) โดยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.70 ณ ค่าความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบที่ผู้วิจัยทำการลงพื้นที่ ในเดือนมกราคม-มีนาคม เก็บข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธรที่ผ่านการอนุญาตจำนวน 54 แห่ง ทุกอำเภอในจังหวัดยโสธร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมพื้นที่และได้ข้อมูลได้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ คือ

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานประกอบการ และระดับความสำคัญปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การใช้สถิติอทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากค่าพารามิเตอร์ใดเมื่อคำนวณออกมาแล้ว มีค่า Exact count น้อยกว่า 5 มาก (Less than 5> 20%) กว่า 20 เปอร์เซ็นต์ จะใช้การทดสอบของฟิสเชอร์ (Fisher's Exact test) แทนใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานะบทบาทหน้าที่ 2) ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ ได้แก่ รายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ประเภทของการดำเนินกิจการ ระยะเวลาของการดำเนินกิจการ สถานที่ตั้ง (อำเภอ) และความต่อเนื่องในการผลิต และ 3) ข้อมูลทั่วไปของผลิตภัณฑ์

ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิต ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับเลข อย. ลักษณะช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ รายได้เฉลี่ย ความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอเลข อย. เพื่อเพิ่มผลิตภัณฑ์ใหม่ และระดับความประสงค์ในการยื่นขอเลข อย. ด้านการรับรู้เรื่องการขอเลข อย.

ส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้เรื่องการขอเลข อย. เบื้องต้น ประกอบด้วย แบบทดสอบจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก รู้ และ ไม่รู้

ส่วนที่ 3 ความพร้อมและต้องการสนับสนุนของผู้ประกอบการ ประกอบด้วย การประกอบกิจการ ได้แก่บุคลากร เงินทุน วัตถุดิบการบริหารจัดการ และสถานที่ตั้งและสิ่งแวดล้อม การยื่นขอผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้เลข อย. ได้แก่ 1) สื่อข้อมูลประชาสัมพันธ์และการติดต่อขอคำปรึกษาและ 2) ขั้นตอนการยื่นขอเลข อย. และการดำเนินงานของภาครัฐและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การผลิตวัตถุดิบขั้นต้น (ต้นน้ำ) สถานที่ผลิต กระบวนการแปรรูป และเครื่องมือเครื่องจักร (กลางน้ำ) และ ปลายน้ำ

ส่วนที่ 4 ศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อการได้รับเลขอย.ทุกผลิตภัณฑ์ ทดสอบความสัมพันธ์ของสถานประกอบการที่ได้รับเลข อย.ทุกผลิตภัณฑ์ในระดับ 4 ขึ้นไป ต่อประเด็นความคิดเห็นใน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 ด้วยสถิติเชิงอนุมานด้วยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วยคือ ประเด็นความพร้อมในสภาพปัจจุบัน และประเด็นที่ต้องการสนับสนุน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร เป็นผู้ประกอบการที่ผลิตแปรรูปผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเภท อาหารในจังหวัดยโสธร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ประกอบการที่ผลิตแปรรูปผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเภท อาหาร ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Non probability sample) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) แต่เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องใช้แนวทางของกฎหมายและระเบียบในการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างคลอบคลุมพื้นที่มากที่สุด

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2567-มีนาคม 2568 จากกลุ่มจากกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ประกอบการที่ได้รับอนุญาตผลิตและแปรรูป ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหารที่ไม่เข่าข่ายโรงงาน ยกเว้นผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง 2) ผู้ประกอบการที่สนใจผลิตและแปรรูป ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอาหารที่ไม่เข่าข่ายโรงงานมีความสนใจพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อขอเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) ยกเว้นผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่ใช่บุคคลที่ได้รับมอบหมายในการให้ข้อมูล 2) ผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

เกณฑ์การยุติกลางคัน คือ 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ และ 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของจังหวัดยโสธร นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของคณะกรรมการก่อนทำการศึกษา หลังจากคณะกรรมการอนุมัติแล้วจึงเสนอโครงการวิจัยต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และกลุ่มเป้าหมายสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้เมื่อต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการระบุชื่อ

และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงจะทำการรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำหนังสือถึงผู้บริหารที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำการสืบค้นหลักฐานความรู้และผลการวิจัย แนวทางนโยบายจากรัฐบาล วารสาร ผลงานวิจัย ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งประสบการณ์ในการทำงานด้านผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อสรุปสาระสำคัญของวิธีการต่าง ๆ ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ที่จะนำมาใช้ในการทำการศึกษาหาตัวแปร ค่าตัวแปร ที่เกี่ยวข้องและออกแบบเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อหาปัจจัยในส่วน ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ลักษณะการดำเนินธุรกิจ การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการขอเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอ เลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โดยได้รับอนุมัติจริยธรรมลำดับที่ 6815/2568 เลขที่ HE 6815 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ

ผลการวิจัย

จากเอกสารวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์และยื่นขอเลข อย. ของผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานในจังหวัดยโสธร สามารถสรุปสาระสำคัญออกมา

1) ภูมิหลังและองค์ความรู้ของผู้ประกอบการ จากการสำรวจพบว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเกิน 60 ปี และมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี ผู้ประกอบการเหล่านี้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการขอเลข อย. อยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะในประเด็นการขออนุญาตซ้ำหากผลิตภัณฑ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามยังมีผู้ประกอบการบางส่วนที่ขาดความเข้าใจในเรื่องข้อกำหนดของสถานที่ผลิต เครื่องมือที่ใช้ และข้อบังคับเกี่ยวกับการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์อย่างถูกต้อง

2) อุปสรรคและความท้าทายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และการขออนุญาต แม้ว่าผู้ประกอบการจะมีความตั้งใจในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพวกเขาประสบปัญหาหลักหลายด้าน ปัญหาที่สำคัญได้แก่ การขาดแคลนเงินทุน และเครื่องจักรที่ไม่เพียงพอต่อการผลิต รวมถึงการขาดองค์ความรู้เรื่องการขออนุญาต การบริหารจัดการกิจการ และการขาดระบบบัญชีที่เป็นระบบ นอกจากนี้ยังประสบปัญหาด้านแรงงานไม่เพียงพอ และยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำปรึกษาและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ถูกซ้ำเติมด้วยปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น สถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ GMP (Good

Manufacturing Practice) และการละเลยการต่ออายุใบอนุญาต ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ลดแรงจูงใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับเลข สารบบอาหาร (เลข อย.) กับศักยภาพของผู้ประกอบการ โดยเฉพาะการเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่สามารถได้รับเลข อย. ครบทุกผลิตภัณฑ์กับผู้ที่ได้รับเพียงบางผลิตภัณฑ์ พบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่บ่งชี้ถึงความพร้อมและความต้องการสนับสนุนที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จในการขออนุญาตอย่างครบถ้วนปัจจัยที่สร้างความแตกต่างสู่ความสำเร็จในการได้รับเลข อย. ครบทุกผลิตภัณฑ์ผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จในการได้รับเลข อย. ครบทุกผลิตภัณฑ์ (กลุ่มที่ได้รับเลข อย. ทุกผลิตภัณฑ์) แสดงให้เห็นถึงระดับความพร้อมหรือมีความคิดเห็นต่อประเด็นที่ต้องการสนับสนุนที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มที่ได้รับเลข อย. เพียงบางผลิตภัณฑ์ประการแรก ความสำเร็จมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการสร้างสรรค์พัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ (p=.003) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการที่สามารถได้รับเลข อย. ครบถ้วนมีศักยภาพในการคิดค้นและพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่องประการที่สอง ปัจจัยด้านการบริหารจัดการภายในที่เข้มแข็งมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเรื่องขั้นตอนการผลิตที่ชัดเจนเป็นระบบ (p=.045) และการทำบัญชีการเงินที่เป็นระบบ (p=.025) การมีระบบเหล่านี้ช่วยให้การดำเนินงานมีความโปร่งใสและเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมายได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การจัดการด้านวัตถุดิบก็เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จโดยผู้ประกอบการที่ได้รับเลข อย. ครบทุกผลิตภัณฑ์ให้ความสำคัญกับวัตถุดิบที่เหมาะสมในการผลิต (p=.045) ประการที่สาม องค์ความรู้เฉพาะทางถือเป็นเสาหลักสำคัญ ผู้ประกอบการที่มีความพร้อมมากกว่าแสดงให้เห็นถึงความต้องการหรือความตระหนักในความรู้ด้านการแปรรูปพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อต่อยอดขอเลข อย. (p=.006) การมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนี้อย่างถ่องแท้จึงเป็นปัจจัยนำไปสู่การขยายสายผลิตภัณฑ์และการขออนุญาตที่ประสบความสำเร็จ และประการสุดท้าย การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่ครบถ้วน ชัดเจน เข้าใจง่าย (p=.003) ซึ่งหมายความว่าการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและชัดเจนตลอดกระบวนการเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถดำเนินการตามขั้นตอนการขอเลข อย. ได้อย่างราบรื่นและครบถ้วนตามข้อกำหนด

4) แนวทางการสนับสนุนที่ผู้ประกอบการต้องการ ผู้ประกอบการแสดงความต้องการการสนับสนุนในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.0 จาก 5.0) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเครื่องจักรขนาดเล็กที่เหมาะสมกับลักษณะกิจการ, การออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของ อย., และการเสริมทักษะด้านการตลาดดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้สื่อออนไลน์ แนวทางที่ผู้ประกอบการต้องการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการยื่นขอ อย. อย่างละเอียด, การสนับสนุนเครื่องมือ เครื่องจักร และเงินทุน, พร้อมทั้งการมีภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานสนับสนุนที่ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดกระบวนการ การสนับสนุนเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถยกระดับมาตรฐานการผลิตในท้องถิ่น ส่งเสริมรายได้ และเพิ่มความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและความปลอดภัยทางอาหารในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วิจารณ์

จากการเก็บข้อมูลผู้ประกอบการ 47 ราย พบว่า 63.83% เป็นรายกลุ่ม และ 36.17% เป็นรายเดี่ยว ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่แปรรูปจากพืชและสัตว์ แต่ยังมีอัตราการได้รับเลข อย. อย่างครบถ้วนเพียง 51.06% สะท้อนถึงอุปสรรคที่ยังมีอยู่ในหลายมิติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์ และ น้ำฝน ศรีบัณฑิต[5] ที่ชี้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ในระดับประเทศยังไม่ได้รับเลข อย. เนื่องจากขาดการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ได้ตามมาตรฐานในการวิเคราะห์เชิงลึก พบว่าผู้ประกอบการยังขาดความรู้ในกระบวนการยื่นขอเลข อย. ผ่านระบบออนไลน์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาริยา บุญจันทร์[6] ที่ชี้ถึงความจำเป็นในการอบรมให้

ความรู้เกี่ยวกับกฎกระทรวงและหลักเกณฑ์ GMP ประเด็นความพร้อม เช่น การขาดแหล่งทุนที่เข้าถึงง่าย การไม่เข้าใจกระบวนการขอ อย. และทักษะการใช้สื่อออนไลน์เป็นอุปสรรคที่สำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาพร องคนุสสรณ[7] ที่ชี้ว่าผู้ประกอบการมักขาดทักษะด้านการเงิน การผลิต และการตลาดออนไลน์ในทางตรงกันข้าม ผู้ประกอบการที่มีทักษะในการแปรรูป ความรู้ในการใช้เครื่องจักร และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดำเนินธุรกิจ จะมีแนวโน้มขอเลข อย. ได้สำเร็จมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานของศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์[5] และชุติมันต์ สะสอง[8]

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสถิติ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการได้รับเลข อย. ทุกผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ (p=.003), การจัดการบัญชีการเงิน (p=.025), การมีวัตถุดิบในท้องถิ่น (p=.013), สถานที่ผลิตที่เป็นสัดส่วน (p=.010) และการได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจน (p=.003) ผลเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจิระสันต์ มีรัตน์ธนวัต[9] และชุติมันต์ สะสอง[8] ที่ยืนยันว่าความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ และการมีระบบสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐ เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการเข้าสู่มาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารได้สำเร็จ

การอภิปรายผลวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณแสดงให้เห็นว่า การได้รับเลข อย. อย่างครบถ้วนของผู้ประกอบการอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่เพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นผลลัพธ์ของความรู้ การจัดการ แรงสนับสนุน และความสามารถในการปรับตัวของผู้ประกอบการอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของงานวิจัยสากลหลายฉบับ

จุดเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย งานวิจัยนี้มีจุดเด่นหลายประการ โดยเฉพาะวิธีการวิจัยที่ใช้รูปแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เริ่มจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้ประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ก่อนนำไปสร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ เครื่องมือวิจัยมีความน่าเชื่อถือสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.70 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก นอกจากนี้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการกับผู้ประกอบการที่ผ่านการอนุญาตจำนวน 54 แห่ง ซึ่งครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดยโสธร ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ยังประกอบกิจการอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา และงานวิจัยนี้ยังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อจำกัดที่ผู้วิจัยระบุไว้โดยตรง ได้แก่ (1) ข้อจำกัดด้านพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาจำกัดอยู่เฉพาะในจังหวัดยโสธร โดยมีกลุ่มเป้าหมายเพียง 54 ราย ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของผู้ประกอบการประเภทเดียวกันในระดับภูมิภาคหรือประเทศได้ (2) ข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างเพียง 7 ราย ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมมุมมองที่หลากหลายในประเด็นเชิงลึกด้านการเงินหรือกลยุทธ์ด้านตลาด (3) ข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามบางรายอาจมีข้อจำกัดด้านการศึกษาหรือความเข้าใจในเชิงเทคนิคเกี่ยวกับกฎหมายการขอเลข อย. ทำให้คำตอบอาจไม่สะท้อนข้อมูลที่ถูกต้องหรือครบถ้วน (4) ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยมีจำกัด (4 เดือน ระหว่างธันวาคม 2567-มีนาคม 2568) ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมของผู้ประกอบการในระยะยาวได้ และ (5) ข้อจำกัดด้านบริบทการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย อาจมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือกฎหมายจากภาครัฐเกี่ยวกับการขอเลข อย. ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อมูลที่ไม่ทันสมัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทัศนคติที่ดีของผู้ประกอบการ ความต้องการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อขอเลข อย. เป็นสิ่งที่เป็นแรงจูงใจสำคัญในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้มาตรฐาน อย. ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการเชิงรุกถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ๆในการพัฒนาผลิตภัณฑ์แก่

กลุ่มผู้ประกอบการในพื้นที่รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจให้แก่คนรุ่นใหม่รวมถึงการมีหลักสูตรเนื้อหาทางวิชาการที่สามารถใช้ได้จริงในยุคปัจจุบันดังนั้นต้องอาศัยหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างงานสร้างอาชีพเพื่อการพัฒนาต่อยอดที่ยั่งยืน

2. ทักษะการใช้อินเตอร์เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้ประกอบการที่ผลิตอาหารในปัจจุบัน การยื่นขอเลข อย. ต้องดำเนินการในช่องทางอินเตอร์เน็ตผ่านระบบจากคณะกรรมการอาหารและยา ถึงแม้หลักเกณฑ์เงื่อนไขการยื่นขอ อย. สื่อต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ในช่องทางอินเตอร์เน็ตได้ทั่วไป แต่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ก็ต้องการคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องเพื่อความมั่นใจในการยื่นขอ อย. ดังนั้น ควรสร้างเครือข่ายให้คำปรึกษาในระดับอำเภอ เพื่อความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาผู้ประกอบการในพื้นที่ควรพัฒนาทักษะการยื่นขอออนไลน์ด้านการตลาดในการเพิ่มช่องทางในการจำหน่ายสินค้า ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อเพิ่มโอกาสในการจำหน่าย

3. ผู้ประกอบการส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงวัยรายได้จากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นรายได้รองถนัดอาชีพเกษตรกรรม การนำเครื่องมือเครื่องจักรที่เหมาะสมมาทดแทนแรงงานเป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการประกอบกิจการรวมทั้งการพัฒนาอาชีพให้กับกลุ่มคนในรุ่นใหม่หันมาประกอบกิจการและต่อยอดผสมผสานผลิตภัณฑ์ที่จากวัตถุดิบของกลุ่มเกษตรกรเพื่อสร้างรายได้ให้กับชุมชนทั้งกลุ่มผู้ปลูกผู้แปรรูป และผู้จำหน่าย

4. การประกอบกิจการผลิตอาหารในการสร้างมาตรฐาน อย. สร้างงาน สร้างอาชีพ สำเร็จได้ต้องเกิดจากหลายองค์ประกอบ การบริหารจัดการทั้งด้านคน เงิน ของ ต้องมีความเหมาะสม ตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบที่เหมาะสมในพื้นที่ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ผ่านการแปรรูปต้องพิจารณาถึงความคงตัวของผลิตภัณฑ์ว่าสามารถเก็บรักษาไว้ได้ยาวนานแค่ไหนทั้งนี้อายุของผลิตภัณฑ์มีส่วนสำคัญต่อการวางจำหน่ายถ้าผลิตภัณฑ์ทั้งกระบวนการผลิตการบริหารงานต่างๆ ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องในการประกอบกิจการทั้งสิ้น ดังนั้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ก็ควรคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ตั้งตัวผู้ประกอบการที่จะพัฒนาตัวเองและในส่วนภาครัฐที่จะพัฒนาผู้ประกอบการก็ควรคำนึงถึงองค์ประกอบหลายๆ ด้านทั้งความคุมค่าโดยอิงจากเอกชน กำไร-ขาดทุน และควรสนับสนุนความรู้ที่ถูกหลักทัศนคติที่ดีมากกว่าการสนับสนุนสิ่งของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรดำเนินงานเชิงบูรณาการในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สถานที่ผลิตที่เป็นสัดส่วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ได้รับเลขสารบบ อย. ปัจจุบันจะเห็นได้ว่าใบอนุญาตผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานเป็นใบอนุญาตที่ใช้งานได้ตลอดชีพ ไม่มีการต่ออายุใบอนุญาตจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ประกอบการใส่ใจในการปรับปรุงสถานที่ซึ่งมีผลต่อการผลิต การที่มีหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการต่ออายุประจำปีจะทำให้ผู้ประกอบการมีความใส่ใจกระตือรือร้นในการปรับปรุงสถานที่เช่นเดียวกับสถานประกอบการที่เข้าข่ายโรงงานที่มีการต่ออายุใบอนุญาต 3 ปี /ครั้ง ซึ่งยังถือว่านานไปสำหรับสถานที่ผลิตอาหาร ควรจะต่อใบอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารทุกประเภทเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน ส่วนหลักเกณฑ์ค่าธรรมเนียมประจำปีควรเป็นไปตามกำลังผลิตของสถานประกอบการ

2. ควรมีการปรับปรุงระบบการออกใบอนุญาตผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน โดยจากการศึกษาพบว่า “สถานที่ผลิตที่ได้มาตรฐาน” เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการได้รับเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) แต่ในปัจจุบันใบอนุญาตผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงานเป็นแบบ “ตลอดชีพ” ไม่มีการต่ออายุ ทำให้ผู้ประกอบการจำนวนมากขาดแรงจูงใจในการปรับปรุงสถานที่ผลิต อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ควรกำหนดให้มี การต่ออายุใบอนุญาตเป็นรายปีหรือทุก 2 ปี เช่นเดียวกับสถานประกอบการที่เข้าข่ายโรงงาน (ที่ต้องต่ออายุทุก 3 ปี) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบการรักษามาตรฐานสถานที่อย่างสม่ำเสมอ

3. ควรกำหนด หลักเกณฑ์และอัตราค่าธรรมเนียมการต่อใบอนุญาตแบบถ่วงน้ำหนักตามกำลังการผลิตโดยคำนึงถึงความสามารถของผู้ประกอบการรายย่อย เช่น

กลุ่มวิสาหกิจชุมชนหรือผู้ประกอบการครัวเรือน เพื่อไม่ให้เกิดภาระเกินควร แต่ยังสามารถรักษามาตรฐานความปลอดภัยของผู้บริโภคได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2551.
2. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. คำสั่งคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ที่ 1/2567 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารแห่งประเทศไทยระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2567.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานสถานการณ์สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (จากการสำรวจ ม.ค.67-ต.ค.68) จังหวัดยโสธร. ยโสธร: สำนักงานสาธาณณสุขจังหวัดยโสธร; 2567.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ.2566–2570). กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2566.
5. ศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์, น้ำฝน ศรีบัณฑิต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรี: งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง. วารสารภสัชกรรมไทย. 2565;14(4):952-63.
6. อาริยา บุญจันทร์, สมโภช รติโอฬาร, ทิพย์วรรณ ปริญญาศิริ. การพัฒนาความพร้อมของสถานที่ผลิตอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันทีในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่ใช้บังคับเป็นกฎหมายในจังหวัดสมุทรสาคร. 2559;6(1):91-113.
7. วิภาพร องคนุสสรณ์, เฉลิมรัช ประเสริฐสังข์. การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี: กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนาง อำเภอท่าบ่อ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(3):72-80.
8. ชุติมันต์ สะสอง. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและบทบาทของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ OTOP ในการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจชุมชนด้วยนวัตกรรมผลิตภัณฑ์เชิงสร้างสรรค์ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 2560;6(1):24–36.
9. จิระสันต์ มีรัตน์ธนวัต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยื่นขอปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตขั้นต้นของผู้ประกอบการกลุ่มหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเขตจังหวัดภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.

วิเคราะห์การใช้ยาต้านจุลชีพและปัจจัยการเสียชีวิตในผู้ป่วย K. pneumoniae ดื้อยา โรงพยาบาลมุกดาหาร

Analysis of Antimicrobial Use and Mortality Factors in Patients with Drug-Resistant K. pneumoniae at Mukdahan Hospital

ประภัสสร นนท์จุมจัง*

Prapassorn Nonjumjang

Corresponding author: Email: lekkyjj92@gmail.com

(Received: August 27, 2025; Revised: September 3, 2025; Accepted: October 3, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพกลุ่มคาร์บาพีเนม (Carbapenem-Resistant Organisms) และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumoniae ดื้อยา

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 ราย เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *K. pneumoniae* ดื้อยา 42 ราย โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและได้รับการอนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.84) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : จากผู้ป่วยทั้งหมด 149 ราย พบว่า กลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem 51 ราย (34.28%) มีอัตราเสียชีวิตเพียง 5.88% โดยมีความเหมาะสมในการเลือกใช้ยา 92.16% และความเหมาะของขนาดยา 88.24% ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 17.0 ± 10.1 วัน ในขณะที่กลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem 98 ราย (65.77%) มีอัตราเสียชีวิตสูงถึง 25.51% โดยมีความเหมาะสมในการเลือกใช้ยา 74.49% และความเหมาะสมของขนาดยาเพียง 24.49% ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 37.7 ± 29.5 วัน ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าอัตราการเสียชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Chi-square test, p= .007) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (Independent t-test, p < .001) เชื้อที่พบมากที่สุดคือ CRAB (51.01%) และเชื้อที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดคือ CRKP (35.71%) และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตคือความเหมาะสมของขนาดยาและวิธีให้ยา (p=.02) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการปรับขนาดยาและวิธีให้ยาตามหลัก PK/PD Optimization เช่น Meropenem high-dose prolonged infusion หรือ Colistin loading dose ที่เหมาะสม มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่า โดยสูตรยาที่ใช้บ่อยที่สุดคือ Colistin ร่วมกับ Meropenem (65.31%) และพบอาการไม่พึงประสงค์จาก Colistin 22.78% (ส่วนใหญ่ Nephrotoxicity)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การติดเชื้อจากเชื้อดื้อ Carbapenem มีความรุนแรงสูงและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรมีการปรับปรุง CPG ของโรงพยาบาล โดยเพิ่ม Sulbactam เป็น First-line สำหรับ CRAB และ Ceftazidime-avibactam เป็น First-line สำหรับ CRE (กรณีเข้าเกณฑ์ จ.2) รวมถึงปรับระบบ Drug Utilization Evaluation (DUE) เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการรักษา ลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายระยะยาว

คำสำคัญ : การประเมินการใช้ยา; การดื้อยาต้านจุลชีพ; การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ; เชื้อแบคทีเรียดื้อต่อยาในกลุ่มคาร์บาพีเนม

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร

Abstract

Purposes : To analyze the situation of carbapenem-resistant bacterial infections and to identify factors associated with mortality in patients infected with drug-resistant K. pneumoniae.

Study design : A retrospective cohort study.

Materials and Methods : The study included a total of 149 patients, of whom 42 had infections caused by drug-resistant *K. pneumoniae*. Data were retrospectively collected from medical records of patients with antimicrobial-resistant infections who had received approval for restricted antimicrobial use between January 1 and December 31, 2023. The research instrument was a data collection form, which was validated for content validity (IOC = 0.84). Data analysis employed descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using the Chi-square test and Independent t-test.

Main findings : Among 149 patients, 51 (34.28%) were infected with carbapenem-susceptible organisms, showing a mortality rate of only 5.88%, with appropriate drug selection in 92.16% and correct dosing in 88.24%. The mean hospital stay in this group was 17.0 ± 10.1 days. In contrast, 98 patients (65.77%) with carbapenem-resistant infections had a significantly higher mortality rate of 25.51%, appropriate drug selection in only 74.49%, and correct dosing in merely 24.49%, with a mean hospital stay of 37.7 ± 29.5 days. Statistical analysis revealed significant differences in both mortality (Chi-square test, $p = .007$) and length of hospital stay (Independent t-test, $p < .001$). The most common resistant pathogen was carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB) (51.01%), while the highest mortality was observed in carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae (CRKP) (35.71%). Mortality was significantly associated with the appropriateness of dosing and administration ($p = .02$). Patients receiving PK/PD-optimized regimens, such as meropenem high-dose prolonged infusion or appropriate colistin loading dose, had lower mortality. The most frequently prescribed regimen was colistin plus meropenem (65.31%) and colistin-related adverse events were observed in 22.78% of cases, mostly nephrotoxicity.

Conclusions and recommendation : Carbapenem-resistant infections are associated with high severity, significantly increased mortality, and prolonged hospital stay. Revision of the hospital CPG is warranted, with sulbactam recommended as first-line therapy for CRAB and ceftazidime-avibactam (restricted formulary, category J2) as first-line therapy for CRE where applicable. Updating the Drug Utilization Evaluation (DUE) process is essential to improve treatment outcomes, reduce mortality, and minimize long-term healthcare costs.

Keywords : Drug Utilization Evaluation; Antimicrobial Resistance; Antimicrobial Stewardship; Carbapenem-resistant organisms (CROs)

*Pharmacist, Professional Level Mukdahan Hospital.

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance; AMR)[1] เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลต่ออัตราป่วยตายและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอย่างมหาศาล การติดเชื้อจากเชื้อดื้อยาทำให้ผลการรักษาล่าช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อทั่วไป การคาดการณ์ทั่วโลกชี้ว่า หากไม่มีมาตรการควบคุมภายในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาอาจสูงถึง 10 ล้านคนต่อปี[2] นอกจากนี้งานวิจัยในหลายประเทศยังรายงานว่าเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและมีความรุนแรงสูง[3-4] สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อดื้อยาประมาณ 88,000 ราย และเสียชีวิตราว 38,000 รายต่อปี คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 42,000 ล้านบาท ปัจจัยสำคัญที่เร่งการเกิดเชื้อดื้อยาคือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาโดยไม่จำเป็น การใช้ยาฤทธิ์กว้างและได้ยานานเกินความจำเป็น หรือการใช้ยาขนาดต่ำกว่ามาตรฐาน ประเทศไทยจึงได้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2560–2564” โดยเน้นการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Antimicrobial Stewardship; AMS)[4]

โรงพยาบาลมุกดาหารได้ดำเนินงาน AMS ผ่านระบบ Drug Utilization Evaluation (DUE) ทั้ง Pre-authorization และ Post-authorization ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โดยกำกับการใช้ยา Meropenem และ Colistin อย่างไรก็ตาม รายงานเฝ้าระวัง AMR ปี พ.ศ.2566[5-6] พบว่า แม้อัตราการติดเชื้อดื้อยาทั่วประเทศคงที่[7] แต่โรงพยาบาลมุกดาหารยังคงพบ Klebsiella pneumoniae ดื้อยาเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 50% (เพิ่มจาก 14.29% ในปี 2565) พร้อมค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้นจาก 4.2 ล้านบาท เป็น 5.1 ล้านบาท ผลการประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา ปี พ.ศ.2566-2567 สะท้อนว่า รพ.ยังมีจุดอ่อนด้านการวิเคราะห์สถานการณ์และระบบบริหารจัดการ AMR[8] โดยเฉพาะกลุ่มเชื้อที่ดื้อต่อยาในกลุ่มคาร์บาพีเนม (Carbapenem-Resistant Organisms) ได้แก่ Carbapenem-Resistant Acinetobacter baumannii (CRAB), Carbapenem-Resistant Enterobacterales (CRE)[9] ซึ่ง Carbapenem-Resistant klepsiella pneumonia (CRKP) เป็น CRE ที่มีสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อรุนแรงและมีแนวโน้มแพร่กระจายสูง การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา[10] กับการประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumonia ดื้อยา[11] เพื่อใช้พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการบริหารจัดการยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ กับการประเมินความเหมาะสมการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมในโรงพยาบาลมุกดาหาร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumoniae ดื้อยา เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) และการกำหนดรายการยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ระบบบริการผู้ป่วยใน และแบบขออนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม (Drug Utilization Evaluation: DUE) ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม ได้แก่ Meropenem และ/หรือ Colistin

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามช่วงเวลาที่ศึกษา คือผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ได้รับ Meropenem และ/หรือ Colistin และมีการขออนุมัติใช้ยาตามระบบ DUE

แบบ Pre/Post-authrorization จำนวน 149 ราย และผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumoniae ดื้อยาที่ได้รับ Meropenem และ/หรือ Colistin และมีการขออนุมัติใช้ยาตามระบบ DUE จำนวน 42 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมข้อมูลประชากร ลักษณะผู้ป่วย (เพศ อายุ โรคร่วม) ชนิดเชื้อดื้อยาที่ก่อโรค การใช้ยาต้านจุลชีพ (ชนิด ขนาด ระยะเวลา) ความเหมาะสมของการใช้ยา (ตามเกณฑ์ CPG และแนวทาง สากล) ผลลัพธ์ทางคลินิก (Improvement, Not improved, Dead) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) และ ปัจจัยการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumoniae ดื้อยา เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (≥0.80) รวมถึงแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมในโรงพยาบาลมุกดาหาร และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุญาตการทำวิจัยในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยเตรียมเอกสารแบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบโดยผู้วิจัยและทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยเพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูล และยืนยันข้อมูลที่บันทึก และแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม (Drug Utilization Evaluation: DUE) ของโรงพยาบาลมุกดาหารเพื่อยืนยันผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมตามเกณฑ์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

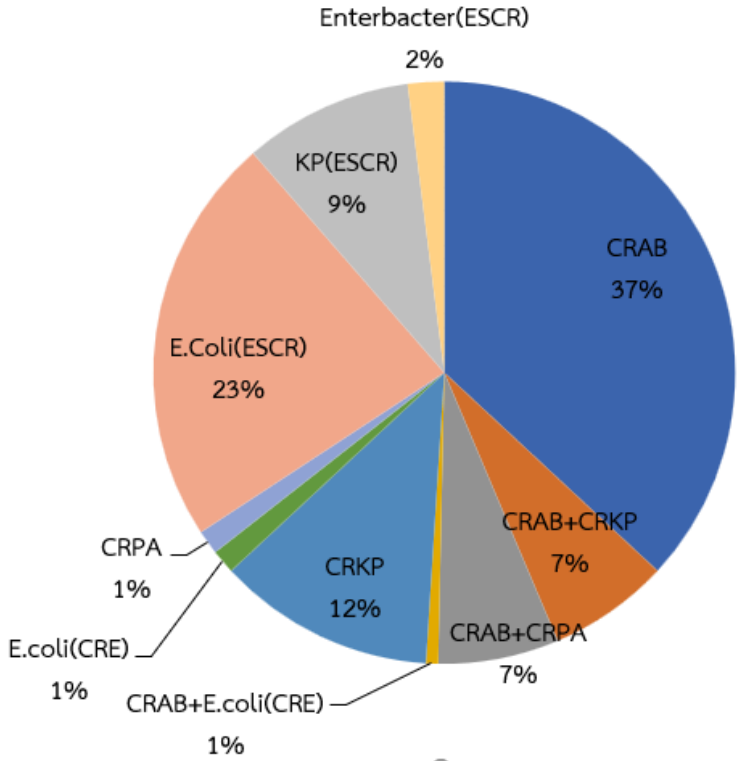
ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา อัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem และเชื้อที่ดื้อ Carbapenem และเปรียบเทียบปัจจัยเสียชีวิตในผู้ป่วย K.pneumoniae ดื้อยาโดยใช้ Chi-square test ส่วนข้อมูลการเปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem และเชื้อที่ดื้อต่อ Carbapenem ใช้ Independent t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical significance) กำหนดที่ค่า $p<.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ในวันที่ 9 ตุลาคม 2567 เลขที่อนุมัติ MEC 10/68

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่มีการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมในโรงพยาบาล Meropenem และ/หรือ Colistin ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จากผู้ป่วยทั้งหมด 149 ราย พบว่า กลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem = 51 ราย (34.28%) และกลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem = 98 ราย (65.77%) การกระจายเชื้อดื้อยาเชื้อที่พบมากที่สุดคือ CRAB (51.01%) รองลงมาคือ E.coli (ESCR) (22.82%) และ CRKP (18.79%) ซึ่งเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem เกือบ 70% (65.77%) เชื้อที่มีอัตราเสียชีวิตสูงสุดคือ CRKP 35.71% รองลงมาคือ CRAB 26.32%



กราฟที่ 1 แสดงร้อยละการกระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลานอนโรงพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem และเชื้อดื้อ Carbapenem

ตัวแปร	เชื้อไวต่อ Carbapenem (n=51)	เชื้อดื้อ Carbapenem (n=98)	สถิติที่ใช้	p
อัตราเสียชีวิต	3 ราย (5.88%)	25 ราย (25.51%)	χ^2= 7.23, df=1	.007
ระยะเวลานอน รพ.	Mean = 17.0 ± 10.1	Mean = 37.7 ± 29.5	t = -7.14	<.001

ผลลัพธ์การรักษา กลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem: อัตราเสียชีวิตต่ำเพียง 5.88% ส่วนกลุ่มเชื้อที่ดื้อ Carbapenem: อัตราเสียชีวิตสูงถึง 25.51% ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square, p=.007)ระยะเวลานอนโรงพยาบาล กลุ่มเชื้อไวต่อ Carbapenem: เฉลี่ย 17.0 ± 10.1 วันกลุ่มเชื้อดื้อ carbapenem: เฉลี่ย 37.7±29.5 วัน ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Independent-test p<.001) กลุ่มเชื้อไวต่อ Carbapenem การเลือกใช้ยาถูกต้องตามแนวทาง 92.16% การให้ขนาดยาถูกต้อง 88.24% โดยสาเหตุของความไม่เหมาะสมที่พบเล็กน้อย ได้แก่ การใช้ **Colistin เกินความจำเป็น** ทั้งที่เชื้อยังไวต่อ Meropenem และการ **ไม่ปรับขนาดยา Meropenem ตามการทำงานของไต**ในบางราย ขณะที่กลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem การเลือกใช้ยาถูกต้อง

เพียง 74.49% การให้ขนาดยาถูกต้องเพียง 24.49% โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การใช้ **Meropenem monotherapy** ในเชื้อที่ดื้อสมบูรณ์ การ**ไม่ใช้ Meropenem high-dose prolonged infusion** ตามหลัก PK/PD การ**ไม่ให้ Colistin loading dose** และการ**ไม่ปรับขนาดยา** นอกจากนี้ยังพบการใช้สูตรยาที่**ไม่สอดคล้องกับแนวทาง IDSA 2024** เช่น Colistin monotherapy ในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรง ซึ่งมีประสิทธิผลต่ำและเพิ่มความเสี่ยงต่อ Nephrotoxicity ข้อมูลนี้สะท้อนถึงปัญหาสำคัญของการใช้ยาต้านจุลชีพที่ยังไม่เหมาะสมในกลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem และเป็นสาเหตุหนึ่งที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี ส่วนสูตรยาที่ใช้บ่อยที่สุดคือ Colistin + Meropenem (65.31%) ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางหลัก IDSA 2024 อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) พบในผู้ป่วยที่ได้รับ Colistin ถึง 22.78% ส่วนใหญ่เป็น Nephrotoxicity (AKI)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างผู้ป่วยติดเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem และเชื้อดื้อ Carbapenem

หัวข้อ	เชื้อที่ไวต่อ Carbapenem	เชื้อดื้อ Carbapenem
จำนวนผู้ป่วย	51 ราย(34.28%)	98 ราย(65.77%)
เพศชาย (%)	56.86%	69.39%
อายุ (ปี)	Mean=66.25, Median=67	Mean=59.52, Median=61
	Min-Max=38-89	Min-Max=12-86
	Q1–Q3 = 59–75, SD. =11.20	Q1–Q3= 50–72.5, SD. =16.58
เชื้อที่พบบ่อย (%)	E.Coli(ESCR)66.67%	CRAB 77.55%
	KP(ESCR)27.45%	CRKP 22.45%
หอผู้ป่วยสามัญ/ผู้ป่วยหนัก(%)	88.24%/11.76%	55.10%/44.90%
แผนกอายุรกรรม/ศัลยกรรม(%)	74.51%/25.29%	68.37%/31.63%
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล(วัน)	Mean=17.04, Median=14	Mean =37.68, Median =24
	Min-Max = 3-46	Min–Max= 5–233
	Q1-Q3=10–21.5, SD. = 10.1	Q1–Q3=19–40, SD. = 29.47

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเหมาะสมในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem และเชื้อดื้อ Carbapenem

หัวข้อ	เชื้อที่ไวต่อ Carbapenem	เชื้อดื้อ Carbapenem
ความเหมาะสมการเลือกใช้ยา	92.16%	74.49%
ความเหมาะสมการเลือกขนาดยา	88.24%	24.49%
ระยะเวลารักษา	7–14 วัน(64.71%)	7–14 วัน(54.08%)
	>14 วัน(15.69%)	>14วัน(40.91%)
อาการข้างเคียง (ADR)	ไม่พบ ADR	22.78% *

(หมายเหตุ:*ADR จาก colistin 94.44% เกิด nephrotoxicity)

การวิจัยครั้งนี้พบว่าเชื้อ CRKP มีอัตราเสียชีวิตสูงสุด 35.71% เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae ดื้อยา พบว่าเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเหมาะสมของขนาดยา (Appropriateness of drug dosage) (p=.020) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการปรับขนาดยาตามหลักการทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ (PK/PD optimization) เช่น การให้ Meropenem แบบ High-dose prolonged infusion หรือการให้ Colistin loading dose ที่เหมาะสม มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับขนาดยาไม่เหมาะสม ซึ่งมักเกิดจากการให้ขนาดต่ำ (Under-dosing) หรือการไม่ได้ปรับยาตามการทำงานของไต ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ (>65 ปี), การมีโรคร่วม (Underlying diseases), ภาวะวิกฤต (Critically ill), ตำแหน่งติดเชื้อรุนแรง (BSI/VAP/HAP), ความเหมาะสมของการเลือกใช้ยา และประเภทหอผู้ป่วย (ICU vs สามัญ) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p>.05) แม้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและภาวะวิกฤตจะมีแนวโน้มเสียชีวิตมากกว่าผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในต่างประเทศที่พบว่า การปรับขนาดยาต้านจุลชีพตาม PK/PD optimization สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดการเกิดเชื้อดื้อยาในระยะยาว

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ K. pneumoniae ดื้อยา (n = 42)

ปัจจัย	Alive n(%)	Dead n(%)	chi-square	p
อายุ >65 ปี	20(60.6)	4(36.4)	2.45	.294
มีโรคร่วม (Underlying disease)	25(75.8)	10(90.9)	2.03	.154
ภาวะวิกฤต (Critically ill)	18(54.5)	9(81.8)	2.90	.235
ตำแหน่งติดเชื้อรุนแรง (BSI/VAP/HAP)	22(66.7)	9(81.8)	0.114	.945
ความเหมาะสมของการเลือกใช้ยา	23(69.7)	7(63.6)	1.46	.483
ความเหมาะสมของขนาดยา	28(84.8)	2(18.2)	7.82	.020
ประเภทหอผู้ป่วย (ICU vs สามัญ)	15(45.5)	7(63.6)	1.31	.520

วิจารณ์

1. ความรุนแรงของเชื้อดื้อ Carbapenem ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อ Carbapenem มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า (25.51% vs 5.88%) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานกว่า (37.7 vs 17.0 วัน) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ระบุว่าเชื้อ CRAB และ CRE มีความรุนแรงสูง ดื้อต่อยาหลายกลุ่ม และต้องใช้ยาทางเลือกที่มีพิษสูงและประสิทธิผลต่ำ เช่น Colistin

2. ความเหมาะสมของการใช้ยา (Drug utilization) การเลือกใช้ยาและการปรับขนาดมีผลต่อผลลัพธ์อย่างชัดเจน กลุ่มเชื้อที่ไวต่อ Carbapenem มีความเหมาะสมในการเลือกใช้ยาและขนาดยาสูง (92.16% และ 88.24%) ขณะที่กลุ่มเชื้อดื้อ Carbapenem ต่ำกว่าอย่างมาก (74.49% และ 24.49%) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต (p=.02) การได้รับยาในขนาดและวิธีที่ถูกต้องตามหลัก PK/PD optimization เช่น Meropenem แบบ High-dose prolonged infusion และ Colistin loading dose ที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้จริง

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตใน K. pneumoniae

ดื้อยา ผลการศึกษายืนยันว่า “ความเหมาะสมของขนาดยาและวิธีบริหารยา” เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (p=.02) ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยาอย่างถูกต้องตามหลัก PK/PD optimization มีอัตรารอดชีวิตสูงกว่า สอดคล้องกับวรรณกรรมสากลที่ชี้ว่าการปรับยาอย่างเหมาะสมลด Mortality และลดการเกิดเชื้อดื้อซ้ำซ้อน แม้ปัจจัยอื่น เช่น อายุ โรคร่วม ภาวะวิกฤต หรือชนิดการติดเชื้อ จะไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มทำให้อัตราเสียชีวิตสูงขึ้น ซึ่งอาจถูกจำกัดด้วยขนาดตัวอย่าง ดังนั้นควรบังคับใช้ CPG และ DUE ที่เข้มงวด โดยเฉพาะการใช้ Meropenem prolonged infusion และ Colistin loading dose อย่างเหมาะสม

4. ความแตกต่างจากแนวทางสากล สูตรยาที่ใช้บ่อยที่สุดคือ colistin ร่วมกับ Meropenem (65.31%) ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทาง IDSA 2019[12], IDSA 2024[13] และ ESCMID 2022[14] ที่ไม่แนะนำ Meropenem สำหรับ CRAB เนื่องจากเชื้อมักดื้อสมบูรณ์ การใช้ Meropenem monotherapy หรือ Combination therapy โดยไม่พิจารณาค่า MIC อาจไม่เพิ่มประสิทธิผล แต่กลับเพิ่มความเสี่ยง Nephrotoxicity และการดื้อยาซ้ำซ้อน

5. อาการไม่พึงประสงค์จากยาพบ ADR สูงในผู้ป่วยที่ได้รับ Colistin (22.78%) ส่วนใหญ่เป็น AKI/nephrotoxicity สอดคล้องกับวรรณกรรมที่ระบุว่า colistin มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไตสูง จึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหากจำเป็นต้องใช้

6. ข้อเสนอเชิงระบบ ควรปรับปรุง CPG ของโรงพยาบาล โดยเพิ่ม Sulbactam หรือ Sulbactam–durlobactam เป็น First-line สำหรับ CRAB และเพิ่ม Ceftazidime-avibactam เป็น First-line สำหรับ CRE (กรณีเข้าเกณฑ์ จ.2) ควบคู่กับการพัฒนาระบบ DUE ให้เข้มแข็งขึ้น เช่น กำหนดการใช้ Meropenem prolonged infusion และ Colistin loading dose อย่างชัดเจน พร้อมแนวทางติดตาม eGFR เพื่อปรับยาอย่างเหมาะสม

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้สะท้อนปัญหาการดื้อยาที่เกิดขึ้นจริงในบริบทโรงพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งการวิเคราะห์เชื้อดื้อยา ความเหมาะสมของการใช้ยาต้านจุลชีพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ผลลัพธ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงแนวทางการรักษา (CPG) และระบบ DUE ของโรงพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ ขนาดตัวอย่างจำนวนผู้ป่วย K. pneumoniae ดื้อยา (42 ราย) ยังมีขนาดค่อนข้างเล็ก อาจทำให้บางปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ โรคร่วม หรือภาวะวิกฤต ไม่แสดงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของ Regimen ต่าง ๆ และยังไม่ได้ศึกษาผลของการใช้ Combination therapy เทียบกับ Monotherapy ในการติดเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะกลุ่มที่ดื้อต่อ Carbapenem

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับปรุงแนวทางการรักษา (CPG): ควรกำหนดให้ Sulbactam เป็นยาข้อแรกสำหรับ CRAB และ Ceftazidime–avibactam เป็นข้อแรกสำหรับ CRE (กรณีเข้าเกณฑ์บัญชี จ.2) แทนการใช้ Colistin + Meropenem ที่ยังพบใช้สูง และกำหนดเกณฑ์ในการส่งทดสอบความไว Ceftazidime–avibactam และส่งทดสอบความไว ค่า MIC sulbactam ตาม CPG

2. ปรับการใช้ยาให้เหมาะสม ตาม PK/PD Optimization : เพิ่มความเข้มงวดในการใช้ Meropenem แบบ High-dose prolonged infusion และการให้ Colistin loading dose พร้อมปรับตามการทำงานของไต

3. เสริมระบบ Antimicrobial Stewardship (AMS) และ Drug Utilization Evaluation (DUE) ปรับแบบฟอร์มและเกณฑ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม และสนับสนุน Antimicrobial Stewardship (AMS)

4. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์: ควรมีระบบติดตาม Nephrotoxicity จาก Colistin อย่างต่อเนื่องพร้อมลดการใช้ในกรณีที่มีทางเลือกอื่น

5. ลดภาระค่าใช้จ่ายระยะยาว: การใช้ยาที่เหมาะสมและลดอัตราการเสียชีวิตจะช่วยลดต้นทุนการรักษาและระยะเวลานอนโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ที่สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติงานได้โดยสะดวก และขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธรรมลิขิตกุล วิโรจน์. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th
2. ทองรอด วิโรจน์. Antimicrobial resistance: การดื้อยาของเชื้อโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://ccpe.pharmacycouncil.org
3. Musicha P, Cornick J E, Bar-Zeev N, French N, Masesa C, Denis B, et al. Trends in antimicrobial resistance in bloodstream infection isolates at a large urban hospital in Malawi (1998–2016): a surveillance study. Lancet Infect Dis. 2017;17(10):1042–52.
4. รัตนอัมพวัลย์ ภูริเดช. การส่งเสริมและกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2561.
5. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand (NARST). Antimicrobial resistance 2000–2016 [Internet]. Bangkok: Department of Medical Sciences; 2017 [cited 2025 Feb 17]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. สถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 2000–2018 [Internet]. กรุงเทพฯ: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก:http://narst.dmsc.moph.go.th
7. Kaye K S, Pogue J M. Infections caused by resistant Gram-negative bacteria: epidemiology and management. Pharmacotherapy. 2015;35(10):949–62.
8. Thamlikitkul V, Rattanaumpawan P, Boonyasiri A, Pumsuwan V, Judaeng T, Tiengrim S, et al. Thailand antimicrobial resistance containment and prevention program. J Glob Antimicrob Resist. 2015;3(4):290–4.
9. Hsu L Y, Alder J, Kwa A L, Tam V H, Kurup A, Teng C B. Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: a review of treatment and outcomes. Antibiotics (Basel). 2017;6(4):25.
10. ยิ่งขจร สุนทร, สุทธิโชติ สมชาย, หงส์ทอง นฤมล, บุญรอด ตรีทศ, สิมลา วัฒนา, ศีรรักษา ศุภชัย. การดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรียในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(9):16–27.
11. บัวชุม สมเกียรติ, โจวตระกูล ไพศาล, วงพระจันทร์ สมพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา carbapenem ในผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563;1:3–14.
12. Tamma P D, Aitken S L, Bonomo R A, Mathers A J, van Duin D, Clancy C J. Infectious Diseases Society of America guidance on the treatment of antimicrobial-resistant Gram-negative infections. Clin Infect Dis. 2019;69(7):e39–110.
13. Tamma P D, Aitken S L, Bonomo R A, Mathers A J, van Duin D, Clancy C J. Infectious Diseases Society of America guidance on the treatment of antimicrobial-resistant Gram-negative infections: 2024 update. Clin Infect Dis.

2024;79(9):E65–75.

14. Paul M, Daikos G L, Durante-Mangoni E, Yahav D, Carmeli Y, Carrara E, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) guidelines for the treatment of infections caused by multidrug-resistant Gram-negative bacilli. Clin Microbiol Infect. 2022;28(4):521–47.

ผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพต่อพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

The Impact of Health Promotion Guidelines in Early Childhood Development Centers on Child Development in Sri Thep District, Phetchabun Province

พัทนี เดชธรรมรงค์*

Pathanee Dethammarong

Corresponding author: E-mail: Pathanee.srithep@gmail.com

(Received: September 2, 2025; Revised: September 7, 2025; Accepted: October 4, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D: Diet, Development & Play, Dental, Disease) ต่อพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย และศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Pretest–Posttest Two-Group Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 42 คน (กลุ่มทดลอง n=21, กลุ่มควบคุม n=21) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทาง 4D เป็นเวลา 4 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทาง 4D (เครื่องมือทดลอง) แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกรมอนามัย (DSPM) แบบบันทึกกิจกรรม แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัย : พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองยังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนการทดลอง สำหรับด้านความพึงพอใจ ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean=4.65, SD.=0.37) ขณะที่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (Mean=4.25, SD.=0.45 และ Mean=4.10, SD.=0.36 ตามลำดับ) โดยทุกกลุ่มมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต และพัฒนาการและการเล่น อย่างไรก็ตามด้านที่ได้รับความพึงพอใจต่ำสุดจากครูคือด้านโภชนาการ และจากผู้ปกครองคือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทาง 4D สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับในระดับสูงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผลวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการวางแผนและดำเนินกิจกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย; แนวทาง 4D; พัฒนาการ; สุขภาพ; ความพึงพอใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate the effects of the 4D (Diet, Development & Play, Dental, Disease) health promotion guideline on the health development of preschool children and to assess the satisfaction of stakeholders.

Study Design : A quasi-experimental, pretest-posttest two-group design was used.

Materials and Methods : The sample consisted of 42 preschool children from child development centers (experimental group n=21, control group n=21). The experimental group participated in activities based on the 4D guideline for 4 months, while the control group received standard care. Research instruments included the 4D guideline, the Department of Health's Preschool Developmental Screening Program (DSPM), activity logbooks, behavioral observation forms, and satisfaction questionnaires.

Main Findings : After the intervention, the experimental group's average health development scores were significantly higher than the control group's in all dimensions ($p<.05$). The experimental group's scores also increased significantly from their pre-intervention scores. Regarding satisfaction, the multidisciplinary team reported the highest overall satisfaction (Mean=4.65, SD.=0.37). Parents and caregivers expressed high overall satisfaction (Mean=4.25, SD.=0.45 and Mean=4.10, SD.=0.36, respectively). All groups were most satisfied with the Diet and Development & Play dimensions. However, the lowest satisfaction ratings from teachers were for the Diet dimension, and from parents, for the Disease dimension.

Conclusion and Recommendations : The 4D guideline effectively promotes the health development of preschool children and received high acceptance from all stakeholders. These findings can serve as a practical guide for planning and implementing activities to enhance the quality of child care in child development centers.

Keywords : Early Childhood; 4D Guideline; Development; Health; Satisfaction

*Professional Nurse, Sri Thep Hospital, Phetchabun Province.

บทนำ

ช่วงปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปีเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางรากฐานการเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-สังคม สติปัญญา และภาษา การดูแลและส่งเสริมที่เหมาะสมในวัยนี้ส่งผลต่อพัฒนาการสมองและทักษะที่จำเป็นต่อการเรียนรู้และชีวิตในอนาคต ช่วง 5 ปีแรกจึงถูกเรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” (Critical window) ที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว[1-2] ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพและพัฒนาการในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญทั้งในรูปแบบภาวะผอม เตี้ย และอ้วน[3] นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์พัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยถึงร้อยละ 20.1 โดยเฉพาะด้านภาษา[4] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการเรียนรู้ของเด็กในระยะยาว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่ของวัน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ผ่านการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพด้านสุขภาพและสุขภาวะที่ดีให้แก่เด็กอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและมีสุขภาพที่แข็งแรงอย่างยั่งยืน[5-6]

ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ.2568 พบว่าเด็กปฐมวัยในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้าในอัตราที่น่าเป็นห่วง ได้แก่ เด็กอายุ 18 เดือน มีอัตราการพัฒนาการล่าช้า 22.14%, เด็กอายุ 30 เดือน มีอัตราการพัฒนาการล่าช้า 24.7%, และเด็กอายุ 60 เดือน มีอัตราการพัฒนาการล่าช้าอยู่ที่ 21.5%[7] เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงนำแนวทาง 4D ของกรมอนามัยมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย Diet (โภชนาการ), Development & Play (พัฒนาการและการเล่น), Dental (สุขภาพช่องปาก) และ Disease (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและป้องกันโรค) การประยุกต์ใช้แนวทาง 4D ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ คาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพเด็กอย่างรอบด้านและเป็นระบบ[3,5,8-9]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D: Diet, Development & Play, Dental, Disease) ต่อพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย และศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มควบคุมที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อเปรียบเทียบผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เด็กปฐมวัยในตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 227 คน ครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองและทีมสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบจากประชากรทั้งหมด ได้แก่กลุ่มทดลอง เด็กปฐมวัย 21 คน ซึ่งจะได้รับกิจกรรมตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) กลุ่มควบคุม เด็กปฐมวัย 21 คน ซึ่งจะได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของศูนย์เด็กเล็ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบแบบเฉพาะเจาะจง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม G*Power[10] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Two independent means) โดยกำหนดค่าความแตกต่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Effect size d = 0.8), ระดับนัยสำคัญ α = 0.05, และ Power = 0.8 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งหมด 42 คน (n)= 42 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง

21 คน และกลุ่มควบคุม 21คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

กลุ่มเด็กปฐมวัย: เป็นเด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่เข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่า 1 เดือน มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญและผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก: เป็นครูหรือบุคลากรที่ทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเทพ มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 6 เดือน และมีประสบการณ์ดูแลเด็กปฐมวัยไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการอบรมและปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)

กลุ่มผู้ปกครอง: เป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองหลักของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ และดูแลเด็กมาแล้วมากกว่า 6 เดือน มีอายุมากกว่า 20 ปี พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการติดตามพัฒนาการของเด็ก ยินยอมให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กตามแบบสอบถามและสามารถอ่านและเขียนได้เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้อง

เกณฑ์การคัดออกก

กลุ่มเด็กปฐมวัย: เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและกระตุ้นพัฒนาการตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข และเด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดหรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมนานเกิน 2 สัปดาห์

กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก: ครูผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมปฏิบัติตามแนวทางของโครงการและแจ้งความประสงค์ไม่เข้าร่วมการอบรม

กลุ่มผู้ปกครอง: ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่สามารถให้ข้อมูลตามที่กำหนดในโครงการได้ และผู้ปกครองที่ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอศรีเทพระหว่างการดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลัก 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาผลของแนวทาง 4D ต่อพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) เป็นเครื่องมือหลักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นโปรแกรมการทดลอง ประกอบด้วยกิจกรรม และการดำเนินงานใน 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet): มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่ครูและเด็ก เช่น การสอนเรื่องอาหาร 5 หมู่ผ่านกิจกรรมบูรณาการ, การจัดกิจกรรมชิมผลไม้ และการสาธิตเมนูอาหารสุขภาพง่าย ๆ

2) ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (Development and Play): เน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการอย่างรอบด้าน เช่น การเล่นตามมุม การเล่นบทบาทสมมติ ศิลปะ การเล่านิทานประกอบท่าทาง และการส่งเสริมการเล่นกลางแจ้ง

3) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental): มุ่งปลูกฝังสุขนิสัยที่ดีในการดูแลช่องปาก เช่น การสอนเทคนิคการแปรงฟันที่ถูกวิธี การจัดกิจกรรมฝึกแปรงฟันร่วมกัน และการเล่านิทานเกี่ยวกับฟัน

4) ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค (Disease): เน้นการสร้างความรู้และความตระหนักด้านสุขอนามัย เช่น การสอนวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน การจัดกิจกรรมทำความสะอาดห้องเรียน และการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทาง 4D เป็นแบบประเมินสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี เพื่อวัดผลการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านสุขภาพตามแนวทาง 4D ในแต่ละด้าน

2) แบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (สำหรับกลุ่มทดลอง) สำหรับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อบันทึกการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง 4D ในแต่ละวัน เพื่อยืนยันว่าปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน

3) แบบสังเกตพฤติกรรมเด็ก ใช้เพื่อสังเกตและ

บันทึกพฤติกรรมด้านสุขภาพของเด็ก เช่น พฤติกรรมการกิน การเล่น และสุขนิสัยส่วนตัว ก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินและแบบสอบถามความพึงพอใจได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินโดยใช้ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่ามีค่า IOC ตั้งแต่ 0.82 ถึง 0.85

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) หลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงภายในโดยใช้ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้:

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test): ประเมินพัฒนาการของเด็กในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนก่อนเริ่มโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง (Intervention) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มทดลองจะเริ่มดำเนินกิจกรรมส่งเสริมตามแนวทาง 4D เป็นระยะเวลาที่กำหนด โดยครูและบุคลากรจะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและคู่มือการดำเนินงาน ในขณะที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มควบคุมจะดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนตามปกติ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบหลังการทดลอง (Post-test) หลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง ประเมินพัฒนาการของเด็กในทั้งสองกลุ่มอีกครั้งโดยใช้แบบประเมินชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ, อายุ, ค่าเฉลี่ย และร้อยละของคะแนนพัฒนาการ เพื่อยืนยันความคล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Paired-samples t-test ใช้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง Independent-samples t-test ใช้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (เลขที่อนุมัติ 099/2568 วันที่ 24 กรกฎาคม 2568) การดำเนินการวิจัยคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิส่วนบุคคล เป็นสำคัญ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย **กลุ่มควบคุม (n = 21)** และ **กลุ่มทดลอง (n = 21)** พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน **เพศ** กลุ่มควบคุมมีผู้ชายร้อยละ 61.9 และผู้หญิงร้อยละ 38.1 ส่วนกลุ่มทดลองมีผู้ชายร้อยละ 57.1 และผู้หญิงร้อยละ 42.9 (Chi-square = 0.0908, p=.763) **อายุ** กลุ่มควบคุม 24–35 เดือน ร้อยละ 38.1, 36–47 เดือน ร้อยละ 28.6, 48–59 เดือน ร้อยละ 33.3 ขณะที่กลุ่มทดลอง 24–35 เดือน ร้อยละ 33.3, 36–47 เดือน ร้อยละ 42.9, 48–59 เดือน ร้อยละ 23.8 (Chi-square =1.00, p > .606) **ครู/เจ้าหน้าที่และผู้ปกครอง** ทั้งสองกลุ่มมีครบถ้วนเหมือนกัน **สรุป**ประชากรในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเพศและอายุ (p > .05) ซึ่งเหมาะสมต่อการนำไปเปรียบเทียบผลการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของประชากรระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=21)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม n(%)	กลุ่มทดลอง n(%)	Chi-square	p
เพศ			0.0908	.763
ชาย	13(61.90)	12(57.14)		
หญิง	8(38.10)	9(42.86)		
อายุ			1.00	.606
2 ปี (24-35 เดือน)	8(38.10)	7(33.33)		
3 ปี (36-47 เดือน)	6(28.60)	9(42.86)		
4 ปี (48-59 เดือน)	7(33.30)	5(23.81)		
ครู/เจ้าหน้าที่	2	2		
ผู้ปกครอง	21	21		

2. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า คะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p <.05) ดังนี้

ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตอยู่ที่ 9.00 (SD. =0.95) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 7.38 (SD.=1.99) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 คะแนน (95% CI; 0.70-2.54) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0007)

ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่นหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็กและการเล่นอยู่ที่ 9.14 (SD. =1.24) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 7.86 (SD. =1.24) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.29 คะแนน (95% CI; 0.69-1.89) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0001)

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอยู่ที่ 9.14 (SD.=1.01) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 7.71 (SD.= 1.27) โดยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 คะแนน (95% CI; 1.03-1.82) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0001)

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ที่ 8.76 (SD.=0.70) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 7.81 (SD.=1.08)ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 คะแนน (95% CI; 0.56-1.35) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean ±SD.	Mean diff.	95%CI	p
ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต					
กลุ่มทดลอง	21	9.00±0.95	2.01	0.70-2.54	.0007
กลุ่มควบคุม	21	7.38±1.99			
ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น					
กลุ่มทดลอง	21	9.14±1.24	1.29	0.69-1.89	.0001
กลุ่มควบคุม	21	7.86±1.24			
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน					
กลุ่มทดลอง	21	9.14±1.01	1.43	1.03-1.82	.0001
กลุ่มควบคุม	21	7.71±1.27			
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
กลุ่มทดลอง	21	8.76±0.70	0.95	0.56-1.35	.0001
กลุ่มควบคุม	21	7.81±1.08			

3. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มเด็กปฐมวัยมีคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95%CI: 0.26-1.64) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$)

ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95%CI: 0.35-1.56) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$).

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95%CI: 0.64-1.26) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$).

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.14 คะแนน (95%CI: 0.58-1.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean diff.	95%CI	p
ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต					
ก่อนทดลอง	21	8.05±1.83	0.95	0.26-1.64	.004
หลังทดลอง	21	9.00±0.95			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean±SD.	Mean diff.	95%CI	p
ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น					
ก่อนทดลอง	21	8.19 ± 2.46	0.95	0.35-1.56	.001
หลังทดลอง	21	9.14 ± 1.24			
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน					
ก่อนทดลอง	21	8.19 ± 1.44	0.95	0.64-1.26	.0001
หลังทดลอง	21	9.14 ± 1.01			
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
กลุ่มทดลอง	21	7.62 ± 1.47	1.14	0.58-1.70	.0001
กลุ่มควบคุม	21	8.76 ± 0.70			

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ

4.1 ความพึงพอใจของครูผู้ดูแลเด็กประจำศูนย์เด็กเล็ก

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กมีความพึงพอใจต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.10 (SD. = 0.36) ความพึงพอใจรายด้านดังนี้

ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต ครูมีความพึงพอใจในระดับ มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD. = 0.71) พิจารณารายข้อพบว่าครูมีความพึงพอใจต่อ “แนวทางการจัดอาหารมีความเหมาะสมและมีคุณภาพ” ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.50 (SD. = 0.71) ในขณะที่ “แนวทางนี้ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการกินที่ดีขึ้น”อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.50 (SD. = 0.71)

ด้านการส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น ครูมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (SD. = 0.36) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครูมีความพึงพอใจต่อทั้ง “กิจกรรมที่จัดขึ้นช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้จริง” และ “กิจกรรมมีความสนุกสนานและน่าสนใจสำหรับเด็ก” ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD. = 0.00) และ 4.50 (SD. = 0.71) ตามลำดับ

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ครูมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD. = 0.00) พบว่ามีความพึงพอใจต่อทั้ง “แนวทางนี้ช่วยให้เด็กมีสุขนิสัยในการดูแลช่องปากที่ดีขึ้น” และ “การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากมีความชัดเจนและปฏิบัติได้ง่าย” ในระดับมาก

ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค ครูมีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (SD. = 0.00) ซึ่งแสดงครูมีความมั่นใจในความสะอาดและปลอดภัยของสถานที่ และเห็นว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคมีความเพียงพอในระดับมากเช่นกัน

ความพึงพอใจโดยภาพรวม ครูมีความพึงพอใจต่อแนวทาง 4D ในระดับ มาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD. = 0.36) และเห็นด้วยที่จะให้มีการดำเนินงานตามแนวทางนี้อย่างต่อเนื่องในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.50 (SD. = 0.71)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของครูผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็กต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)

ประเด็น	Mean ± SD.	ระดับ
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต		
1) แนวทางการจัดอาหารมีความเหมาะสมและมีคุณภาพ	4.50 ± 0.71	มาก
2) แนวทางนี้ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการกินที่ดีขึ้น	3.50 ± 0.71	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	**4.00 ± 0.71**	**มาก**
2. ด้านการส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น		
1) กิจกรรมที่จัดขึ้นช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้จริง	4.00 ± 0.00	มาก
2) กิจกรรมมีความสนุกสนานและน่าสนใจสำหรับเด็ก	4.50 ± 0.71	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.25 ± 0.36**	**มาก**
3. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน		
1) แนวทางนี้ช่วยให้เด็กมีสุขนิสัยในการดูแลช่องปากที่ดีขึ้น	4.00 ± 0.00	มาก
2) การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากมีความชัดเจนและปฏิบัติได้ง่าย	4.00 ± 0.00	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.00 ± 0.00**	**มาก**
4. ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค		
1) มั่นใจในความสะอาดและปลอดภัยของสถานที่	4.00 ± 0.00	มาก
2) มาตรการป้องกันและควบคุมโรคมีความเพียงพอ	4.00 ± 0.00	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.00 ± 0.00**	**มาก**
5. ภาพรวม		
1) โดยภาพรวมพึงพอใจต่อแนวทาง 4D นี้	4.00 ± 0.00	มาก
2) เห็นด้วยที่จะให้มีการดำเนินงานตามแนวทางนี้อย่างต่อเนื่อง	4.50 ± 0.71	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.25 ± 0.36**	**มาก**
ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมด	**4.10 ± 0.36**	**มาก**

4.2 ความพึงพอใจของผู้ปกครอง

ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) พบว่าโดยภาพรวมผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย= 4.25, SD. = 0.45) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน พบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต โดยมีค่าเฉลี่ย 4.50 (SD. = 0.38) ซึ่งสูงกว่าด้านอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด (ดังตารางที่ 5)

สำหรับด้านอื่นๆ ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับมาก

โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้

ด้านการส่งเสริมด้านพัฒนาการและการเล่น มีค่าเฉลี่ย 4.30 (SD. = 0.41) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีค่าเฉลี่ย 4.15 (SD. = 0.50) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค มีค่าเฉลี่ย 4.05 (SD. = 0.48)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นต่อแนวทาง 4D ที่นำมาใช้ในการดูแลบุตรหลานของตน โดยเฉพาะด้านโภชนาการและพัฒนาการ ส่วนด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรคพบว่ามีคะแนนคะแนนต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงมาตรการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)

ประเด็น	Mean±SD.	ระดับ
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต	4.50±0.38	มากที่สุด
2. ด้านการส่งเสริมด้านพัฒนาการและการเล่น	4.30±0.41	มาก
3. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	4.15±0.50	มาก
4. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค	4.05±0.48	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.25±0.45**	**มาก**

หมายเหตุ : คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 = มากที่สุด, 3.51-4.50 = มาก, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 1.51-2.50 = น้อย, 1.00-1.50 = น้อยที่สุด

4.3 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) พบว่าโดยภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.65, SD. = 0.37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.75, SD.= 0.25) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็น “ความสอดคล้องของแนวทางกับหลักวิชาการทางการแพทย์” คะแนนเฉลี่ย 5.00 (SD. = 0.00) ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.75, SD. = 0.25) โดยประเด็น “ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ใช้ส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย” ได้รับคะแนนเต็ม 5.00 (SD. = 0.00)

ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean =4.50, SD.=0.50) ทั้งสองด้านแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในระดับที่ดีเยี่ยมต่อความชัดเจนของแนวทางและการดำเนินงานภาพรวม มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.67, SD. = 0.33) โดยเฉพาะในประเด็น “เห็นควรใช้แนวทาง 4D เป็นแนวทางมาตรฐาน” ซึ่งได้รับคะแนนเต็ม 5.00 (SD. = 0.00) บ่งชี้ว่าทีมสหวิชาชีพเห็นพ้องต้องกันที่จะนำแนวทางนี้ไปใช้ขยายผล

ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทาง 4D ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีจากทีมสหวิชาชีพในฐานะเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)

ด้านการประเมิน	Mean ± SD.	ระดับ
1. ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต		
1) ความชัดเจนของแนวทางด้านโภชนาการและการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต	4.50 ± 0.50	มาก
2) ความสอดคล้องของแนวทางกับหลักวิชาการทางการแพทย์	5.00 ± 0.00	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	**4.75 ± 0.25**	**มากที่สุด**
2. ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น		
1) ความชัดเจนของแนวทางในการส่งเสริมสุขนิสัยด้านทันตสุขภาพ	5.00 ± 0.00	มากที่สุด
2) ความสามารถในการลดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย	4.50 ± 0.50	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.75 ± 0.25**	**มากที่สุด**
3. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน		
1) ความชัดเจนของแนวทางในการส่งเสริมสุขนิสัยด้านทันตสุขภาพ	4.50 ± 0.50	มาก
2) ความสามารถในการลดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย	4.50 ± 0.50	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.50 ± 0.50	มาก
4. ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม		
1) ความเพียงพอของมาตรการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค	4.50 ± 0.50	มาก
2) ความร่วมมือของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการดำเนินงานตามแนวทาง	4.50 ± 0.50	มาก
ค่าเฉลี่ย	**4.50 ± 0.50**	**มาก**
5. ภาพรวม		
1) แนวทาง 4D ช่วยลดภาระการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข	4.50 ± 0.50	มาก
2) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวทาง 4D	4.50 ± 0.50	มาก
3) เห็นควรใช้แนวทาง 4D เป็นแนวทางมาตรฐาน	5.00 ± 0.00	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	**4.67 ± 0.33**	**มากที่สุด**
ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมด	**4.65 ± 0.37**	**มากที่สุด**

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) (Diet, Development & Play, Dental, Disease) ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย และศึกษาความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง และทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาที่สำคัญมีดังนี้

1. ประสิทธิผลของแนวทาง 4D

ผลในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง เด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองในทุกด้าน ($p < .05$)

แสดงให้เห็นว่าแนวทาง 4D มีผลเชิงบวกต่อเด็กโดยตรง

ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองมีคะแนนพัฒนาการด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .05$) โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดในด้าน โภชนาการและการเจริญเติบโต (ค่าเฉลี่ยแตกต่าง 2.01) และต่ำสุดในด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ยแตกต่าง 0.95)

2. ความพึงพอใจของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.65, SD. = 0.37) โดยในด้านโภชนาการและพัฒนาการ (Mean = 4.75) และเห็นพ้องต้องกันว่าควรใช้แนวทางนี้เป็นมาตรฐาน

ผู้ปกครองมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (Mean=4.25, SD.=0.45) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านโภชนาการ (Mean = 4.50) แต่พึงพอใจน้อยที่สุดในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Mean = 4.05) ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงในด้านนี้

ครูผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.10, SD. = 0.36) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านพัฒนาการ (Mean = 4.25) และน้อยที่สุดในด้านโภชนาการ (Mean = 4.00) โดยเฉพาะในประเด็นพฤติกรรมการกินของเด็กที่อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

สรุปผลการวิจัยยืนยันว่าแนวทาง 4D มีประสิทธิผลสูงในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย และได้รับการยอมรับในระดับสูงจากทั้งทีมสหวิชาชีพครู และผู้ปกครอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางนี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือหลักในการยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าแนวทาง 4D มีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับสมมติฐาน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง การที่แนวทางนี้ประสบความสำเร็จมาจากหลายปัจจัย แนวทางแบบองค์รวม แนวทาง 4D ไม่ได้มุ่งเน้นแค่การดูแลสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นการบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม แนวทาง 4D มีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับสมมติฐานและยังสอดคล้องกับงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวทาง 4D ไม่ได้มุ่งเน้นแค่การดูแลสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นการบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน (โภชนาการ พัฒนาการ สุขภาพช่องปาก และอนามัยสิ่งแวดล้อม) เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทัศนีย์ อ่วมศรี ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้ดีกว่า[11]

การเรียนรู้ผ่านการเล่นกิจกรรมในมิติ Development and Play มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาการของเด็ก สอดคล้องกับทฤษฎีของ Lev Vygotsky ที่เน้นว่าการเล่นและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นหัวใจของการเรียนรู้[12] การที่คะแนนด้านนี้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจึงบ่งบอกถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมการเล่นอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Vaughn et al.[13] ที่พบว่าการนำการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการเล่นมาใช้ในบริบทของสถานศึกษาปฐมวัยช่วยส่งเสริมทักษะทางสังคมและพฤติกรรมเชิงบวกของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างพฤติกรรมสุขภาพคะแนนในด้าน Dental และ Disease สูงขึ้น แสดงถึงการสร้างสุขนิสัยที่ดีผ่านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การแปรงฟันและการรักษาความสะอาด สามารถส่งผลต่อสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ Hossain et al.[14] ที่ระบุว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการล้างมือและการรักษาสุขอนามัยในโรงเรียนอนุบาลช่วยลดการเกิดโรคติดเชื้อในเด็กได้อย่างชัดเจน

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองทำให้การดูแลสุขภาพของเด็กมีความต่อเนื่องทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้าน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ O'Connor et al.[15] ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของโปรแกรมสำหรับเด็กปฐมวัย

ในด้านความพึงพอใจผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ วิภาดา เพ็ชรรัตน์ และคณะ[16] ซึ่งพบว่าครูที่ได้รับการอบรมและมีคู่มือในการจัดกิจกรรมที่เน้นการเล่นตามแนวทางที่กำหนด มีความพึงพอใจสูงและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พัฒนาการของเด็กดีขึ้นอย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ว่าครูมีความพึงพอใจต่ำสุดในด้าน โภชนาการและการเจริญเติบโต โดยเฉพาะเรื่องการปรับพฤติกรรมการกินของเด็ก ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิดารัตน์ พลอยทับทิม และคณะ[17] ที่ระบุว่าการปรับพฤติกรรมการกินของเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่ท้าทายและต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างครูและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

สำหรับผู้ปกครองพบว่ามีความพึงพอใจสูงสุดในด้านโภชนาการ บ่งชี้ว่าผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นในคุณภาพอาหารที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดให้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะดา สุขวัฒน์ และคณะ[18] อย่างไรก็ตามความพึงพอใจที่ค่อนข้างต่ำในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นข้อสังเกตที่สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขอนามัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ชี้ให้เห็นว่ามาตรฐานสุขอนามัยในสถานเลี้ยงเด็กเล็กหลายแห่งยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[19] โดยเฉพาะในด้านความสะอาดของสถานที่ ของเล่น และอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการจัดการขยะและการป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปกครองจึงเป็นสิ่งจำเป็นผ่านการปรับปรุงและสื่อสารมาตรการสุขอนามัยให้มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น.ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูงมากต่อแนวทาง 4D โดยเฉพาะความสอดคล้องกับหลักวิชาการและความสามารถในการลดภาระงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร อิ่มเจริญ และคณะ[20] โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าแนวทาง 4D เป็นแนวทางที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพซึ่งได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและยังชี้ให้เห็นถึงจุดที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคต

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้ยืนยันให้เห็นว่าการนำแนวทาง 4D สามารถมารถใช้เป็นแนวทางหลักในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถยกระดับคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและส่งผลดีต่อพัฒนาการด้านสุขภาพของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดีต่อครูและผู้ดูแลเด็ก ช่วยให้ครูทำงานได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะมีการบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้านไว้ด้วยกันอย่างชัดเจน ช่วยลดความสับสนและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพเด็กตามมาตรฐานวิชาการ แนวทางนี้ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองได้รับความรู้และแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ ทำให้การดูแลสุขภาพเด็กสอดคล้องกันทั้งที่ศูนย์และที่บ้าน ส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็ก

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด เช่นระยะเวลาในการทดลองที่อาจไม่เพียงพอต่อการเห็นผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมาจากบ้านของเด็กได้อย่างไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อยืนยันประสิทธิผลในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ขยายผลสู่พื้นที่อื่น เนื่องจากแนวทาง 4D ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในอำเภอศรีเทพ จึงควรพิจารณาขยายผลโครงการนี้ไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ ในอำเภอศรีเทพ และจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่คล้ายคลึงกันในวงกว้าง

ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่าง ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข ให้มากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อน เช่น การปรับพฤติกรรมการกินของเด็กในความดูแลของครู และการสร้างความมั่นใจในมาตรฐานสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ปกครอง

ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้และคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแนวทาง 4D ให้มีความหลากหลายและเข้าถึงได้ง่ายยิ่งขึ้น

เช่น จัดทำวิดีโอ คลิปสั้น หรือแอปพลิเคชัน เพื่อช่วยให้ครูและผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรเพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง 4D ให้ยาวนานขึ้นอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของแนวทางที่มีต่อพัฒนาการ และพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ทำให้สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

การศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมการวิจัยเชิงคุณภาพ: ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับครู ผู้ปกครอง และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค และข้อจำกัดในการนำแนวทาง 4D ไปปฏิบัติในแต่ละบริบท ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าสำหรับการปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Shonkoff J P, Phillips D A, editors. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
2. Center on the Developing Child. Brain architecture. Cambridge, MA: Harvard University; 2008.
3. กรมอนามัย. รายงานข้อมูลสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
5. วงษ์ชัย จิราภรณ์, วงษ์จันทร์ ประนอม, สุริโย สุภาวดี. ผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและภาวะฟันผุของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน. 2562;5(1):79-90.
6. ชูเชิด พนิดา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564;9(2):89-100.
7. Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย อำเภอศรีเทพ ปี 2568. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; 2568.
8. กรมอนามัย. แนวทางส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยนวัตกรรม 4D. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
9. สถาพร โปธาคำ, อารีย์ เจริญสุข และคณะ. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. 2561;15(2):12-25.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang A G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
11. ทัศนีย์ อ่วมศรี. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2562.
12. Vygotsky L S. Play and Its Role in the Mental Development of the Child. International Research in Early Childhood Education. 2016;6(2):3-25.
13. Vaughn M G, DeLisi M, Beaver K M. A systematic review of the effects of play-based learning interventions on children's academic and social-emotional outcomes. Journal of Experimental Child Psychology. 2020;190:104724.
14. Hossain M T, Sultana A, Haque S E. School-based hand washing promotion program for primary school children in Bangladesh: A clustered randomized controlled trial. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(11):2419.

15. O' Connor E, Hynes D, O'Malley M. Community participation in the development and implementation of a health promotion program for children. Health Promotion International. 2019;34(4):761-70.
16. วิภาดา เพ็ชรรัตน์, ชุลีพร พรหมสาขา ณ สกลนคร, วราภรณ์ ไชยแสง. ผลของโปรแกรมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2563;27(1):15-28.
17. ธิดารัตน์ พลอยทับทิม, จารุณี สุกสี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของเด็กปฐมวัย. วารสารโภชนาการ. 2562;12(1):45-56.
18. ปิยะดา สุขวัฒน์, รุ่งรัตน์ รุ่งรัตนธนกุล, สุชาดา ชัยวัฒนกุล. ความเชื่อมั่นของผู้ปกครองต่อคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็ก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561;15(2):112-25.
19. ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจสุขอนามัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
20. จิราพร อิ่มเจริญ, นันทพร ปิยะมาท, รัตนา กิจภิญโญชัย. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในพื้นที่ชนบท. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน. 2564;7(2):89-100.

การพัฒนาระบบบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Medical Technical Service Systems in Diabetes and Hypertension Clinics through Application of Lean at Chaturaphak Phiman Hospital, Roi Et Province

ธีรารัตน์ จิตประเสริฐวงศ์*
Theerarat Jitprasertwong
Corresponding author: E-mail: Theeraratjitprasertwong@gmail.com
(Received: September 5, 2025; Revised: September 12, 2025; Accepted: October 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินระบบบริการผู้ป่วยหลังใช้ระบบ Lean เพื่อลดเวลารอคอยในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือคนไข้ที่มารับบริการจำนวน 200 คน ระยะเวลาแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ก่อนการประยุกต์ใช้ระบบ Lean รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 – 31 พฤษภาคม 2567 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2567 โดยกระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ เก็บข้อมูลระยะเวลาบริการและความพึงพอใจผู้รับบริการ 2) ระยะพัฒนารูปแบบใช้เครื่องมือลีนกำจัดความสูญเปล่าและออกแบบระบบใหม่ 3) ระยะทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกเวลา แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตร Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidences interval

ผลการวิจัย : (1) สภาพปัจจุบันปัญหาพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้ความต้องการรับบริการด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและภาระงานของห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น เกิดปัญหาความล่าช้าในการให้บริการ ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยผลตรวจนานกว่ามาตรฐานที่กำหนด นำไปสู่สภาวะความแออัดในพื้นที่บริการ และสร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (2) ระบบบริการตรวจทางเทคนิคการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจำแนกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก คือ จุดรับบัตร จุดเจาะเลือด จุดปั่นเลือดเตรียมปัสสาวะ จุดตรวจวิเคราะห์ และจุดรายงานผล โดยแยกเป็นขั้นตอนย่อย 23 ขั้นตอนตามมาตรฐาน และหลังจากนำระบบบริการฯ ไปดำเนินการแล้วพบว่า 1) ลดขั้นตอนย่อยจาก 23 ขั้นตอน เหลือ 20 ขั้นตอนย่อย 2) ลดระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยจาก 126.31 นาที เป็น 76.10 นาที ($p < .001$) และ 3) และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 29.15

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ระบบ Lean ทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นดังนั้นจึงควรนำระบบบริการดังกล่าวนำไปใช้เพื่อลดปัญหาความแออัด และระยะเวลารอคอย ในโรงพยาบาลได้ทุกระดับ

คำสำคัญ : ระบบสุขภาพแบบลีน; การลดระยะเวลารอคอย; ความพึงพอใจผู้รับบริการ; การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง; การพัฒนาคุณภาพบริการ; การบริหารจัดการระบบสุขภาพ

*นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To investigate current service delivery challenges in the medical laboratory services for diabetes and hypertension clinic patients, develop an improved patient service system through Lean methodology implementation, and evaluate post-implementation service performance to reduce patient waiting times at Chaturapak Hospital.

Study Design : Research and Development (R&D) methodology.

Materials and Methods : The study included 200 patients receiving clinical services, selected through random sampling calculated using the Taro Yamane formula. The study was conducted in two phases: Phase 1 (pre-Lean implementation) from May 1-31, 2024, and Phase 2 (post-Lean implementation) from July 1-31, 2024. The development process comprised three stages: 1) Preparation phase - data collection on service delivery times and patient satisfaction; 2) Development phase - application of Lean tools to eliminate waste and redesign service systems; and 3) Implementation and evaluation phase - pilot testing and outcome assessment. Data collection utilized time recording forms and patient satisfaction questionnaires. Statistical analysis employed descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and paired t-tests with 95% confidence intervals.

Main findings: (1) Current situation analysis revealed a continuous annual increase in diabetes and hypertension patient volumes, resulting in elevated demand for laboratory diagnostic services and increased laboratory workload. This led to service delays, extended patient waiting times beyond established standards, overcrowding in service areas, and decreased patient satisfaction. Additionally, these factors potentially impacted quality of care and continuity of chronic disease management. (2) The developed medical laboratory service system was structured into 5 main processes: registration point, blood collection point, blood centrifugation and urine preparation point, analysis point, and results reporting point, comprising 23 sub-processes according to established standards. Post-implementation results demonstrated: 1) reduction of sub-processes from 23 to 20 steps; 2) significant decrease in mean service time from 126.31 minutes to 76.10 minutes (p-value <0.001); and 3) substantial improvement in patient satisfaction scores, with a 29.15% increase reaching high satisfaction levels.

Conclusions and Recommendations : The analysis demonstrates that Lean system implementation significantly reduced waiting times, resulting in enhanced patient satisfaction. Therefore, this service system should be adopted to address overcrowding and prolonged waiting times across all hospital levels. The findings support the scalability of Lean healthcare methodologies in improving operational efficiency and patient experience in clinical settings.

Keywords : Lean healthcare; Waiting time reduction; Patient satisfaction; Diabetes clinic, hypertension management; Quality improvement; Healthcare operations

---

*Professional Medical Technologist, Chaturapakpiman hospital.

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของ สาเหตุการณ์เสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมาก ที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้าน คน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิต จากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อย่างรุนแรงโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง[1]

สถานการณ์โรคเบาหวาน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบ อุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้าน คน ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน)

ปัจจุบันโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน มีคนไข้เบาหวาน 5,415 ราย และคนไข้ความดัน 7,345 ราย จะต้องได้รับการตรวจเลือดประจำปี ปีละ 1 ครั้ง เฉลี่ยต่อวัน 80 ราย และยังพบว่ามีจำนวนคนไข้เบาหวาน ความดันเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้การรับบริการการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้า ส่งผลให้ความแออัดของผู้มารับบริการจากโรงพยาบาลรัฐเป็นปัญหาเรื้อรัง ที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ทั้งนี้การแก้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลไม่มีรูปแบบสำเร็จ ในการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ให้เหมือนกันทุกแห่ง เนื่องจากสถานการณ์แต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน แต่แนวทางการแก้ปัญหาอาจมีหลักการหรือขั้นตอนที่สำคัญเหมือนกัน

แนวคิดแบบลีน เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพให้มีความชัดเจน ลดความสูญเปล่าในการบริการ และจัดบริการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า พอเพียง และมีทิศทางที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลรักษาด้านสุขภาพ 4 หลักการของระบบลีนมี 5 ประการ 1) ระบุคุณค่า (Value) 2) สร้างกระแสคุณค่า (Value stream) ในทุกๆ ขั้นตอนการบริการ 3) ทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่มี คุณค่าสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการติดขัด 4) ระบบดึง (Pull) โดยให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเท่านั้น 5) สร้างคุณค่าและกำจัด ความสูญเปล่า (Perfection) โดยค้นหาส่วนเกินซึ่งเป็นความสูญเปล่าทั้ง 8 ชนิดและกำจัดออกไปอย่างต่อเนื่อง[2]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินระบบบริการผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนดำเนินการ 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบโดยวัดก่อน และหลังดำเนินการเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้คนไข้คลินิกเบาหวานความดันสอง ช่วงเวลา คือ ช่วงก่อนการประยุกต์ใช้ระบบ Lean รอบที่ 1 ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 และรอบที่ 2 ระหว่างกรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันที่มาตรวจเลือดประจำปีในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานจากข้อมูลย้อนหลัง 3 เดือน พบว่า โดยเฉลี่ยจำนวนประชากรที่มาตรวจเลือดประจำปีประมาณ 800 คนต่อเดือน จากการสุ่มจำนวนผู้ป่วยโดยคำนวณได้จากสูตร Taro Yamane ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการให้บริการประกอบไปด้วย 1) แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value stream map) คือการไหล (Flow) ของสิ่งของ (Material) และข้อมูลข่าวสาร (Information) ผ่านกระบวนการใดกระบวนการหนึ่ง เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงานในบริการสุขภาพอาจเรียกสายธารแห่งคุณค่าว่า Patient pathway ซึ่งแสดงถึงขั้นตอนและเวลาที่ใช้การรับบริการ และ 2) แนวคิดแบบลีน ได้แก่ วิเคราะห์ความสูญเปล่า 8 ประเภท (DOWTIME) เครื่องมือการลดความสูญเปล่าแบบ ECRS (Eliminate, Combine, Rearrange, Simplify)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานความดัน 2) นาฬิกาสำหรับจับเวลาที่เทียบกับเวลามาตรฐานของสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย กรมประชาสัมพันธ์ 3) ระบบบันทึกข้อมูลสารสนเทศของห้องปฏิบัติการระบบ Laboratory Information System และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการประกอบด้วย ขั้นตอนการบริการ ระยะเวลารอคอยเจาะเลือด, ระยะเวลารอคอยรอผลเลือด และการให้คำแนะนำกับคนไข้ ซึ่งโดยแบบสอบถามนี้สอบถามใช้สอบถามผู้มารับบริการหลังการนำระบบลีนมาใช้โดยมีให้เลือก 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุดให้ 5 คะแนน
มากให้ 4 คะแนน
ปานกลางให้ 3 คะแนน
ควรปรับปรุงให้ 2 คะแนน
ควรปรับปรุงอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

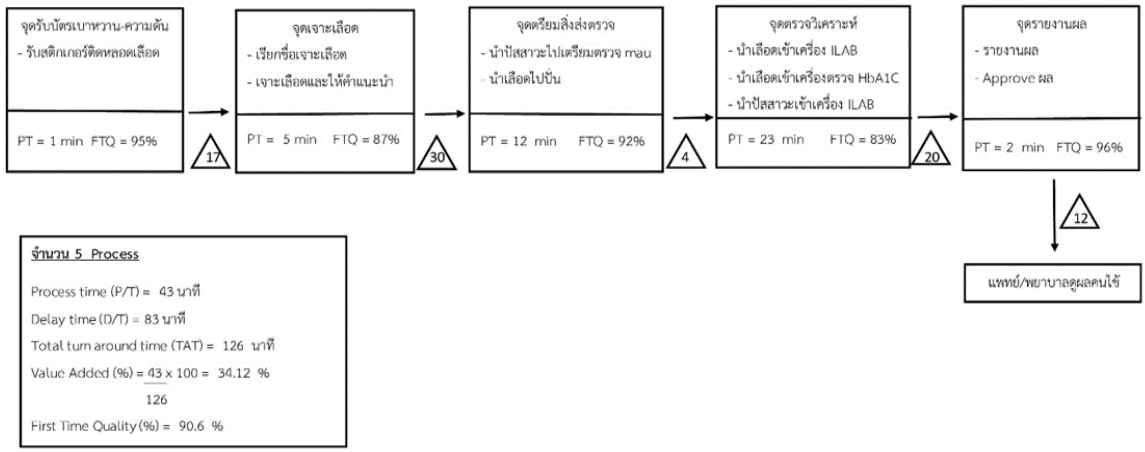
1. การศึกษาสภาพปัญหาระบบบริการผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานความดันโลหิต (พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานความดัน ทั้ง 5 กระบวนการหลัก และ 23 กระบวนการย่อยก่อนการพัฒนา

2) เขียนกระบวนการไหลตามกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงทางด้านเวลา เริ่มตั้งแต่รับบัตรคนไข้ รับสติกเกอร์ เจาะเลือด ตรวจวิเคราะห์ และรายงานผล

3) ระยะก่อนดำเนินโครงการและหาแนวทางการแก้ไขโดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์เวลาเฉลี่ยในการรับบริการในแต่ละจุดนำทฤษฎีระบบลีน LEAN (NVA) จะได้กิจกรรมที่ไม่สร้างมูลค่าและนำกิจกรรมนั้นมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุปัญหาที่ก่อให้เกิดความสูญเปล่า โดยยึดหลัก 5W 1H และใช้หลักการ ECRS มาช่วยตัดสินใจในการปรับปรุงกระบวนการใหม่เพื่อลดการรอคอยหรือลดความสูญเปล่าลงไปให้ได้

4) วิเคราะห์ปัญหาตามแผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value stream map) ก่อนการพัฒนา สังเกต ติดตาม ทบทวนระบบการทำงาน พบว่าในกระบวนการให้บริการการตรวจเทคนิคการแพทย์ของคนไข้คลินิกเบาหวานความดัน ที่มีขั้นตอนทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนหลัก 23 ขั้นตอนย่อย ใช้เวลารวมเฉลี่ยทั้งสิ้น 126 นาที เริ่มตั้งแต่จุดรับบัตรใช้เวลาประมาณ 18 นาที ใช้เวลาในจุดการเจาะเลือดเฉลี่ย 35 นาที จุดปั่นเลือดเตรียมปัสสาวะใช้เวลาเฉลี่ย 16 นาที จุดตรวจวิเคราะห์ใช้เวลาเฉลี่ย 43 นาที และจุดรายงานผลใช้เวลาเฉลี่ย 14 นาทีเมื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคพบว่า ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนใช้เวลารวมเฉลี่ย 43 นาที และเป็นเวลารอคอยเฉลี่ยนานถึง 83 นาที คิดเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่า (Value added) และคุณภาพในการให้บริการ (First Time Quality-FTQ) เพียงร้อยละ 34.12 และ 90.6 ตามลำดับดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แสดงแผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Map) ก่อนพัฒนา

5) วิเคราะห์ข้อมูล/วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุความสูญเปล่า (Waste) จากการรับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันผ่าน DOWNTIME

6) วิเคราะห์สาเหตุความสูญเปล่า (Waste) จากการรับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานความดัน ผ่าน DOWNTIME ระยะก่อนการพัฒนาและแนวทางการแก้ไขได้โดยตามทฤษฎีระบบลีน LEAN ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสูญเปล่าและแนวทางการแก้ไขจากการรับบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต ผ่าน DOWNTIME ระยะก่อนการพัฒนา

หัวข้อ	ความสูญเปล่า	สาเหตุรากเหง้าของปัญหา	แนวทางแก้ไข
Defect rework	1. น้ำยาเครื่องตรวจเคมีคลินิกหมดต้องรอเปลี่ยนน้ำยา 2. น้ำยาเครื่องตรวจ HbA1C หมดต้องรอเปลี่ยนน้ำยา 3. เสียเวลาในการตรวจซ้ำเนื่องจากปริมาณสิ่งส่งตรวจน้อย	1. ไม่มีการเตรียมน้ำยาให้พร้อมใช้ก่อนตรวจสำหรับปริมาณการตรวจที่มากในช่วงวันคลินิก เบาหวาน ความดัน การเติมน้ำยาเครื่องตรวจเคมีคลินิกใช้เวลาประมาณ 6-8 นาที ส่วนการเปลี่ยนน้ำยาเครื่องตรวจ HbA1C ใช้เวลาประมาณ 2- 40 นาที ขึ้นอยู่กับน้ำยาที่หมด 2. ไม่มีการตรวจสอบปริมาณสิ่งส่งตรวจก่อนเข้าเครื่องตรวจ ทำให้ไม่สามารถตรวจได้ ต้องเสียเวลาเครื่องในการตรวจใหม่ โดยเฉพาะ	1. กำหนดแนวทางปฏิบัติ มอบหมายให้เวรดึก ทำIQC เตรียมน้ำยาเครื่องที่จะตรวจเบาหวาน ความดันให้พร้อมใช้ 2. กำหนดแนวทางปฏิบัติ ก่อนนำเข้าเครื่องตรวจต้องตรวจสอบปริมาณสิ่งส่งตรวจก่อนทุกครั้ง ถ้าน้อยสำหรับเครื่องเคมีคลินิกต้องดูดแบ่งใส่ Cup ถ้าเครื่อง HbA1C ต้องทำ Hemolysate ก่อนเข้าเครื่อง Premier Hb9210 หรือตรวจเครื่องเล็ก (Biohermes)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	ความสูญเปล่า	สาเหตุรากเหง้าของปัญหา	แนวทางแก้ไข
		เครื่อง HbA1C จะไม่เตือนว่าเลือดน้อยจนกว่าจะตรวจเสร็จแล้ว	
		เครื่องไม่รายงานผล -	-
Over production Waiting	1. คนไข้รอเจาะเลือดนานเกิดความไม่พึงพอใจเพราะอดอาหารมาก่อนเจาะหลังเที่ยงคืน 2. คนไข้รอเจาะเลือด ทั้งที่ถึงคิวเรียกแต่คนไข้ไม่เดินมาเจาะเกิดความล่าช้าต้องเรียกหลายครั้ง 3. หลอดเลือดที่เจาะแล้วบางครั้งต้องรอคิวปั่นเลือดเพราะเครื่องปั่นมี 2 เครื่องรวมช่องปั่น 20 ช่อง	1. เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เจาะ 2 คน รวมเจาะ DTX และเจาะแขนตรวจสุขภาพประจำปีรวมกัน ทำให้คนไข้ต้องรอเจาะนาน 2. คนไข้คลินิกเบาหวาน ความดันส่วนใหญ่สูงอายุ ไม่ค่อยได้ยินเสียงเรียกชื่อ และเจ้าหน้าที่ที่เจาะเรียกชื่อเอง เสียงไม่ชัดเจน ทำให้คนไข้ไม่ได้ยิน ต้องเรียกชื่อหลายครั้ง 3. เนื่องจากเครื่อง Centrifuge มี 2 เครื่อง เป็นเครื่องเล็ก ทำให้บางครั้งต้องรอคิวปั่นเลือดไม่ได้ปั่นทันทีทำให้ล่าช้า	1. รับนักเทคนิคการแพทย์เพิ่ม 1 อัตราเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอยิ่งเวลามีเจ้าหน้าที่ลาจะทำให้ผลการตรวจล่าช้าการรับเพิ่มเพื่อจะเพิ่มจุดเจาะเลือดเป็น 3 จุดคือจุดเจาะ DTX 1 จุด และ 2 จุด เป็นจุดเจาะแขน เพื่อลดการแออัดและเจาะคนไข้ได้เร็วขึ้น 2. จัดหาโปรแกรมเรียกชื่อคนไข้อัตโนมัติ เพื่อเสียงจะได้ชัดเจนเรียกซ้ำได้บ่อย ๆ โดยไม่เสียเวลาการเจาะเลือดของเจ้าหน้าที่ 3. จัดหาเครื่อง Centrifuge ขนาด 32 หัวเพื่อทำให้ไม่ต้องรอปั่นเลือด
Not Using Staff Talent	นักเทคนิคการแพทย์ออกผลคลินิกเบาหวานล่าช้าเพราะต้องสลับกับออกผลคนไข้ OPD พร้อมเรียกมารับผลทำให้ทำให้ไม่ได้ออกผล	นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเคมีคลินิก จะรับผิดชอบทั้งออกผลคนไข้เบาหวาน ความดันคนไข้ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกพร้อมเรียกชื่อรับผลทีละคนทำให้เสียเวลา	กำหนดแนวทางปฏิบัติ ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ความดันให้จุดโลหิตวิทยาและจุดรับบัตรช่วยออกผลคนไข้ OPD และให้ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการช่วยเรียกคนไข้มารับผลตรวจเลือด เพื่อให้นักเทคนิคการแพทย์ได้รายงานผลเร็วขึ้น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	ความสูญเปล่า	สาเหตุรากเหง้าของปัญหา	แนวทางแก้ไข
Transportation	ระยะทางจากเครื่องปั่นกับเครื่องตรวจอยู่ห่างกัน ทำให้ใช้เวลาในการตรวจมากขึ้น	เนื่องจากจัดวางเครื่องปั่นวางรวมที่เดียวกันทั้งหมด เพื่อความดูเป็นระเบียบ เลยทำให้ระยะทางจากจุดเจาะมาที่เครื่องปั่นอยู่ห่างกันเกินไป	เปลี่ยนตำแหน่งวาง Centrifuge ใหม่ให้ใกล้เครื่องตรวจเคมีคลินิกมากขึ้น เพื่อลดระยะทาง ใช้เวลาน้อยลง
Inventory	-	-	-
Motion	นักเทคนิคการแพทย์ออกผลล่าช้าเพราะต้องเดินไปนำเลือดที่เจาะจากจุดเจาะเข้ามาปั่น ทำให้ไม่ได้ออกผลทันที	การนำเลือดจากจุดเจาะมาปั่นไม่ได้มีการกำหนดหน้าที่อย่างชัดเจนช่วยกันทุกคน แต่จุดเคมีคลินิกเป็นจุดหลักเพราะเป็นจุดตรวจ ทำให้ต้องทำหลายหน้าที่	กำหนดแนวทางปฏิบัติ ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ความดัน ให้ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ และนักเทคนิคการแพทย์คนอื่นช่วยนำเลือดจากจุดเจาะมาปั่น เพื่อให้ออกผลได้เร็วมากขึ้น
Excess Processing	-	-	-

การวิเคราะห์สภาพปัญหาในคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิต แสดงให้เห็นถึงประเด็นความสูญเปล่าที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริการ และประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

จากการศึกษาพบว่ากระบวนการให้บริการตรวจทางเทคนิคการแพทย์มีขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอนและย่อยถึง 23 ขั้นตอน ใช้เวลารวมเฉลี่ยทั้งสิ้น 126 นาที อย่างไรก็ตามเวลาที่ใช้ในการให้บริการจริงมีเพียง 43 นาทีเท่านั้น ในขณะที่เวลารอคอยของผู้ป่วยกลับสูงถึงเฉลี่ย 83 นาที ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมที่ไม่สร้างมูลค่า (Non-Value Added - NVA) จำนวนมาก โดยกิจกรรมที่สร้างคุณค่า (Value Added) และคุณภาพการบริการ (First Time Quality-FTQ) อยู่ที่เพียงร้อยละ 34.12 และ 90.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดผ่านกรอบการวิเคราะห์ความสูญเปล่าแบบ DOWNTIME พบปัญหาหลักดังนี้

1) ข้อบกพร่อง/การทำงานซ้ำ (Defects/Rework): ปัญหาสำคัญคือการที่น้ำยาเครื่องตรวจเคมีคลินิกและ HbA1C หมดระหว่างการตรวจทำให้ต้องรอการเปลี่ยนน้ำยา ซึ่งใช้เวลานานตั้งแต่ 2-40 นาที นอกจากนี้การที่ไม่มีการตรวจสอบปริมาณสิ่งส่งตรวจก่อนนำเข้าเครื่องยังส่งผลให้เครื่องไม่สามารถตรวจได้และต้องเสียเวลาในการตรวจซ้ำ โดยเฉพาะเครื่อง HbA1C ที่ไม่แจ้งเตือนจนกว่าจะตรวจเสร็จแล้วไม่รายงานผล สาเหตุหลักมาจาก

ไม่มีการเตรียมน้ำยาให้พร้อมใช้ก่อนการตรวจสำหรับปริมาณผู้ป่วยจำนวนมากและไม่มีการตรวจสอบปริมาณสิ่งส่งตรวจล่วงหน้า

2) การรอคอย (Waiting) ผู้ป่วยต้องรอเจาะเลือดนาน เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เจาะเลือดเพียง 2 คน และต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง เช่น เจาะ DTX และเจาะเลือดตรวจสุขภาพประจำปีร่วมด้วย ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อดอาหารมา นอกจากนี้ปัญหาการเรียกชื่อผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ยินทำให้ต้องเรียกซ้ำหลายครั้ง ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้า และการมีเครื่องปั่นเลือดเพียง 2 เครื่อง (รวม 20 ช่องปั่น) ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหรือหลอดเลือดที่เจาะแล้วต้องรอคิวปั่นเลือด

3) การใช้ศักยภาพพนักงานไม่เต็มที่ (Not Using Staff Talent) นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเคมีคลินิกต้องรับผิดชอบหลายหน้าที่พร้อมกันทั้งการออกผลผู้ป่วยเบาหวานความดัน ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมถึงการเรียกชื่อผู้ป่วยมารับผลทีละคน ซึ่งทำให้การออกผลการตรวจผู้ป่วยคลินิกเบาหวานมีความล่าช้า และนักเทคนิคการแพทย์ไม่สามารถทุ่มเทกับการรายงานผลได้อย่างเต็มที่

4) การขนส่ง (Transportation) ระยะทางระหว่างเครื่องปั่นเลือดกับเครื่องตรวจเคมีคลินิกที่อยู่ห่างกัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการเคลื่อนย้ายตัวอย่างเพิ่มขึ้น สาเหตุมาจากการจัดวางเครื่องปั่นทั้งหมดไว้รวมกันเพื่อความเป็นระเบียบ

5) การเคลื่อนไหว (Motion) การนำเลือดจากจุดเจาะมาปั่นยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนทำให้นักเทคนิค การแพทย์ที่จุดเคมีคลินิกซึ่งเป็นจุดหลักต้องทำหลายหน้าที่ รวมถึงการเดินไปนำเลือดมาปั่นด้วยตนเอง ส่งผลให้การออกผลล่าช้าเนื่องจากเสียเวลาไปกับการเคลื่อนไหวเหล่านี้

โดยสรุปสภาพปัญหาหลัก คือ ประสิทธิภาพการให้บริการที่ไม่เหมาะสม อันเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมกับปริมาณงาน, การจัดการกระบวนการและผังการทำงานที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมและการขาดระบบสนับสนุนที่ช่วยลดความผิดพลาดและการรอคอยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความสูญเปล่าในรูปแบบต่างๆ อย่างชัดเจน และเป็นอุปสรรคต่อการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพและรวดเร็วแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต

2. ระยะพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (เดือนกรกฎาคม 2567) เรียกว่า เป็นความสูญเปล่าที่จะต้องกำจัดออกไป[3] และการระบุคุณค่า และการลดความสูญเป็นหลักสำคัญของระบบลีน โดยมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณค่าให้กับลูกค้าและกำจัดทรัพยากรที่ไม่สร้างมูลค่าในกระบวนการผลิตหรือบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ 1) การวิเคราะห์และระบุคุณค่า (Value Analysis) การวิเคราะห์คุณค่า เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อระบุสิ่งที่ลูกค้าเห็นว่าเป็น “คุณค่า” ในผลิตภัณฑ์หรือบริการ 2) ประเภทของความสูญเปล่า (7 Wastes) และผลกระทบ ประกอบด้วย การผลิตเกินความต้องการ (Overproduction) การรอคอย (Waiting) การขนส่งที่ไม่จำเป็น (Transportation) กระบวนการที่เกินจำเป็น (Overprocessing) สินค้าคงคลังที่เกินความต้องการ (Excess Inventory) การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (Motion) และของเสียและงานซ่อม (Defects)

3) เครื่องมือในการลดความสูญเปล่า

(1) 5S เป็นการจัดระบบให้เป็นระเบียบและปรับปรุงสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย Sort (แยก) แยกสิ่งที่ไม่จำเป็นออก Set in Order (จัดระเบียบ) จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ Shine (ทำความสะอาด) ทำความสะอาดพื้นที่ทำงาน Standardize (สร้างมาตรฐาน): วางกฎและขั้นตอนที่ชัดเจน และ Sustain (รักษา) ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

(2) Kaizen (การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง) เป็นการปรับปรุงเล็กๆ อย่างต่อเนื่องในทุกส่วนของกระบวนการ (3) Value Stream Mapping (VSM) เป็นเครื่องมือวิเคราะห์และระบุขั้นตอนที่สร้างและไม่สร้างมูลค่าในกระบวนการ ซึ่งกระบวนการสร้าง VSM ประกอบด้วย เลือกกระบวนการหรือผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ

วิเคราะห์ การรวบรวมข้อมูล วาดแผนผังปัจจุบัน (Current State Map) เพื่อระบุญหา วางแผนและออกแบบแผนผังในอนาคต (Future State Map) เพื่อกำจัดความสูญเปล่า และดำเนินการปรับปรุงตามแผนที่กำหนด

3. ทดลองใช้และระบบบริการผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานประเมินระบบรูปแบบจากการหาแนวทางแก้ไข และการประเมินผลการรับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานความดัน แล้วการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานความดัน ทั้ง 5 กระบวนการหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) อธิบายข้อมูลระดับความพึงพอใจและระยะเวลาการให้บริการ นำเสนอด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาณ (Inferential statistic) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่า 95%CI และค่า p และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) อธิบายรูปแบบการบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวานความดันโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน

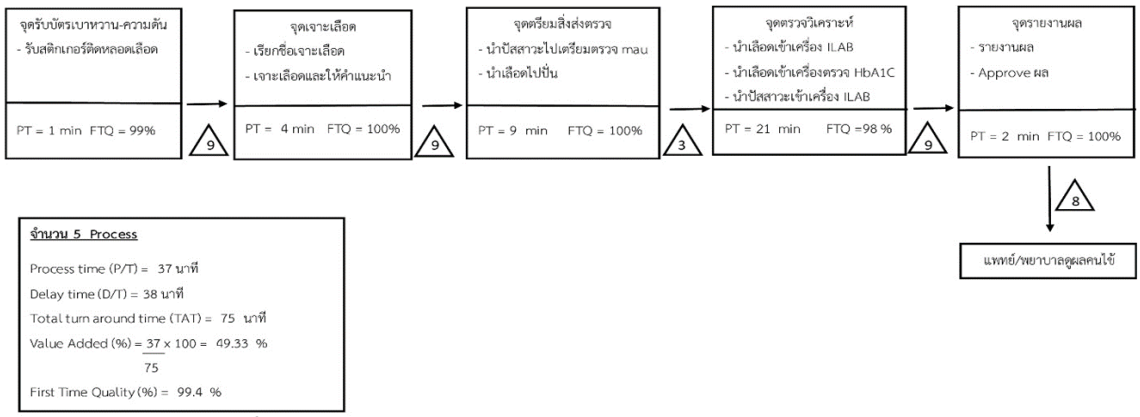
การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขใบรับรอง COE 1882566

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัญหาตามแผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value stream map) หลังพัฒนา หลังการพัฒนา สังเกต ติดตาม นำระบบลีนมาใช้พัฒนา พบว่า ในกระบวนการให้บริการการตรวจเทคนิคการแพทย์ของคนไข้คลินิกเบาหวาน ความดัน ที่มีขั้นตอนทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนหลัก 23 ขั้นตอนย่อย ใช้เวลารวมเฉลี่ยทั้งสิ้น 75 นาที เริ่มตั้งแต่จุดรับบัตรใช้เวลาประมาณ 10 นาที ใช้เวลาในจุดการเจาะเลือดเฉลี่ย 13 นาที จุดปั่นเลือดเตรียมปัสสาวะใช้เวลาเฉลี่ย 12 นาที จุดตรวจวิเคราะห์ใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที และจุดรายงานผลใช้เวลาเฉลี่ย 10 นาที

เมื่อวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคพบว่า ระยะเวลาการให้บริการแต่ละ ขั้นตอนใช้เวลารวมเฉลี่ย 37 นาที และเป็นเวลารอคอยเฉลี่ย 38 นาที คิดเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่า (Value added) และคุณภาพในการให้บริการ (First Time Quality-FTQ) เพียงร้อยละ 49.33 และ 99.4 ตามลำดับ (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (Value Stream Map) หลังพัฒนา

2. สรุปเวลาก่อนและหลังการพัฒนาระบบการบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตผ่าน DOWNTIME โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน Lean พบว่า จากแหล่งข้อมูลที่ให้มา สามารถสรุปผลการเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยของกระบวนการทำงานทั้ง 5 ขั้นตอน รวมถึงเวลารวมทั้งหมดได้ดังนี้

จุดรับบัตร: ก่อนการพัฒนา มีเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 17.7 นาที แต่ หลังจากพัฒนาแล้ว เวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเหลือเพียง 10.25 นาทีซึ่งหมายถึงเวลาลดลงเฉลี่ย 7.53 นาที โดยความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างยิ่ง (p< .0001)

จุดเจาะเลือด: จุดตรวจถือเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลานานที่สุด และแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงที่สำคัญที่สุด โดยก่อนการพัฒนา ใช้เวลาเฉลี่ย 35.42 นาทีแต่ภายหลังการพัฒนา สามารถลดเวลาลงได้อย่างมาก เหลือเพียง 13.39 นาทีทำให้เวลาเฉลี่ยลดลงถึง 22.03 นาที ซึ่งเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างชัดเจน (p< .0001)

จุดเตรียม: สำหรับจุดเตรียมงานนั้น ก่อนพัฒนามีเวลาเฉลี่ย 16.20 นาทีและ หลังการพัฒนา ลดลงเป็น 12.10 นาทีโดยเวลาเฉลี่ยลดลง 3.47 นาที ซึ่งมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .0001)

จุดตรวจ: สำหรับจุดตรวจนั้นจุดตรวจถือเป็นขั้นตอนที่ใช้นานรองจากจุดเจาะเลือดโดย ก่อนพัฒนาใช้เวลาเฉลี่ยถึง 43.03 นาทีแต่ หลังการพัฒนา เวลาเฉลี่ยลดลงมาอยู่ที่ 30.11 นาทีโดยเวลาเฉลี่ยลดลง 19.02 นาที ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างยิ่ง (p < .0001)

จุดรายงานผล: ในขั้นตอนสุดท้ายคือจุดรายงานผล ก่อนพัฒนา ใช้เวลาเฉลี่ย 14.33 นาทีและหลังการพัฒนาลดลงเป็น 10.25 นาทีโดยเวลาเฉลี่ยลดลง 2.7 นาที ซึ่งมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .0001)

เมื่อพิจารณา เวลารวมทั้งหมดของกระบวนการจะพบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยใช้เวลาโดยเฉลี่ย 126.31 นาที แต่ หลังจากการประยุกต์ใช้ระบบ Lean แล้ว เวลารวมลดลงมาอยู่ที่ 76.10 นาทีโดยสามารถลดเวลารวมเฉลี่ยลงได้ถึง 30.91 หน่วยเวลา ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างชัดเจน (p< .0001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปเวลาก่อนและหลังการพัฒนาระบบการบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตผ่าน DOWNTIME โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน Lean

จุดบริการ		n	Mean ±SD.	Mean diff	95%CI	p
จุดรับบัตร	ก่อนพัฒนา	100	17.7 ± 4.25	7.53	6.49, 8.56	< .001
	หลังพัฒนา	100	10.25 ± 2.29			
จุดเจาะเลือด	ก่อนพัฒนา	100	35.05 ± 5.98	22.03	20.69, 23.36	< .001
	หลังพัฒนา	100	13.39 ± 2.99			
จุดเตรียม	ก่อนพัฒนา	100	16.20 ± 7.66	3.47	1.82, 4.11	< .001
	หลังพัฒนา	100	12.10 ± 5.25			
จุดตรวจ	ก่อนพัฒนา	100	43.03 ± 17.36	19.02	20.29, 27.54	< .001
	หลังพัฒนา	100	30.11 ± 6.96			
จุดรายงานผล	ก่อนพัฒนา	100	14.33 ± 3.85	2.7	1.75, 3.64	< .001
	หลังพัฒนา	100	10.25 ± 3.08			
รวมทั้งหมด	ก่อนพัฒนา	100	126.31 ± 14.23	24.91	21.80, 25.01	< .001
	หลังพัฒนา	100	76.10 ± 15.98			

ความพึงพอใจของคนไข้ต่อพัฒนาระบบการให้บริการ พบว่า **ระยะเวลารอคอยเจาะเลือด**: ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.75 แต่หลังการพัฒนา ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.11 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนถึง 39.65% **ระยะเวลารอคอยผลตรวจเลือด**: ในส่วนนี้ ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ซึ่งโดยมีค่าเฉลี่ย 2.88 แต่หลังการพัฒนา ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.20 ซึ่งคิดเป็นการเปลี่ยนแปลง 14.96% แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึง 38.96% **การให้คำแนะนำคนไข้:** ในประเด็นของการให้คำแนะนำ ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับ มาก ที่ 4.15 และ หลังการพัฒนาก็ยังคงอยู่ในระดับ มาก ที่ 4.49 โดยมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 9.39% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำมีคุณภาพที่ดีอยู่แล้วและได้รับการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก **และภาพรวมการให้บริการ**: เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการให้บริการทั้งหมด ก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ที่ 3.26 และ หลังการพัฒนาความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับ มากโดยเพิ่มขึ้นเป็น 4.26 ซึ่งคิดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างน่าประทับใจถึง 29.15% ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปความพึงพอใจของคนไข้ต่อพัฒนาระบบการบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต ผ่าน DOWNTIME โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน Lean

การบริการที่ได้รับ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		%
	Mean±SD.	ระดับ	Mean±SD.	ระดับ	Differences
1. ระยะเวลารอคอยเจาะเลือด	2.75 ± 0.5	ปานกลาง	4.11 ± 0.64	มาก	+39.65
2. ระยะเวลารอคอยผลตรวจเลือด	2.88 ±0.46	ปานกลาง	4.20 ± 0.60	มาก	+38.96
3. การให้คำแนะนำคนไข้	4.15 ± 0.50	มาก	4.49 ± 0.50	มาก	+9.39
ภาพรวมการให้บริการ	**3.26±0.71**	**ปานกลาง**	**4.26 ± 0.19**	**มาก**	**+29.15**

ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการวิเคราะห์สายธารแห่งคุณค่าก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาระบบบริการ พบว่า **ขั้นตอนในการตรวจเลือด** ก่อนการดำเนินการมีขั้นตอนในการตรวจเลือดจำนวน 23 ขั้นตอนย่อย แต่หลังจากประยุกต์ใช้ระบบลีน ได้ลดลง 3 ขั้นตอน เหลือ 20 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ถูกลดออกไปคือ การรอนำ Tube เลือดไปปั่น, การรอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องเคมีคลินิก, และการรอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องตรวจ HbA1C การลดขั้นตอนเหล่านี้บ่งชี้ถึงกระบวนการที่กระชับและมีประสิทธิภาพมากขึ้น **Process time (เวลาดำเนินการ)** ระยะเวลาดำเนินการลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากเดิม 43 นาที ลดลง 6 นาที เหลือ 37 นาที การลดเวลานี้สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานที่รวดเร็วขึ้นภายในกระบวนการเอง **Delay time (เวลาล่าช้า)** เป็นจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด โดยเวลาล่าช้าลดลงอย่างมาก จาก 83 นาที ลดลงถึง 45 นาที เหลือเพียง 38 นาที การลดเวลาล่าช้าจำนวนมากนี้แสดงให้เห็นถึงการจัดการปัญหาคอขวดและช่วงเวลาที่ไม่ได้สร้างคุณค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ **Total turn around time** (เวลารอคอยทั้งหมด): ผลรวมของเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรอคอยลดลงอย่างน่าประทับใจ จาก 126 นาที ลดลง 51 นาที เหลือ 75 นาที ซึ่งเป็นผลมาจากการลดทั้งเวลาดำเนินการและเวลาล่าช้าแสดงให้เห็น

ถึงประสบการณ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยอย่างชัดเจน **Value Added (ร้อยละ)** สัดส่วนของคุณค่าที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการ (Value Added) เพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่น จากร้อยละ 34.12 เป็นร้อยละ 49.33 ซึ่งหมายความว่าสัดส่วนของกิจกรรมที่สร้างคุณค่าต่อผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ที่ต้องการในกระบวนการทั้งหมดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก และ **First Time Quality (ร้อยละ)** คุณภาพของการทำงานตั้งแต่ครั้งแรก (First Time Quality) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความถูกต้องและลดข้อผิดพลาด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 90.6 เป็นร้อยละ 99.4 การเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เปอร์เซ็นต์นี้สะท้อนให้เห็นถึงการปรับปรุงคุณภาพและความน่าเชื่อถือของบริการที่สูงขึ้นอย่างมาก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการวิเคราะห์สายธารแห่งคุณค่าก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน

ขั้นตอน	ดำเนินการ		ผลลัพธ์
	ก่อน	หลัง	
ขั้นตอนในการตรวจเลือด	23	20	ลดลง 3 ขั้นตอนคือ 1. รอนำ Tube เลือดเข้าปั่นเครื่องCentrifuge 2. รอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องเคมีคลินิก 3. รอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องตรวจ HbA1C
Process time (นาที)	43	37	ลดลง 6 นาที
Delay time (นาที)	83	38	ลดลง 45 นาที
Total turn around time	126	75	ลดลง 51 นาที
Value Added (ร้อยละ)	34.12	49.33	เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.12 เป็นร้อยละ 49.33
First Time Quality (ร้อยละ)	90.6	99.4	เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.6 เป็นร้อยละ 99.4

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการพัฒนาระบบบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิต โดยการประยุกต์ใช้ระบบลีน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการในบริการโดย 1) ลดขั้นตอนย่อยจาก 23 ขั้นตอน เหลือ 20 ขั้นตอนย่อย 2) ลดระยะเวลาการรอรับบริการ และ 3) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา ของ ชญาภา เยยโพธิ์[4] ได้นำการจัดการแบบลีนประยุกต์ใช้ ในการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามและการศึกษาของจารุจิต ประจิตร และคณะ[5] ได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมพวง โดยใช้หลักการพื้นฐานของลีนและการเว้นระยะห่างทางกายภาพซึ่งทั้ง 2 การศึกษาสามารถลดขั้นตอนการให้บริการ ลดระยะเวลาการรับบริการและเพิ่มความพึงพอใจในภาพรวมของผู้รับบริการ โดย 3 ขั้นตอนที่สามารถตัดการรอออกได้ 3 จุด นั้นสอดคล้องกับหลักคิด Lean ที่ชี้ว่า “การรอคอย” (Waiting) เป็นความสูญเปล่าประเภทสำคัญในห่วงโซ่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเมื่อลดหรือตัดได้จะลด Turnaround Time (TAT) และจำนวน “ขั้นตอนไม่ก่อคุณค่า” ลงอย่างมีนัยสำคัญ[6]

เมื่อพิจารณาเป็นรายจุด ขั้นตอนที่ 1 รอนำ Tube ไปปั่น อยู่ในระยะก่อนวิเคราะห์ (Pre-analytical) ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดข้อผิดพลาดและความล่าช้ามากที่สุดของระบบ[7] วรรณกรรมล่าสุดเสนอให้ลดการนำเลือดมาปั่นเป็นชุด เพื่อทำให้การปั่นถี่ขึ้นหรือนำเครื่องปั่นมาไว้ที่

จุดบริการ (Stat centrifuge) เพื่อตัดเวลารอคิวและการเคลื่อนย้ายตัวอย่างที่ไม่จำเป็น[6-7] ในส่วนขั้นตอนที่ 2 รอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องเคมีคลินิก หากจัดตารางเปลี่ยนน้ำยานอกชั่วโมงเร่งด่วน, วางแผนสำรอง (Backup analyzer) หรือสต็อกน้ำยาแบบไม่ให้ขาดช่วงจะลดเวลารอและการหยุดเครื่องที่ไม่จำเป็นได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ TAT ติดตามสาเหตุความล่าช้าแล้วแก้ไขด้วยการจัดคิว-มาตรฐานงานใหม่ ทำให้ TAT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[8] ส่วนขั้นตอนที่ 3 รอเปลี่ยนน้ำยาเครื่องตรวจ HbA1c ก็เป็นรูปแบบ Downtime เฉพาะจุดของสายงาน HbA1c ซึ่งงานสมัยใหม่เสนอทั้งการเลือกชุดน้ำยา/คอลัมน์ที่มีเสถียรภาพสูง ลดความถี่การเปลี่ยน, การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, และการจัดรอบเปลี่ยนนอกช่วงเร่งด่วน เพื่อคงการไหลของงานแก้ไขเชิงระบบแทนการปล่อยให้เป็นขั้นตอนรอ[9]

ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้ระบบลีนสามารถทำให้การบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตรวดเร็วและมีความพึงพอใจมากขึ้น เนื่องจากในองค์กรมีการประชุมช่วยกันวิเคราะห์ขั้นตอนต่างๆที่ทำให้ล่าช้า และเมื่อมีแนวทางการแก้ไขเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและแสดงความคิดเห็นเมื่อพบขั้นตอนที่อาจทำให้เกิดปัญหาตามจุดต่างๆ

ปัญหาการรอคอยการให้บริการเป็นปัญหาของเกือบทุกโรงพยาบาล การศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการทั้งทางเทคนิคการแพทย์หรือหน่วยงานอื่นๆ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความพึงพอใจของคนไข้ การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในแบบสอบถามความพึงพอใจที่ยังไม่ครอบคลุมรายละเอียดได้ทั้งหมด เนื่องจากคนไข้คลินิกเบาหวานความดันส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหลายข้อมากจนเกินไป ผู้วิจัยจึงสอบถามความพึงพอใจเพียง 3 ประเด็นหลักที่สำคัญและให้เหมาะสมกับบริบทคนไข้และพบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ควรเพิ่มการสำรวจความพึงพอใจสำหรับผู้รับบริการภายในเพิ่มเติมอาทิ แพทย์ พยาบาล เพื่อครอบคลุมผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอก และควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการทางเทคนิคการแพทย์ในคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆหรือคนไข้นอกที่มารับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความพึงพอใจของคนไข้ให้ครอบคลุมทุกการให้บริการของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
2. นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news views=2606.
3. พฤทธิพงศ์ โพธิวราพรรณ. การประยุกต์ใช้การผลิตแบบลีนในอุตสาหกรรมแบบผสม (แบบต่อเนื่อง-แบบช่วง): กรณีศึกษาโรงงานผลิตเหล็กรูปพรรณ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2548.
4. ชญาภา เยยโพธิ์. การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(3):54-63.
5. จารุจิต ประจิตร, ชวิศ เมธาบุตร, ปัทมา สำราญ, จันทร์จิรา วาจามั่น, ปัทมา เพ็ญจันทร์, ธนวัฒน์ ยางเครือ, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมพวง โดยใช้หลักการพื้นฐานของลีนและการเว้นระยะห่างทางกายภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2565;8(1):18-36.

6. Cherie N, Berta D M, Tamir M, Yiheyis Z, Angelo A A, Mekuanint Tarekegn A, et al. Improving laboratory turnaround times in clinical settings: A systematic review of the impact of lean methodology application. PLoS One. 2024;19(10):e0312033.
7. Chang J, Kwak M, Park J, Lee W, Yun Y M, Min W K. Status of pre-analytical quality management of laboratory medicine in Korean primary care clinics. Ann Lab Med. 2023;43(6):493–501.
8. Cassim N, Coetzee L M, Tepper M E E, Perelson L, Glencross D K. Timely delivery of laboratory efficiency information, Part II: Assessing the impact of a turn-around time dashboard at a high-volume laboratory. Afr J Lab Med. 2020;9(2):948.
9. Yuan B, Jia S, Zhang W, Ding H, Tian X, Zhao Y, et al. Evaluation of newly-developed glycated hemoglobin reagents and columns for Tosoh HLC-723 G8 Analyzer. Pract Lab Med. 2023;34:349.

การพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ จังหวัดร้อยเอ็ด
The Development of a Support System for Herbal Medicine Prescription in Multidisciplinary Healthcare Teams, Roi Et Province

เปมิกา ยี่ทอง* อัจฉรียา อภัยสูงเนิน ปรียารัตน์ เรืองบุญ*** สนธยา คณาศรี**** ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุฒิกุล***** มนฤดี แก้วฮ่องคำ****** กุลธิดา ง่อนสว่าง******* ธนภัทร พลเยี่ยม********
Paymika Yeethong, Achareeya Apaisoongnern, Preeyarat Ruangboon, Sonthaya Khanasri, Poomnarong Wanitputthikul, Monrudee Kaewhongkam, Kultida Ngonsawang, Tanapat Ponyaim**
Corresponding author: E-mail: Paymika193@gmail.com
(Received: September 5, 2025; Revised: September 12, 2025; Accepted: October 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบสนับสนุน การสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนานี้มุ่งเน้นการศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรบนพื้นฐานระบบ HOSxP สำหรับทีมสหวิชาชีพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้วงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ โดยทำการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบ เป็นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดิม โดยทำการทดลองใช้งานและปรับปรุง 2 รอบ แต่ละรอบใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 ประเมินผลระบบจากกลุ่มผู้ใช้งาน คือ บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : ระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นสามารถบูรณาการข้อมูลยาสมุนไพรที่ครอบคลุม โดยมีฟังก์ชันสนับสนุนการตัดสินใจที่สำคัญ ได้แก่ การแนะนำข้อบ่งใช้ ขนาดยา ข้อควรระวัง และการแจ้งเตือนอันตรกิริยาระหว่างยาและอาการไม่พึงประสงค์ โดยระดับประสิทธิภาพของระบบอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.18, SD.=0.617) ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.32, SD.=0.493) และมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.10

สรุปและข้อเสนอแนะ : ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขยายผลการใช้งานในระดับจังหวัด จึงมีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้จริง จึงส่งผลให้การสั่งใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูง

คำสำคัญ : ระบบสนับสนุน; ยาสมุนไพร; ทีมสหวิชาชีพ; HOSxP

---

*, *** เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ** เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
**** เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ***** แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลจังหาร
****** แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ ******* แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
******** แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate the current situation and problems, develop, and evaluate a support system for herbal medicine prescription in multidisciplinary healthcare teams in Roi Et Province.

Study design : Research and Development.

Materials and Methods : This research approach focuses on the study and development of a support system for herbal medicine prescriptions based on the HOSxP system for multidisciplinary healthcare teams in Roi Et Province. The System Development Life Cycle was used, dividing into 3 phases. Phase 1: Situational analysis and problem identification through interviews and focus group discussions with 10 medical personnel, analyzed by content analysis. Phase 2: System development, the original group of data was provided by conducting two rounds of testing and improvement. Each round used in-depth interviews and analyzed data using content analysis. Phase 3: System evaluation from 50 medical personnel by used questionnaire and descriptive statistical analysis.

Main findings : The developed support system effectively integrated comprehensive herbal medicine data with key decision support functions, including recommendations on indications, dosage, precautions, and alerts for drug interactions and adverse reactions. The system's performance was rated high (Mean = 4.18, SD. = 0.617), and overall user satisfaction was also high (Mean = 4.32, SD. = 0.493). Additionally, the utilization of herbal medicines increased significantly by 3.10%.

Conclusion and recommendations : The developed system effectively supports herbal medicine prescriptions among multidisciplinary healthcare teams. Expanding the implementation at the provincial level is therefore appropriate and practically feasible. As a result, the use of herbal medicines were increased, and the system received highly positive feedback from multidisciplinary teams.

Keywords : Support System; Herbal Medicine; Multidisciplinary Healthcare Teams; HOSxP

*, *** Pharmacist Professional Level, Roi Et Provincial Health Office.

** Pharmacist Senior Professional Level, Roi Et Provincial Health Office.

**** Pharmacist Professional Level, Sisomdet Hospital.

***** Thai Traditional Medical Doctor Professional Level, Changhan Hospital.

****** Thai Traditional Medical Doctor Professional Level, Selaphum Hospital.

******* Thai Traditional Medical Doctor Practitioner Level, Sisomdet Hospital.

******** Thai Traditional Medical Doctor, Phongthong Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 10.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก คิดเป็น 9.8 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ[1] สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2563 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีมูลค่าประมาณ ร้อยละ 4.55 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือคิดเป็นมูลค่ากว่า 711,777 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ.2562 คิดเป็นมูลค่า 27,108 ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[2] ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 86,544 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2551 เป็น 180,585 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2561 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าในช่วงเวลา 10 ปี เมื่อเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อหัวในระดับสูงใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นมี 2 ประการคือ ประชาชนเข้าถึงยาได้มากขึ้น และมีการใช้ยาเกินความจำเป็นในระบบสาธารณสุข สืบเนื่องมาจากภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาส่วนใหญ่ ส่งผลให้ประชาชนไทยรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพียง 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน[3]

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ โดยตั้งเป้าหมายให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อยร้อยละ 10 ต่อปี[4] ในปี พ.ศ.2567 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยแพทย์แพทย์แผนไทย และบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น โดยให้หน่วยบริการมีการจัดระบบ IT ที่เอื้อต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์ แพทย์แผนไทย และบุคลากรทางการแพทย์[5]

จังหวัดร้อยเอ็ดมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 20 แห่ง จากการทบทวนข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ.2565 – 2567) พบว่าปริมาณการสั่งใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน มีร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพียงร้อยละ 2.41, 2.35 และ 2.19 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด[6] ซึ่งมีแนวโน้มการใช้ยาสมุนไพรลดลงและมีค่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากขาดข้อมูลทางวิชาการที่เพียงพอ 2) ระบบสารสนเทศที่ใช้ในปัจจุบัน (HOSxP) ไม่มีข้อมูลยาสมุนไพรที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ทำให้การสั่งใช้ยาสมุนไพรทำได้ไม่สะดวก 3) ไม่มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System) ที่ช่วยแนะนำการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม

การพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ โดยปรับปรุงจากระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลทางวิชาการที่จำเป็นต่อการตัดสินใจสั่งใช้ยาสมุนไพร ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถรวบรวมข้อมูลการใช้ยาสมุนไพร เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและวางแผนการจัดการในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อให้ได้ระบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานจริง และสามารถนำไปขยายผลให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนาระบบและประเมินผลระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนานี้มุ่งเน้นการศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรบนพื้นฐานระบบ HOSxP สำหรับทีมสหวิชาชีพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle : SDLC) 7 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การศึกษาความเหมาะสม การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนาและทดสอบ การติดตั้ง และการบำรุงรักษาระบบ[7] แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 - สิงหาคม 2568

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพของจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การศึกษาความเหมาะสม และ การวิเคราะห์

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 1) เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของหน่วยบริการในจังหวัดร้อยเอ็ดย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ.2565 – 2567) ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ข้อมูลวิชาการ ข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์ ข้อบ่งใช้และข้อควรระวัง 2) กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อทราบสถานการณ์และสภาพปัญหาการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน แพทย์แผนไทย 4 คน และเภสัชกร 4 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาในปัจจุบัน แนวทางการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของหน่วยบริการในจังหวัดร้อยเอ็ด ย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ.2565 – 2567) จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ทบทวนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ข้อมูลวิชาการ ข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์ ข้อบ่งใช้และข้อควรระวัง 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ตามประเด็นที่ศึกษา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบ อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และกล้องบันทึกภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรบนพื้นฐานระบบ HOSxP สำหรับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การออกแบบ และการพัฒนาและทดสอบ

แหล่งข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดิม จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน แพทย์แผนไทย 4 คน และเภสัชกร 4 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดร้อยเอ็ด การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพัฒนาระบบใช้หลักการวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming[8] อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยสามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินงานได้ดังนี้

- Plan (วางแผน) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพร เพื่อเป็นแกนกลางในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนา จากนั้นจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนออกแบบ พัฒนาและทดสอบระบบ พร้อมทั้งทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ขั้นตอนการพัฒนามีความครอบคลุมเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้งาน

- Do (ปฏิบัติ) นำแผนที่ได้มาดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการที่กำหนด โดยพัฒนาและเชื่อมโยงฐานข้อมูลยาสมุนไพรกับระบบ HOSxP ให้สอดคล้องกับผู้ใช้งาน

- Check (ตรวจสอบ) ระหว่างและหลังการพัฒนาระบบ ได้มีการทดลองใช้งานและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากผู้ใช้งานจริง ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรอบ ๆ

เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและข้อบกพร่องของระบบ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง

- Act (ปรับปรุง) นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานมาปรับปรุงระบบให้มีความสมบูรณ์ รองรับการใช้งานจริง และยกระดับคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบครั้งนี้ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามวงจร PDCA ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและทีมสหวิชาชีพ ทำให้ได้ระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่สอดคล้องกับความต้องการ มีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาต่อยอดเพื่อการใช้งานในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตั้ง และการบำรุงรักษาระบบ

แหล่งข้อมูล บุคลากรทางการแพทย์ผู้ใช้งานระบบ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ใช้งานระบบ

2) ประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร จำนวน 10 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยมีการแปรผลคะแนนประสิทธิภาพ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 2.33 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 2.34 – 3.67 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 3.68 – 5.00 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับสูง

3) ความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร จำนวน 5 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยมีการแปรผลคะแนนประสิทธิภาพ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 2.33 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 2.34 – 3.67 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 3.68 – 5.00 มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับสูง

4) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากมีการจัดอบรมบุคลากร และเปิดให้ใช้งานระบบ 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.5-1.00[9] โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ค่าอยู่ที่ระหว่าง 0.5-1.00 ทุกข้อ

2. แบบสอบถามได้ผ่านการทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการทดสอบเบื้องต้นและนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป[9] ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.785 ซึ่งแสดงว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขรับรอง

COE 1112567 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพของจังหวัดร้อยเอ็ด

1.1 การค้นหาปัญหา (Problem Recognition)

1) การขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรโดยแพทย์ และเภสัชกร มีข้อจำกัดในการเข้าถึงองค์ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับยาสมุนไพร เช่น ข้อบ่งใช้ ขนาดยา ข้อควรระวัง อันตรกิริยาระหว่างยากับสมุนไพร และอาการไม่พึงประสงค์ เนื่องจากข้อมูลวิชาการกระจัดกระจายอยู่ในเอกสารหรือระบบที่ไม่ได้เชื่อมต่อกับระบบ HOSxP และผู้สั่งใช้ยาไม่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ทำให้ไม่มีความมั่นใจที่จะสั่งใช้ยาสมุนไพรกับผู้ป่วย

2) ความไม่มั่นใจในประสิทธิผลของยาสมุนไพร บุคลากรบางส่วนขาดความมั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หรือข้อมูลผลลัพธ์การรักษาของยาสมุนไพรที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สั่งใช้เลี่ยงไปใช้ยาแผนปัจจุบันแทนยาสมุนไพรโดยไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงของผู้ป่วยในการใช้ยาสมุนไพรสำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

3) ระบบสารสนเทศ HOSxP ไม่มีการบันทึกข้อมูลยาสมุนไพรที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ได้แก่ ข้อมูลข้อบ่งใช้ ข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยากับสมุนไพร ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวังในการใช้ยา โดยข้อมูลยาสมุนไพรจะอยู่ในคู่มือหรือเอกสารที่ทางเจ้าหน้าที่เตรียมไว้

4) ไม่มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System) สำหรับยาสมุนไพรโดยเฉพาะ เช่น ระบบแนะนำยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ระบบแนะนำขนาดยาที่ใช้รักษา วิธีการใช้ยา ระบบแจ้งเตือนอันตรกิริยาระหว่างยากับสมุนไพร แจ้งเตือนข้อควรระวัง และอาการไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการทำงานของผู้สั่งใช้ยา

1.2 การศึกษาความเหมาะสม (Feasibility Study)

หลังจากทราบปัญหาดังกล่าว ทีมผู้วิจัยได้พิจารณาความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยเตรียมการร่างคำสั่งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพร เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ส่งเสริมและพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพร

1.3 การวิเคราะห์ (Analysis)

มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้สั่งใช้ยาสมุนไพร เพื่อออกแบบระบบการทำงานที่ตอบสนองต่อผู้ใช้งาน ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้สำหรับกำหนดคุณสมบัติของระบบที่ต้องการพัฒนา

2. ผลการพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรบนพื้นฐานระบบ HOSxP สำหรับทีมสหวิชาชีพ

2.1 ผลการพัฒนาระบบในระยะออกแบบ (Design) มีรายละเอียดดังนี้

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพร เพื่อกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย และเภสัชกร เพื่อให้ได้ระบบที่ตอบสนองการใช้งานและรองรับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งใช้ยา การติดตามผล และการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบ HOSxP อันเป็นฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาล มีการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลยาสมุนไพรที่นำมาใช้ในระบบมีความถูกต้อง เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากนั้นจึงจัดทำคู่มือการใช้งานระบบ พร้อมแนวทางการใช้ยาสมุนไพร เพื่อสร้างความเข้าใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้อง ปลอดภัย และได้มาตรฐาน

2.2 การพัฒนาและทดสอบ (Development & Test) ผู้วิจัยนำแนวคิดวงจรเดมมิ่ง (PDCA) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในขั้นตอนการพัฒนาและทดสอบ โดยเริ่มจากการวางแผน (Plan) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป้าหมาย

และแนวทางดำเนินงาน จากนั้นปฏิบัติตามแผน (Do) ในการนำระบบไปทดลองใช้งานจริง และติดตามประเมินผล (Check) ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้งาน เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและรวบรวมข้อเสนอแนะ ก่อนจะนำข้อค้นพบมาปรับปรุงระบบ (Act) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้งานในรอบที่ 2 และพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติต่อไป โดยกระบวนการดังกล่าวเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ระบบที่ทันสมัย ใช้งานได้จริง และตอบโจทย์ความต้องการของทีมสหวิชาชีพอย่างแท้จริง ซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประเด็นพัฒนาระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในวงรอบที่ 1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในวงรอบที่ 2
การสร้างเครือข่ายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร	แพทย์แผนไทยเป็นผู้สั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นหลัก	จัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพรเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร	จัดอบรมพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพร จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อส่งเสริมการนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาสมุนไพรโดยแพทย์ แพทย์แผนไทยและบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น
มาตรฐานการปฏิบัติงาน	ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้าใจของแต่ละคน	มี SOP และผังงานการทำงานที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ	ปรับปรุง SOP ให้มีความเฉพาะเจาะจง เหมาะกับสภาพจริง มีคู่มือใช้งานชัดเจน
ฐานข้อมูลยาสมุนไพร	ใช้กระดาษหรือแฟ้มเอกสาร	มีฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์บนระบบ HOSxP แต่ข้อมูลยาสมุนไพรยังไม่ครบถ้วน	ขยายฐานข้อมูลยาสมุนไพรมากขึ้น
ระบบแนะนำการสั่งใช้ยา	ไม่มีระบบแนะนำขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล	มีระบบแนะนำเบื้องต้น ได้แก่ รายการยาสมุนไพรที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน	พัฒนาระบบแนะนำ ได้แก่ ข้อบ่งใช้ยา ขนาดยาและวิธีการใช้ยาที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในวงรอบที่ 1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในวงรอบที่ 2
ระบบแจ้งเตือนความปลอดภัย	ไม่มีระบบแจ้งเตือน ต้องพึ่งพาความระมัดระวังของบุคลากร	มีระบบแจ้งเตือนบางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ได้แก่ ระบบแจ้งเตือนข้อควรระวัง	พัฒนาระบบแจ้งเตือนให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรได้ถูกต้องปลอดภัย ได้แก่ ระบบแจ้งเตือนข้อควรระวัง อันตรกิริยาระหว่างยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร

3. ผลการประเมินผลระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร

3.1 การติดตั้ง (Implementation)

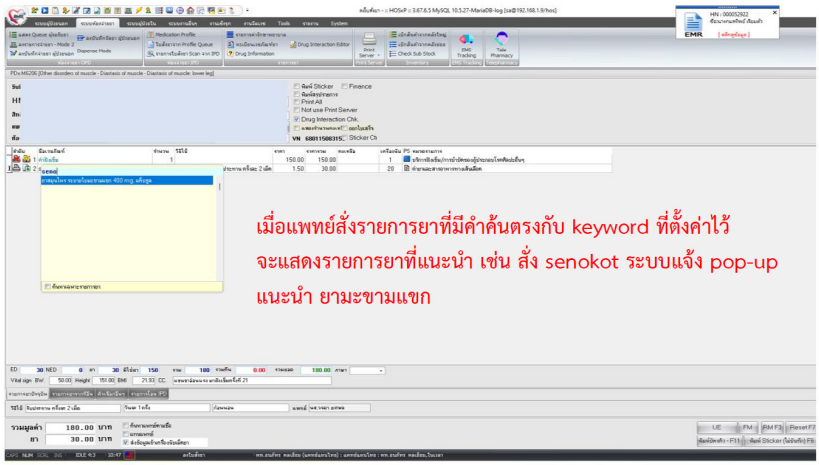
ระบบที่พัฒนาขึ้นได้นำไปติดตั้งใช้งานจริงในโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเชื่อมโยงกับระบบ HOSxP ที่มีอยู่เดิม ทำให้สามารถบันทึกและเรียกดูข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรได้สะดวกรวดเร็ว และสอดคล้องกับกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ได้จัดฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรและวิธีการใช้งานระบบ เพื่อยกระดับสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ สร้างความเข้าใจ และเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การซ่อมบำรุงระบบ (System Maintenance) หลังจากการติดตั้งระบบ มีการติดตามผลการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ โดยนำผลลัพธ์จากการใช้งานจริงมาประเมินและปรับปรุงระบบให้ตอบสนองความต้องการของบุคลากรผู้สั่งใช้ได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษา พบผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ระบบสารสนเทศในการสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรโดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลยาสมุนไพรกับระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล ดังภาพที่ 1-3 ทำให้ผู้สั่งใช้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลยาสมุนไพรที่ถูกต้อง สะดวกและรวดเร็ว ระบบดังกล่าวได้เริ่มใช้งานจริงตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 และมีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะจากการใช้งาน ทำให้ได้ระบบที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานจริง ส่งผลให้บุคลากรมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการสั่งใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

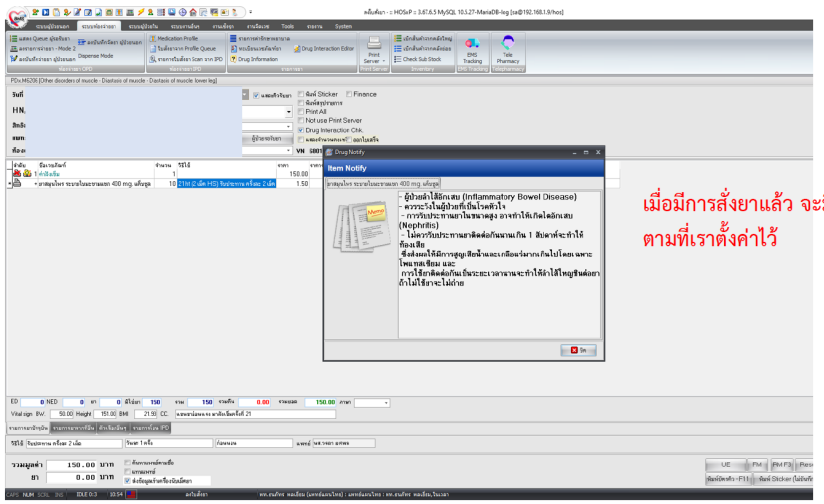
1 ทดสอบการใช้งาน



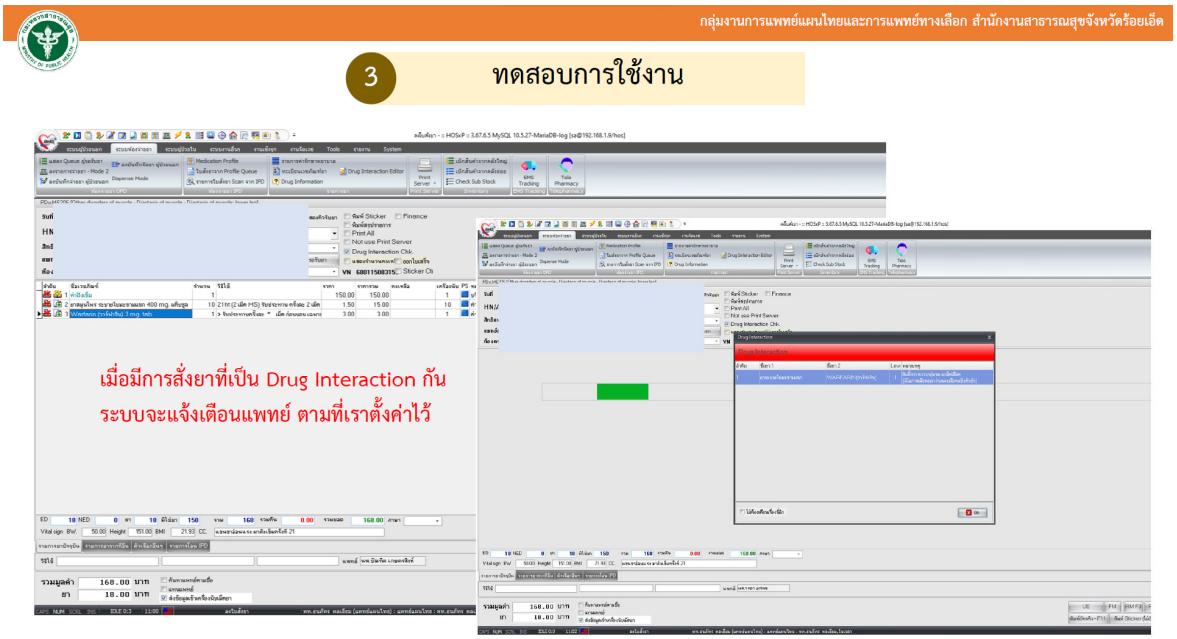
ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2 ทดสอบการใช้งาน



ภาพที่ 2 แสดงการแจ้งเตือนข้อควรระวังของยาที่สั่งใช้



ภาพที่ 3 แสดงการแจ้งเตือนกรณีที่มีการสั่งคู่ยาที่มี Drug Interaction

2) คู่มือการใช้งานการตั้งค่าการแจ้งเตือนเมื่อสั่งใช้เวชภัณฑ์ยา ตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาแผนไทยทดแทนยาแผนปัจจุบัน

3) ผลการประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.00 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 98.00 ส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 54.00 และมีระยะเวลาที่ใช้งานระบบ มากกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	26.00
	หญิง	37	74.00
อายุ	20-30	23	46.00
	31-40	25	50.00
	41-50	2	4.00
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี	49	98.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.00
ตำแหน่ง	แพทย์แผนปัจจุบัน	12	24.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์	27	54.00
เภสัชกร	11	22.00
ระยะเวลาที่ใช้งานระบบ		
1-3 เดือน	5	10.00
มากกว่า 3 เดือน	45	90.00

การประเมินประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการแจ้งเตือนและป้องกันข้อผิดพลาด (Alert and Warning System) อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.42, SD.= 0.499) ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Data Accessibility) (Mean = 4.02, SD.=0.553) และระดับประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.18, SD.=0.617) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การประเมินประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร

ข้อ	หัวข้อการประเมิน	Mean	SD.
ด้านความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล (Data Accuracy)			
1	ระบบให้ข้อมูลยาสมุนไพรที่ถูกต้อง และครบถ้วนสมบูรณ์	4.34	0.717
ด้านความรวดเร็วในการตอบสนอง (Processing Speed)			
2	ระบบช่วยลดเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน	4.06	0.682
ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Data Accessibility)			
3	สามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลยาสมุนไพรที่ต้องการได้อย่างง่ายดาย	4.02	0.553
ด้านความง่ายในการใช้งาน (Usability)			
4	ระบบมีส่วนติดต่อผู้ใช้ที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสะดวกต่อการใช้งาน	4.08	0.695
ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability)			
5	ระบบมีความเสถียร การเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบ HOSxP มีความถูกต้องและราบรื่น	4.10	0.763
ด้านการแจ้งเตือนและป้องกันข้อผิดพลาด (Alert and Warning System)			
6	ระบบมีการแจ้งเตือนอันตรกิริยาระหว่างยา ข้อควรระวัง และป้องกันข้อผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.42	0.499

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	หัวข้อการประเมิน	Mean	SD.
ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety)			
7	ระบบช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยอย่างชัดเจน	4.36	0.485
ด้านการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีม (Collaboration Support)			
8	ระบบช่วยสนับสนุนการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.08	0.665
ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)			
9	ระบบช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสมและปลอดภัย	4.30	0.580
ด้านประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจ (Economic Efficiency)			
10	ระบบส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น เกิดเศรษฐกิจหมุนเวียนในประเทศ	4.04	0.198
	ประสิทธิภาพในภาพรวม	**4.18**	**0.617**

การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าด้านที่ผู้ใช้มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ระบบช่วยเพิ่มความมั่นใจและความปลอดภัยในการสั่งใช้ยาสมุนไพร อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.46, SD.=0.503) และระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.32, SD.=0.493) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร

ข้อ	หัวข้อการประเมิน	Mean	SD.
1	การเข้าถึงระบบทำได้สะดวกและรวดเร็ว	4.32	0.471
2	ระบบมีข้อมูลยาสมุนไพรที่ครบถ้วนถูกต้อง	4.36	0.485
3	ระบบช่วยเพิ่มความมั่นใจและความปลอดภัยในการสั่งใช้ยาสมุนไพร	4.46	0.503
4	ระบบตอบสนองต่อความต้องการในการปฏิบัติงานจริง ใช้งานง่าย และบูรณาการเข้ากับระบบ HOSxP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.08	0.444
5	ระบบช่วยเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรให้กับผู้ใช้งานได้เป็นอย่างดี	4.38	0.490
โดยรวม		**4.32**	**0.493**

4) ผลการพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดร้อยเอ็ดมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.10 คิดเป็นมูลค่า 45,156,353.60 บาท

วิจารณ์

1. ด้านความสำเร็จของการพัฒนาระบบ ผลการพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในทีมสหวิชาชีพของจังหวัดร้อยเอ็ด สามารถบูรณาณาการข้อมูลยาสมุนไพร

อย่างครบถ้วน ช่วยลดเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สนับสนุนการตัดสินใจในการเลือกใช้ยาสมุนไพรได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีของ DeLone & McLean[10] เรื่อง The DeLone and McLean Model of Information Systems Success ที่กล่าวว่าความสำเร็จของระบบสารสนเทศวัดได้จากคุณภาพของข้อมูลและความพึงพอใจของผู้ใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis[11] เรื่อง Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology พบว่าความง่ายในการใช้งานและการรับรู้คุณค่าของระบบมีผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการนำระบบไปใช้จริง

2. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อการใช้ยาของผู้ป่วย ระบบมีการแจ้งเตือนอันตรกิริยาระหว่างยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ซึ่งช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาสมุนไพรอย่างไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kawamoto et al.[12] เรื่อง Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success พบว่าระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) สามารถลดข้อผิดพลาดในการรักษาและเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

3. ด้านการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีม ระบบสารสนเทศสนับสนุนการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลยาสมุนไพรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gagnon et al.[13] เรื่อง Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลยังช่วยลดความซ้ำซ้อนและข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ จุดเด่นของการวิจัยนี้ **คือ** ใช้แนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการโดยประยุกต์ใช้วงจร SDLC และ PDCA ในการออกแบบ พัฒนา ทดสอบ และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้ระบบที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของทีมสหวิชาชีพอย่างแท้จริง ระบบที่พัฒนามีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับระบบ HOSxP ซึ่งใช้ในโรงพยาบาลสามารถบูรณาการข้อมูลยาแผนปัจจุบันกับข้อมูลยาสมุนไพร ส่งผลให้ระบบใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับของผู้สั่งใช้ยา

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ การเชื่อมต่อข้อมูลยาสมุนไพรในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลไปบูรณาการกับโปรแกรมอื่นของสถานพยาบาลที่ไม่ได้มีการใช้ระบบ HOSxP

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบในครอบคลุมรายการยาสมุนไพรมากขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลยาสมุนไพรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. ควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบและการใช้ยาสมุนไพรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการใช้ระบบ

4. ควรมีการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติมในแง่มุมของผลกระทบทางเศรษฐกิจ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการดำเนินงานในระดับนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด คณะกรรมการการพัฒนาระบบการเข้าถึงการใช้ยาสมุนไพรจังหวัดร้อยเอ็ด และทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยพัฒนาระบบสนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพรในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
3. วิชัย โชควิวัฒน์, ระบบยาของประเทศไทย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5234
4. กระทรวงสาธารณสุข, องค์กรภาครัฐ - เอกชน. แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ. ศ. 2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ทีเอส อินเตอร์ปริ้น; 2559.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/4.1-Promote-the-use-of-herbal-medicine-v10.pdf
6. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) version 1.10.4 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th
7. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ. วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle : SDLC). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dol.dip.go.th/th/category/2019-02-08-08-57-30/2019-03-15-11-06-29?utm_source=chatgpt.com
8. Deming W. Edwards. Out of the Crisis, Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts; 1982.
9. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(1):9–15.
10. DeLone W H, McLean E R. The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. Journal of Management Information Systems. 2023;19(4):9-30.
11. Davis F D. Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. MIS Quarterly. 1989;13(3):319-39.
12. Kawamoto K, Houlihan C A, Balas E A, Lobach D F. Improving Clinical Practice Using Clinical Decision Support Systems: A Systematic Review of Trials to Identify Features Critical to Success. BMJ. 2005;330(7494):765.
13. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, et al. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. J Med Syst. 2012;36(1):241–77.

การศึกษาปริมาณรังสี และค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ

Radiation Dose Optimization and Dose Deviation Index Analysis in Portable Chest X-ray Examinations for Newborns in Intensive Care Unit

อุษณา แรงทอง*

Ausana Rangthong

Corresponding author: E-mail: ausana_2012@hotmail.com

(Received: September 7, 2025; Revised: September 14, 2025; Accepted: October 14, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ วิเคราะห์ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี และประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณรังสี

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษา Cross-sectional descriptive study

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาในทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 58 ราย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (ESAK) กับพารามิเตอร์ต่างๆ ได้แก่ ค่ากระแสหลอดคูณเวลา (mAs) ค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า (kVp) ความหนาของทรวงอก ขนาดลำรังสี และน้ำหนักของทารก

ผลการวิจัย : ก่อนการพัฒนาปรับปรุง ค่า ESAK เฉลี่ย 1.36 ± 0.05 mGy หลังปรับปรุงลดลงเหลือ 0.06 ± 0.01 mGy (ลดลงร้อยละ 95.58, p <.001) ค่า mAs มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับปริมาณรังสี (r = 0.991) รองลงมาคือ kVp (r = 0.885) และความหนาทรวงอก (r = 0.421) ส่วนขนาดลำรังสีและน้ำหนักไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ค่า DI อยู่ในช่วงเหมาะสม (DI ± 3) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.17 เป็น 94.83 ภายหลังการปรับปรุง และ Overexposure ลดลงจากร้อยละ 44.83 เหลือ 5.17 ค่าปริมาณรังสีหลังปรับปรุงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงของประเทศไทย (≤ 0.06 mGy)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การปรับปรุงเทคนิคการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ช่วยลดปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่กระทบต่อคุณภาพภาพถ่ายสำหรับการวินิจฉัย โดยมีค่า mAs และ kVp เป็นปัจจัยหลักในการควบคุมปริมาณรังสี

คำสำคัญ : ทารกแรกคลอด; เอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่; ปริมาณรังสี; ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี

*นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางพลี

Abstract

Purposes : To study radiation doses received by newborns from portable chest X-ray examinations, analyze dose deviation indicators, and evaluate relationships between various factors affecting radiation dose.

Study design : Cross-sectional descriptive study.

Materials and Methods : A comparative study was conducted before and after implementing improved portable chest X-ray techniques in 58 newborns in each group at the neonatal intensive care unit. The relationship between entrance surface air kerma (ESAK) and various parameters including tube current-time product (mAs), peak kilovoltage (kVp), chest thickness, radiation field size, and birth weight was analyzed.

Main findings : Before optimization, the mean ESAK was 1.36 ± 0.05 mGy, which significantly decreased to 0.06 ± 0.01 mGy after optimization (95.58% reduction, $p < .001$). mAs showed the strongest correlation with ESAK ($r = 0.991$), followed by kVp ($r = 0.885$) and chest thickness ($r = 0.421$), whereas beam size and weight showed no significant correlation. The proportion of images within the acceptable DI range (±3) increased from 55.17% to 94.83%, while overexposed images decreased from 44.83% to 5.17%. Post-optimization radiation dose levels complied with Thailand's national reference levels (≤ 0.06 mGy).

Conclusion and recommendations : Optimized portable chest X-ray techniques significantly reduced radiation doses to newborns while maintaining diagnostic image quality within acceptable standards. mAs and kVp were the primary factors controlling radiation dose.

Keywords : Newborn; Portable chest X-ray; ESAK; Deviation Index

* Radiological Technologist, Professional Level, Bangplee Hospital.

บทนำ

การถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นหนึ่งในเครื่องมือวินิจฉัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาทารกแรกคลอดในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะในกรณีที่ทารกมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือภาวะวิกฤติอื่นๆ ที่ต้องการการวินิจฉัยและติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด การถ่ายภาพรังสีทรวงอกช่วยให้แพทย์สามารถประเมินสภาวะของปอด ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือด และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ได้อย่างแม่นยำ อีกทั้งยังช่วยในการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้รังสีเอกซ์ในการถ่ายภาพทางการแพทย์นั้นมีความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทารกแรกคลอดซึ่งมีความไวต่อรังสีมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเซลล์ในร่างกายกำลังอยู่ในช่วงของการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็ว การได้รับรังสีในปริมาณที่สูงเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง และอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงระยะยาวต่อสุขภาพของทารก[1-2]

ในปัจจุบันแม้จะมีแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานสากลในการควบคุมปริมาณรังสีสำหรับการถ่ายภาพรังสีในทารก (ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2566 Chest including Abdomen อายุ < 1 ปี น้ำหนัก < 5 kg ค่า ESAK : Entrance-surface air kerma ไม่ควรเกิน 0.06 mGy ต่อภาพ)[3] แต่การนำไปปฏิบัติจริงในสถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งในแง่ของเทคนิคการถ่ายภาพ การตั้งค่าเครื่องเอกซเรย์ และมาตรการป้องกันรังสี นอกจากนี้ในกรณีของการใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ ยังมีปัจจัยเพิ่มเติมที่ต้องพิจารณา เช่น ข้อจำกัดของพื้นที่ การจัดท่าทารกที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว และความจำเป็นในการถ่ายภาพซ้ำในกรณีที่ต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่สำหรับทารกแรกคลอดในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีอยู่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างในแง่ของเครื่องมือ เทคนิค และบริบทการให้บริการ

การศึกษาวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้รังสีในการถ่ายภาพทรวงอกเคลื่อนที่สำหรับทารกแรกคลอดในหอผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสี โดยยังคงรักษาคุณภาพของภาพถ่ายรังสีที่เพียงพอต่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษา นอกจากนี้ ผลการศึกษายังจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนามาตรฐานการป้องกันรังสีในทารกแรกคลอด และการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยทางรังสีในระดับสถาบันและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ วิเคราะห์ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี และประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณรังสี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบไปข้างหน้า (Prospective data collection นำข้อมูลที่แสดงบนภาพเอกซเรย์ปอดเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤตในระบบสื่อสารทางการแพทย์ (Picture Archiving and Communication System: PACS) มาทำศึกษารายละเอียด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ความหนาของทรวงอก ค่า DI, kVp และ mAs มาวิเคราะห์ทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ

ของโรงพยาบาลบางพลี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้วิจัยอาศัยหลักการของทาโร ยามาเน (Taro Yamane)[4] ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากผู้รับบริการตรวจที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลบางพลี ในช่วงเวลาระหว่าง 08.00 – 16.00 น. ในวันและเวลาราชการ จำนวน 68 ภาพ ในปี พ.ศ. 2566 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 58 ภาพ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ ทารกอายุ 0 – 28 วัน ได้รับการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ท่า Chest ท่า AP supine และมีข้อมูลพารามิเตอร์การถ่ายภาพทางรังสีครบถ้วน

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ กรณีที่ต้องถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ และภาพที่มีข้อมูลพารามิเตอร์การถ่ายภาพทางรังสีไม่ครบถ้วน

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มที่ 1 ใช้เทคนิคปกติตามขนาดและน้ำหนักของผู้ป่วย จำนวน 58 ราย และ กลุ่มที่ 2 ใช้เทคนิคที่พัฒนาใหม่ (วัดความหนาส่วนที่ตรวจ) จำนวน 58 ราย

เครื่องมือในการถ่ายภาพเอกซเรย์เคลื่อนที่

1. เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ระบบดิจิตอล ผลิตภัณฑ์ Shimazu รุ่น MobileArt Evolution ขนาด 133 kVp 320 mAs S/N MPF16C783009 จำนวน 1 เครื่อง ได้รับการตรวจประเมินคุณภาพประจำปีโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 16 ตุลาคม 2657
2. แผ่น Detector ขนาด 14x17 นิ้ว ยี่ห้อ SAMSUNG รุ่น S4335-AW
3. Caliber (เครื่องมือวัดความหนาของทรวงอก)



ภาพที่ 1 เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (ซ้าย) แผ่น Detector (กลาง) และเครื่องมือวัดความหนาของทรวงอก (ขวา) สำหรับถ่ายภาพเอกซเรย์เคลื่อนที่
ที่มา: โรงพยาบาลบางพลี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลในการศึกษาประกอบด้วยเลขที่ เพศ อายุ น้ำหนัก ความหนาทรวงอก ขนาดลำรังสี ระยะทางจากหลอดเอกซเรย์ถึงแผ่นรับรังสี kVp, mAs และค่า DI ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตั้งค่าเทคนิคในการถ่ายภาพทางรังสี

การตั้งเทคนิคก่อนปรับปรุงคุณภาพงานในการถ่ายภาพเอกซเรย์เลือกค่ากิโลโวลต์ (kVp) สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้และปรับค่า mAs ตามกลุ่มน้ำหนักของผู้ป่วย โดยใช้ mAs ต่ำสุด[5]

การตั้งเทคนิคหลังปรับปรุงคุณภาพงานในการถ่ายภาพเอกซเรย์ได้จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ กับค่ากระแสหลอดคูณเวลา และค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า โดยใช้ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีในการพิจารณา[6]

ตารางที่ 1 การตั้งค่าทางเทคนิคก่อนและหลังปรับปรุงคุณภาพงานในการถ่ายภาพเอกซเรย์

Exposure Technique Chart ก่อนปรับปรุงค่าทางเทคนิคในการถ่ายภาพทางรังสี									
PART	VIEW	SMALL (<1,000 g)		MEDIUM (1-2,000 g)		LARGE (2-3,000 g)		EXTRA LARGE (3-4,000 g)	
		kV	mAs	kV	mAs	kV	mAs	kV	mAs
Chest	**AP**	50	2	54	3	56	4	60	6

Exposure Technique Chart หลังปรับปรุงค่าทางเทคนิคในการถ่ายภาพทางรังสี								
PART	VIEW	(2 cm)		+2 cm	+4 cm	+6 cm	+8 cm	+10 cm
		kV	mAs	mAs	mAs	mAs	mAs	mAs
Chest	**AP**	56	1.5	1.8	2	3	4	6

การคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพทางรังสีซึ่งวัดที่ผิวหนัง

วิธีการคำนวณค่าปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (Entrance Surface Air Kerma : ESAK) ด้วยวิธีของสมาคมฟิสิกส์การแพทย์แห่งอเมริกา (The American Association of Physicists in Medicine) AAPM report No.31[7]

จากสมการโพลิโนเมียล y = 3E-05x2 + 0.0005x – 0.0297 ที่ได้จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์และคำนวณค่า Entrance Skin Air Kerma : ESAK จากสูตร

$$ESAK = Y(d) \times mAs \times \left(\frac{FDD}{FFD - t_P} \right)^2$$

เมื่อ Y(d) ได้จากการแทนค่า x ในสมการโพลิโนเมียล y = 2E-05x2 + 0.0019x – 0.0742 ด้วยค่า kVp ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

FDD = 50 เซนติเมตร

FFD = ระยะโฟคัลสปอตถึงฟิล์ม (Focal Film Distance) หรือแผ่นรับภาพ (เซนติเมตร)

tp = ความหนาของผู้ป่วยหน่วยเป็นเซนติเมตร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลจำแนกประเภท ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพารามิเตอร์การถ่ายภาพกับปริมาณรังสี และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบางพลี เลขที่ 8/2568 ลงวันที่ 28 เมษายน 2568 ผู้วิจัยมีหน้าที่

รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปกป้องรักษาความลับตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมในมนุษย์อย่างเคร่งครัด และรายงานผลการศึกษาในภาพรวมไม่เปิดเผยรายละเอียดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ดำเนินโครงการวิจัยหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเสมอ ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่มีค่าตอบแทน ค่าชดเชย ค่าป่วยการ การดูแลรักษา และแก้ปัญหาอื่นๆ ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงกลุ่มตัวอย่างได้เมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกคลอดที่รับบริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่

ผลการศึกษาพบ ก่อนปรับปรุง (n=58) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 35 ราย (60.34%) น้ำหนักเฉลี่ย 2,843.02 กรัม ความหนาทรวงอกเฉลี่ย 5.68 ซม. ใช้ลำรังสีขนาดเฉลี่ย 135.17 ตารางนิ้ว ค่า kVp เฉลี่ย 57.52 และ mAs เฉลี่ย 4.78

หลังปรับปรุง (n=58) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 ราย (55.17%) น้ำหนักเฉลี่ย 2,289.95 กรัม ความหนาทรวงอกเฉลี่ย 6.34 ซม. ใช้ลำรังสีขนาดเฉลี่ย 114.36 ตารางนิ้ว ค่า kVp เฉลี่ย 55.86 และ mAs เฉลี่ย 2.32

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เพศ น้ำหนัก ความหนาทรวงอกขนาดลำรังสีค่าความต่างศักย์ไฟฟ้าสูงสุด และค่ากระแสหลอดคูณเวลา ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดในหอผู้ป่วยวิกฤติ

Portable chest x-ray	ก่อนปรับปรุงพัฒนาฯ		หลังปรับปรุงพัฒนาฯ	
	จำนวน	%	จำนวน	%
เพศ				
หญิง	23	39.66	32	55.17
ชาย	35	60.34	26	44.83
น้ำหนัก (กรัม)	Mean	SD.	Mean	SD.
	2,843.02	789.99	2,289.95	893.10
ความหนาของทรวงอก (เซนติเมตร)	5.68	1.58	6.34	1.60
ขนาดลำรังสี (ตารางเซนติเมตร)	135.17	36.57	114.36	43.40
ค่าความต่างศักย์ไฟฟ้าสูงสุด (kVp)	57.52	2.68	55.86	1.5
ค่ากระแสหลอดคูณเวลา (mAs)	4.78	1.30	2.32	0.57

ความสัมพันธ์ระหว่างค่าปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่กับค่าพารามิเตอร์ที่ศึกษา

ค่ากระแสหลอดคูณเวลา ค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า และความหนาของทรวงอก มีความสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจาการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ r = 0.991, 0.885 และ 0.421 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ขนาดลำรังสีและน้ำหนักของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจาการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ p = .259 และ .930 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกกับค่าพารามิเตอร์ที่ศึกษา

Chest AP Supine	ปริมาณรังสีที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (ESAK)	
	r	p
ค่ากระแสหลอดคูณเวลา	0.991	<.001
ค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า	0.885	<.001
ความหนาของทรวงอก	0.421	<.001
ขนาดลำรังสี		.259
น้ำหนัก		.930

ค่าปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ หลังปรับปรุงเทคนิคการถ่ายภาพ พบว่า ค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงของประเทศไทย (0.06 mGy) โดยปริมาณรังสีลดลง 95.58% เมื่อเทียบกับก่อนปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปริมาณรังสีทีทารกแรกคลอดได้รับจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่

ปริมาณรังสี ที่ผิวผู้ป่วยได้รับ (mGy)	ก่อนปรับปรุงพัฒนาฯ (n = 58)	หลังปรับปรุงพัฒนาฯ (n= 58)	95%CI		p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	Lower	Upper	
Chest AP Supine	1.36(0.05)	0.06(0.01)	0.061	0.089	<.001
ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2566					
Chest including Abdomen อายุ < 1 ปี น้ำหนัก < 5 kg ค่า ESAK ไม่ควรเกิน 0.06 mGy					

ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ ผลการศึกษาค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (DI) ก่อนปรับปรุงมีภาพที่มี DI อยู่ในช่วงเหมาะสม (DI ± 3) จำนวน 32 ภาพ (55.17%) หลังปรับปรุงภาพที่มี DI อยู่ในช่วงเหมาะสม (DI ± 3) จำนวน 55 ภาพ (94.83%) ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)

ตารางที่ 5 ค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ

Portable Chest x-ray	ก่อนปรับปรุงฯ	หลังปรับปรุงฯ	p
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
DI > 3 (Overexposure)	26(44.83)	3(5.17)	<.001
-3 ≤ DI ≤ 3 (Acceptable range)	32(55.17)	55(94.83)	
DI < -3 (Underexposure)	0(0.00)	0(0.00)	

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าค่ากระแสหลอดคูณเวลา (mAs) มีความสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับสูงที่สุด (r = 0.991) รองลงมาคือ ค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า (kVp) (r = 0.885) ส่วนความหนาของทรวงอกมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.421) ขณะที่ขนาดลำรังสีและน้ำหนักของทารกแรกคลอดไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ

ความสัมพันธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการควบคุมค่า mAs และ kVp เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการจัดการปริมาณรังสีต่อผู้ป่วยทารกแรกคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงพัฒนาปรับปรุงเทคนิคในการถ่ายภาพโดยการปรับค่า kVp และ mAs ให้เหมาะสม พบว่าสามารถลดปริมาณรังสีที่ได้รับลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) จากค่าเฉลี่ยเดิม 1.36 mGy เหลือเพียง 0.06 mGy หรือคิดเป็นการลดลงร้อยละ 95.58 ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ ALARA (As Low As Reasonably Achievable)[8-9] ที่มุ่งเน้นการลดการได้รับรังสีโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของภาพในการวินิจฉัย

ทั้งนี้ความหนาของทรวงอกที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับปริมาณรังสีที่ทารกแรกคลอดได้รับอาจอธิบายได้จากข้อเท็จจริงที่ว่าทารกแรกคลอดมีความแตกต่างของขนาดร่างกาย และความหนาแน่นของเนื้อเยื่อไม่มากนัก จึงไม่ใช่ตัวแปรสำคัญในการกำหนดพารามิเตอร์การถ่ายภาพเช่นในผู้ใหญ่

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสี (Deviation Index) ก่อนการพัฒนาปรับปรุงพบว่ามีภาพอยู่ในช่วง Overexposure (DI > 3) สูงถึงร้อยละ 44.83 แต่หลังการปรับปรุงฯ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5.17 ในขณะเดียวกันภาพที่อยู่ในช่วงที่เหมาะสม (DI ± 3) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.17 เป็นร้อยละ 94.83 แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงพัฒนาเทคนิคการถ่ายภาพในครั้งนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการรังสี และทำให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพเพียงพอสำหรับการวินิจฉัย

หลังการปรับปรุงพัฒนาเทคนิคดังกล่าวทำให้ปริมาณรังสีเฉลี่ยที่ทารกได้รับเท่ากับ 0.06 mGy ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงของประเทศไทยสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีและน้ำหนักต่ำกว่า 5 กิโลกรัม อีกทั้งยังสอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและการใช้รังสีอย่างมีประสิทธิภาพ

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาทารกแรกคลอดในหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงสูงต่อรังสี ทำให้ผลวิจัยมีความสำคัญทางคลินิกและด้านความปลอดภัยผู้ป่วย

2. การเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุงเทคนิค แสดงให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนว่าสามารถลดปริมาณรังสีได้อย่างมาก (ลดลงกว่า 95%) โดยยังคงคุณภาพภาพที่ใช้วินิจฉัยได้

3. ใช้ตัวชี้วัดมาตรฐาน คือ ค่า ESAK (Entrance Surface Air Kerma) และ Deviation Index (DI) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทำให้ผลลัพธ์สามารถเปรียบเทียบ

กับมาตรฐานประเทศและสากลได้

4. ข้อมูลสามารถนำไปใช้จริงในการปรับปรุงโปรโตคอลการถ่ายภาพในโรงพยาบาล และอาจต่อยอดไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ

5. มีความสอดคล้องกับหลักการ ALARA การปรับปรุงช่วยลดปริมาณรังสีให้น้อยที่สุดโดยไม่กระทบการวินิจฉัย

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. ขนาดตัวอย่างจำกัด เนื่องจากใช้ทารกแรกคลอดเพียง 58 รายต่อกลุ่มในโรงพยาบาลเดียว อาจไม่สามารถสรุปผลทั่วไปกับทุกสถานพยาบาลได้

2. การออกแบบการศึกษาเป็น Cross-sectional descriptive จึงไม่สามารถแสดงเหตุและผลที่แน่นอนได้เพียงแค่ชี้ความสัมพันธ์

3. การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อาจมี Bias ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4. มีข้อจำกัดด้านเครื่องมือและเทคนิคเฉพาะโรงพยาบาล กล่าวคือเครื่อง X-ray รุ่นและสเปกที่ใช้ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติ อาจแตกต่างจากสถานพยาบาลอื่น จึงอาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งหมด

5. ปัจจัยอื่นไม่ได้ถูกควบคุมเต็มที่ เช่น อุปกรณ์ที่ติดตัวทารก อาจมีผลต่อคุณภาพภาพและปริมาณรังสี แต่ไม่ได้วิเคราะห์เชิงลึก

สรุป

การปรับปรุงพัฒนาเทคนิคการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดในหอผู้ป่วยวิกฤติสามารถลดปริมาณรังสีได้ถึงร้อยละ 95.58 จากค่าเฉลี่ย 1.36 mGy เหลือ 0.06 mGy อีกทั้งยังช่วยเพิ่มสัดส่วนของภาพที่มีค่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณรังสีอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (DI ± 3) จากร้อยละ 55.17 เป็น 94.83 โดยค่า mAs และ kVp เป็นปัจจัยหลักที่มีผลโดยตรงต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ และปริมาณรังสีหลังการปรับปรุงฯอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเทคนิคที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกคลอดหอผู้ป่วยวิกฤติ อย่างสม่ำเสมอ โดยจัดทำโปรโตคอลมาตรฐานสำหรับการถ่ายภาพที่ชัดเจนและจัดการฝึกอบรมให้กับเจ้าหนาที่เทคนิครังสีเพื่อให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามเทคนิคใหม่ได้อย่างถูกต้อง มีระบบการติดตามคุณภาพภาพและปริมาณรังสีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานและวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อการปรับปรุงต่อเนื่อง

2. ควรขยายการประยุกต์ใช้เทคนิคที่พัฒนาไปยังกลุ่มผู้ป่วยเด็กในช่วงอายุอื่นๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบผลลัพธ์การปรับปรุงเทคนิคนี้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ซึ่งจะช่วยยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยทารังสีวินิจฉัยในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันอันตราย จากเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ทางการแพทย์. นนทบุรี: บริษัท ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด; 2564.
2. สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันอันตรายจากเครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ทางการแพทย์. นนทบุรี: สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2566. บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2566.
4. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 18.กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พริ้นติ้ง แมสโปรดักส์; 2563.
5. บรรจง เขื่อนแก้ว. บทนำสู่การสร้างภาพรังสีดิจิทัล. การสร้างภาพรังสีดิจิตอล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: การผลิตตำรา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.

6. ธัญรัตน์ ชูศิลป์, ฐิติพงศ์ แก้วเหล็ก. ตัวบ่งชี้ปริมาณรังสีในระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัล. วารสารรังสีเทคนิค. 2561;43(1):21-8.
7. The American Association of Physicists in Medicine. AAPM Response in Regards to CT Radiation Dose and its Effects [Internet]. 2009 [cited 2023 June 1]. Available from: http://w3.aapm.org/media/releases/CTDoseResponese.php.
8. ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. Radiation Protection การป้องกันรังสี x-ray [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 65]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/radiology/sites/default/files/public/training/Protection2018.pdf
9. ธนากร สมิธ. กฎกระทรวง ความปลอดภัยทางรังสี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก: https://slideplayer.in.th/slide/16667955/

ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยกระตุ้น และการรักษา ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลทั่วไป

Clinical Characteristics, Precipitation causes and Therapy of Patients with Acute Heart Failure in A General Hospital

ธนา เหลืองพิกุลทอง*

Thana Lueangpigultong

Corresponding author: E-mail: thana.cheng@gmail.com

(Received: September 7, 2025; Revised: September 14, 2025; Accepted: October 14, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ปัจจัยกระตุ้น การรักษา อัตราการเสียชีวิต การกลับไปดูแลที่บ้านหรือส่งต่อของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ด้านการดูแลโรคหัวใจในโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย : งานวิจัยเชิงพรรณาย้อนหลัง Retrospective descriptive study

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งหมด ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระพุทธ จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 ตุลาคม 2567 เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล เข้าถึงข้อมูลโดยการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กโทรนิก วิเคราะห์และแสดงผลในรูปแบบร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 328 คน เป็นหญิงร้อยละ 174 คน คิดเป็นร้อยละ 53.05 และเป็นชาย 154 คน คิดเป็นร้อยละ 46.95 อายุเฉลี่ย 62.71 ปี เคยมีประวัติหัวใจล้มเหลวมาก่อน ร้อยละ 58.23 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 71.65 โรคเบาหวานร้อยละ 45.12 มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย Dyspnea ร้อยละ 98.48 มีเสียงปอดผิดปกติชนิด Crepitation ร้อยละ 86.89 และการตรวจภาพรังสีทรวงอกมักจะพบมีหัวใจโต Cardiomegaly ร้อยละ 89.33 และมี Pulmonary congestion/Cephalization ร้อยละ 81.4 ปัจจัยกระตุ้นเกิดจากภาวะการได้รับน้ำและเกลือเกิน Salt water retention ร้อยละ 62.5 อันดับที่สองเกิดจากสภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis ร้อยละ 20.73 เคยทำ Echocardiogram ร้อยละ 11.28 เคยทำบายพาสหัวใจ (CABG) ร้อยละ 1.83 และเคยสวนหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 1.83 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ร้อยละ 86.89 ส่งต่อร้อยละ 1.21 และเสียชีวิตร้อยละ 11.89 จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาลเฉลี่ยคือ 6.14 วัน มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 วัน จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลต่อปีอยู่ที่ 1.26 วัน และค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้มีอายุเฉลี่ย 62.71 ปี เป็นหญิงและชายใกล้เคียงกัน มีโรคร่วมเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบทั้งหมด มีอาการนำคือหายใจหอบเหนื่อย การตรวจวินิจฉัยก่อนหน้ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้ทำการตรวจภาพสะท้อนหัวใจ ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการได้รับเกลือและน้ำเกิน รองลงมาพบว่าเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแส พบว่าผลการรักษามีอัตราการตายที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษาอื่นและมีการส่งต่อที่ต่ำกว่าด้วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้ดีขึ้น ให้มีจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

คำสำคัญ : หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน; ปัจจัยกระตุ้น; การรักษา; อัตราการเสียชีวิต

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

Abstract

Purposes : To study the clinical characteristics, precipitating factors, treatment, mortality rate, and the rate of discharge or transfer for patients with acute heart failure treated at Phraputtabhat Hospital, and to utilize the data obtained from this study to develop a medical service system for heart disease care at the hospital.

Study design : A retrospective descriptive study.

Materials and Methods : The sample consisted of all patients aged 18 and over diagnosed with acute heart failure admitted to the inpatient ward at Phraputtabhat Hospital, Saraburi Province, from September 1, 2023, to October 31, 2024. Data were collected retrospectively from hospital medical records by extracting data from electronic databases. The data were analyzed and presented in percentage form of the total patients.

Main findings : A total of 328 patients with acute heart failure were included, with 174 females (53.05%) and 154 males (46.95%). The average age was 62.71 years. The majority had a history of heart failure (58.23%), with high prevalence of comorbidities such as hypertension (71.65%) and diabetes mellitus (45.12%). The primary presenting symptom was dyspnea (98.48%), with abnormal lung sounds (crepitation) in 86.89%. Chest X-ray often showed cardiomegaly (89.33%) and pulmonary congestion/cephalization (81.4%).The main triggering factors included fluid retention (salt water retention) at 62.5%, followed by bloodstream infections (sepsis) at 20.73%. Others included prior echocardiogram (11.28%), coronary bypass surgery (CABG) (1.83%), and coronary artery stenting (0%).The discharge rate was 86.89%, transfer rate was 1.21%, and mortality rate was 11.89%. The average hospital stay was 6.14 days, with a median of 3 days. The number of hospital days per year was 1.26 days, with a median of 1 day.

Conclusion and Recommendations : Patients with acute heart failure in this general hospital had an average age of 62.71 years, with nearly equal distribution between males and females. Most had chronic non-communicable comorbidities, and the presenting symptom was dyspnea. Few had prior imaging confirmation of cardiomegaly. The most common triggering factor was excess salt and water intake, followed by infections. The mortality rate was higher than the average reported in other studies, but the transfer rate was low. The researchers recommend improving care quality and establishing a dedicated heart failure clinic to enhance treatment efficacy.

Keywords : Acute heart failure; Precipitating factor; Treatment; Mortality rate

*Medical physician, Phra Phutthabat Hospital, Saraburi Province.

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจมักจะมาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินเป็นอันดับต้นๆ ของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด และปัจจุบันพบได้บ่อยขึ้นเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ[1] ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความชุกของหัวใจล้มเหลวในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 4.5-6[2] และการศึกษาของประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 5.5 อัตราการเข้าโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 8.5[3] และส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้รับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอีกด้วย[4-5]

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบได้สูงมากในโรงพยาบาลพระพุทธบาท มีอัตราการครองเตียงที่สูงถึงร้อยละ 18 ในผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด และเป็นร้อยละ 27 ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมดของแผนกอายุรกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุลำดับที่ 3 รองจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อ ซึ่งสร้างภาระงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และในปัจจุบันยังไม่เคยมีการศึกษาภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลพระพุทธบาทมาก่อน ดังนั้นการเก็บรวมรวมข้อมูลในครั้งนี้น่าจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวายเฉียบพลันได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ปัจจัยกระตุ้น การรักษา อัตราการเสียชีวิต การกลับไปดูแลที่บ้านหรือส่งต่อของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ด้านการดูแลโรคหัวใจในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณาย้อนหลัง Retrospective descriptive study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งหมด ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระพุทธ จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 ตุลาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การเก็บข้อมูลโดยเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยไม่มีการระบุชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number) ของเจ้าของข้อมูล ใช้การเข้าถึงข้อมูลโดยการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กโทรนิกและเก็บข้อมูลใส่แบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัยเอง โดยมีการขออนุญาตใช้ข้อมูล และได้รับอนุญาตโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา แสดงผลในรูปแบบร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด ในเรื่องของลักษณะทั่วไป อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยแรกรับ ยาประจำตัวของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และผลของการรักษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP เลขที่โครงการ

วิจัย IRB No.016/2567

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 328 คน เป็นหญิง 174 คน คิดเป็นร้อยละ 53.05 และเป็นชาย 154 คน คิดเป็นร้อยละ 46.95 อายุเฉลี่ย 62.71 ปี เคยมีประวัติหัวใจล้มเหลวมาก่อน ร้อยละ 58.23 ประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้วร้อยละ 19.82 และยังคงสูบอยู่ ร้อยละ 12.20 เคยดื่มแอลกอฮอร์แต่เลิกแล้ว 26.52 ยังดื่มสุราอยู่ร้อยละ 5.78

โรคร่วมที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในการศึกษานี้เป็นอยู่อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 71.65 โรคเบาหวานร้อยละ 45.12 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.12 และโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 40.55 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.04 เคยเส้นเลือดหัวตีบมาก่อน และผู้ป่วยยังมีโรคหัวใจเต้นพริ้วร่วมด้วยถึงร้อยละ 12.20 อีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทั่วไปและประวัติส่วนตัว (n=328)

ข้อมูล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	154	46.95
	หญิง	174	53.05
อายุเฉลี่ย	Mean(SD.)	62.71(15.56)	
เคยมีประวัติหัวใจล้มเหลวมาก่อน		191	58.23
ประวัติสูบบุหรี่	ไม่สูบ	223	67.99
	เคยสูบ	65	19.82
	ยังสูบอยู่	40	12.20
ดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	222	67.69
	เคยดื่ม	87	26.52
	เลิกดื่มแล้ว	19	5.78
โรคประจำตัว	เบาหวาน	148	45.12
	ความดันโลหิตสูง	235	71.65
	เส้นเลือดหัวใจตีบ	69	21.04
	โรคไตเรื้อรัง	133	40.55
	เส้นเลือดสมองตีบ	20	6.10
	หัวใจเต้นพริ้ว	41	12.20
	ถุงลมโป่งพอง/หอบหืด	14	4.27

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละอาการและอาการแสดงเมื่อแรกวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (n=328)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หอบเหนื่อย	323	98.48
บวม	182	55.49
อ่อนเพลีย	12	3.66
สับสน	5	1.52
ความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 mmHg	162	49.39
เสียงปอดผิดปกติ (Crepitation)	285	86.89
เสียงปอดผิดปกติ (Wheezing)	34	10.37
เอ็กซ์เรย์ปอดพบหัวใจโต	293	89.33
เอ็กซ์เรยปอดพบมี Cephalization	267	81.40
ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	328	100.00
ได้รับการตรวจเลือด NT pro BNP	154	46.95
ได้รับการตรวจเลือดเอ็นไซม์หัวใจ (Cardiac Troponin T)	285	86.89

สำหรับอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่หลากหลาย อันดับแรกคือผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย Dyspnea สูงถึงร้อยละ 98.48 ตรวจร่างกายพบมีเสียงปอดผิดปกติชนิด Crepitation ร้อยละ 86.89 และการตรวจภาพรังสีทรวงอกมักจะพบมีหัวใจโต Cardiomegaly ร้อยละ 89.33 และมี Pulmonary congestion/Cephalization ร้อยละ 81.4 อาการและอาการแสดงรองลงมาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการบวมประมาณครึ่งนึง คือร้อยละ 55.49 และความดันโลหิตซิสโตลิกสูงมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 49.39 และผู้ป่วยบางรายยังมีอาการอ่อนเพลียและสับสนร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 3.66 และ 1.52 ตามลำดับ ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัยเมื่อแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและครึ่งหนึ่งได้รับการตรวจ NT pro BNP คิดเป็นร้อยละ 46.95 และประมาณร้อยละ 86.89 ได้รับการตรวจเลือดค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ Trop T

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่า Congestive heart Failure ทั้งหมดร้อยละ 100 โดยร้อยละ 6.10 วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลวครั้งแรกร้อยละ 6.10 และมีภาวะ Cardiogenic shock ร้อยละ 3.05 ได้รับการวินิจฉัยว่า Volume overload ร้อยละ 5.49 ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube ร้อยละ 28.65 ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีการวินิจฉัยได้มากกว่าหนึ่งการวินิจฉัยได้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการวินิจฉัยแรกรับและการรักษาอื่นๆ (n=328)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Congestive Heart failure (CHF)	328	100.00
De Novo HF	20	6.10
Cardiogenic shock	10	3.05
Volume overload	18	5.49
ET tube	94	28.65
Refer	3	0.91
CPR	11	3.35
Dead	33	10.06

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังได้ทบทวนยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนมานอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51.52 เคยได้รับยากลุ่ม Statin อยู่แล้ว และร้อยละ 48.48 เคยได้รับยาขับปัสสาวะ Furosemide ได้รับยาลดความดันโลหิตชนิด ACEI/ARB ร้อยละ 44.82 ได้รับ Beta blocker ร้อยละ 30.18 ได้รับ Aldosterone ร้อยละ 6.40 Hydralazine 10.06 ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Nitrate ร้อยละ 10.37 นอกจากนี้ยังพบว่าบางส่วนของผู้ป่วยยังได้รับยาต้านเกล็ดเลือดชนิด Aspirin อยู่แล้ว ร้อยละ 36.58 และ Clopidogrel ร้อยละ 8.84 บางส่วนก็ยังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Warfarin ร้อยละ 5.48 และยังมีส่วนน้อยที่ได้รับยากลุ่มใหม่อย่าง SGLT2i ร้อยละ 0.61 และได้ทบทวนการตรวจวินิจฉัยก่อนหน้าที่จะมานอนโรงพยาบาลครั้งนี้ พบว่า เคยทำ Echocardiogram ร้อยละ 11.28 เคยสวนหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 1.83 และเคยทำบายพาสหัวใจ (CABG) ร้อยละ 0.61 ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของยาที่ผู้ป่วยใช้รักษาก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล (n=328)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Furosemide	159	48.48
Aldosterone	21	6.40
ACEI/ARB	147	44.82
Beta-Blocker	99	30.18
Digoxin	24	7.32
Aspirin	120	36.58
Clopidogrel	29	8.84
Warfarin	18	5.48
Statin	169	51.52

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Hydralazine	33	10.06
Nitrate	34	10.37
SGLT2i	2	0.61

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของประวัติการตรวจวินิจฉัยก่อนหน้า

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Echocardiogram	37	11.28
Holter	0	0.00
Exercise stress test	0	0.00
CAG	6	1.83
CABG	2	0.61

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของสาเหตุและปัจจัยกระตุ้น (Precipitating cause)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
NSAID used	3	0.91
Salt and water retention	205	62.50
Poor medication	35	10.67
Inadequate diuretic	0	0.00
Acute coronary syndrome	38	11.59
Sepsis	68	20.73
Hypoglycemia	11	3.35
Amphetamine use	11	3.35
AF c RVR	39	11.89
HT emergency	18	5.49
Anemia	15	4.57
COPD	5	1.50

สำหรับปัจจัยกระตุ้นหรือ Precipitating factor ที่พบที่แพทย์ผู้ตรวจได้ระบุไว้ในเวชระเบียน พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในครั้งนี้อันดับที่หนึ่งเกิดจากภาวะการได้รับน้ำและเกลือเกิน Salt water retention สูงถึง ร้อยละ 62.5 อันดับที่สองเกิดจากสภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis ร้อยละ 20.73 เกิดจากหัวใจเต้นพริ้วและเร็ว Atrial fibrillation with rapid ventricular response (AF with RVR) ร้อยละ 11.89 และเกิดจากโรคของเส้นเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Acute coronary syndrome ร้อยละ 11.59 นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ ความดันโลหิตสูงรุนแรง Hypertensive emergency, การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ, ภาวะโลหิตจาง, ภาวะน้ำตาลต่ำ, การใช้สารแอมเฟตามีน โรคถุงลมโป่งพองกำเริบและการใช้ยาแก้ปวดชนิดไม่ใช่เสตอรอยด์ (NSAID) ร้อยละ 5.49, 10.67, 4.57, 3.35, 3.35, 1.15 และ 0.91 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผลของการรักษา

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การจำหน่าย		
กลับบ้าน	285	86.89
ส่งต่อ	4	1.21
เสียชีวิต	39	11.89
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล		
Mean(SD.)	6.14(7.38)	
Median(IQR)	3.00(6)	
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลใน 1 ปี		
Mean(SD.)	1.26(0.76)	
Median(IQR)	1.0(0)	

ผลการรักษา พบว่า สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ร้อยละ 86.89 ส่งต่อร้อยละ 1.21 และเสียชีวิตร้อยละ 11.89 จำนวนวันที่นอน โรงพยาบาลเฉลี่ยคือ 6.14 วัน มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 วัน จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลต่อปีอยู่ที่ 1.26 วัน และค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วัน

วิจารณ์

การศึกษาทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในปัจจุบันมีการศึกษาขนาดใหญ่ 3 การศึกษา ได้แก่ Thai ADHERE ของประเทศไทย[3] และUSADHERE จากประเทศสหรัฐอเมริกา[6] และ EHFS I และ II จากกลุ่มประเทศยุโรป[7-8] เป็นการศึกษาแบบลงทะเบียนผู้ป่วยในศูนย์โรคหัวใจและผู้ป่วยได้รับการประเมินการทำงานของหัวใจครบถ้วน ซึ่งอาจจะแตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ทั้งในแง่ของลักษณะทางคลินิกและผลการรักษา

ประเด็นแรกคือพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็น 62.7 ปี ซึ่งน้อยกว่าทั้งสามการศึกษาข้างต้น โดยอายุเฉลี่ยของ EHFS II คือ 69.7 ปี Thai ADHERE คือ 64.0 ปี และ US ADHERE คือ 72.5 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่าอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในบริบท

ของโรงพยาบาลทั่วไปอาจทำได้ไม่ครอบคลุมเท่ากับในการศึกษาในต่างประเทศทำให้พบภาวะหัวใจล้มเหลวได้เร็วกว่า หรืออาจจะเกิดเพราะความแตกต่างของช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยที่การศึกษานี้ทำหลังจาก 3 การศึกษาข้างต้นหลายปีอาจกล่าวได้ว่า อาจมีปัจจัยบางอย่างที่กระตุ้นให้ในปัจจุบันสามารถพบผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอายุน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งอาจต้องศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาถัดไป

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้มีประวัติหัวใจล้มเหลวกำเริบมาก่อนร้อยละ 58.23 ซึ่งน้อยกว่า Thai ADHERE (ร้อยละ 66.5) และ US ADHERE (ร้อยละ 75.0) แต่ก็ยังสูงกว่าผู้ป่วยจาก EHFS II (ร้อยละ 44.5) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้อาจได้รับการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงได้ดีระดับหนึ่ง การกำเริบของโรคหัวใจล้มเหลวจึงน้อยกว่าสองการศึกษา แต่ก็ยังมีสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นอื่นๆที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขบางอย่างอยู่จึงทำให้การกำเริบยังเกิดขึ้นอยู่มากกว่าการศึกษาจาก EHFS II มาก

สาเหตุส่วนหนึ่งที่สาเหตุยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือแก้ไขอาจดูได้จากที่ผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้รับการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจมาก่อนน้อยมากเพียงร้อยละ 11.8 และมีผู้ที่ได้รับการสอนหัวใจหลอดเลือดเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้นซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของงานวิจัยต่างประเทศ[9] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความขาดแคลนของเครื่องมือในการช่วยวินิจฉัยรวมถึงขาดแคลนบุคคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งองค์ความรู้ในปัจจุบันในการวางแผนการรักษาทั้งการให้ยาและคำแนะนำต่างๆอาจต้องมีการนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบด้วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะมีระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ก็มีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการวินิจฉัยรักษาได้จริง ทั้งระยะทางที่ไกล การรอคอยคิวเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจที่นานหลายเดือน ทำให้การรักษาอาจไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยอาจมีการกำเริบของโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันอีกครั้งก่อนได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ

โรคร่วมที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในการศึกษานี้เป็นอยู่อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 71.65 โรคเบาหวานร้อยละ 45.12 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.12 และโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 ขึ้นไปร้อยละ 40.55 ซึ่งทั้งสามโรคนี้ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัวซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ[10-11] ซึ่งจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและสุดท้ายจะทำให้เกิดการบีบตัวที่ผิดปกติของหัวใจจนเกิดเป็นโรคหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังได้ในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 21.04 เคยเส้นเลือดหัวตีบมาก่อน และผู้ป่วยร้อยละ 12.20 มีภาวะหัวใจเต้นมาก่อน แต่ยังมีการกำเริบของโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้อยู่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เองอาจต้องมาวิเคราะห์เป็นรายๆ เพื่อทบทวนว่านอกจากการดูแลด้านเส้นเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจเต้นพริ้วแล้ว เคยมีการสืบค้นถึงสาเหตุอื่นๆของโรคหัวใจล้มเหลวและได้รับยาสำหรับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยอย่างครบถ้วนแล้วหรือไม่ ซึ่งหากสืบคนเพิ่มแล้วอาจจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในคนไข้กลุ่มนี้เพิ่มเติมได้

ส่วนเรื่องของการได้รับการตรวจวินิจฉัยด้านหัวใจก่อนหน้าก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังได้รับการตรวจวินิจฉัยด้านหัวใจน้อยมาก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการตรวจภาพสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) เพียงร้อยละ 11.28 อาจเป็นเพราะในโรงพยาบาลทั่วไป ไม่มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ และมีบุคคลากรหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นไม่เพียงพอกับคนไข้ทำให้คนไข้ยังได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง รวมถึงยังขาดแคลนเครื่องมือการตรวจภาพสะท้องหัวใจอย่างเหมาะสมอีกด้วย ซึ่งการไม่ได้ทำการตรวจอย่างเหมาะสมจะทำให้การปรับยาต้านระบบประสาท และฮอร์โมน เช่น ยา ACEI/ARB, Betablocker, Spironolactone อาจทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ มีผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่ และเคยสวนหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 0.61 เท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ยังเข้าถึงระบบการตรวจวินิจฉัยด้านหัวใจได้น้อยมากๆ การพัฒนาระบบจึงอาจมีความสำคัญเช่น พัฒนาบุคลากรทั้งแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่เทคนิค โดยการส่งอบรมระยะสั้นด้านการตรวจภาพสะท้อนหัวใจให้สามารถทำภาพสะท้อน

หัวใจในระดับเบื้องต้นที่จำเป็นได้ และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ มีแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ ให้มีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่จำเป็นได้มากขึ้น และจะต้องมีการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาใหม่ๆที่จำเป็นตามองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาอีกด้วย

การวินิจฉัยแรกรับ ผู้ป่วยมักจะมาด้วยการหายใจหอบเหนื่อยเกือบทั้งหมด และการตรวจร่างกาย และการเอ็กซ์เรย์ปอดเพื่อวินิจฉัย ทำได้ค่อนข้างสมบูรณ์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่า Congestive heart failure ทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจทำได้ไม่ยากมากเพราะอาการค่อนข้างเด่นชัด และการตรวจเพิ่มเติมก็ทำได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพียงพอในระดับหนึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ[12] และยังพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวและใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) ร้อยละ 28.65 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงแสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก

สาเหตุของการเกิดหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ มากที่สุดคือการได้รับน้ำและเกลือเกิน (Salt and water retention) มากถึงร้อยละ 62.5 แสดงถึงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง สาเหตุรองลงมาคือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 20.73 ซึ่งภาวะติดเชื้อในเลือดนี้ก็พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งในงานวิจัยในต่างประเทศเช่นกัน[13] และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลอยู่แล้ว โดยที่พยาธิสรีรวิทยาของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมักจะทำให้การทำงานของหัวใจแย่ลงด้วยสาเหตุต่างๆ ทั้งการลดลงของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium dysfunction) ภาวะ Volume depletion จากเกิด Vasodilatation ของ Vessel และการเพิ่มขึ้นของ Vascular permeability ทำให้ Intravascular volume ลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ Venous return ลดลง Cardiac out put จึงลดลงตาม[14] และยิ่งไปกว่านั้นการเพิ่มขึ้นของ Vascular permeability ใน Pulmonary vessel ก็จะส่งเสริมให้เกิดภาวะ Pulmonary congestion ได้มากยิ่งขึ้นไปอีก ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจึงเกิดได้เร็วและรุนแรงมากขึ้น

หากมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว ก็จะยิ่งส่งเสริมให้มีภาวะแทรกซ้อนเป็นหัวใจวายเฉียบพลันร่วมด้วยได้ เช่นกัน ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นพริ้วร่วมด้วยถึงร้อยละ 11.89 ภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 11.59 และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 10.67 สังเกตได้ว่าภาวะนี้ล้วนแล้วแต่เป็นภาวะที่อาจจะป้องกันได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้คนไข้กลุ่มนี้มากขึ้น เช่น การจัดตั้งคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure clinic) เพื่อให้สหวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการเข้ามาช่วยดูแล เรื่องอาหารที่เหมาะสม การจำกัดโซเดียมในอาหาร ให้เภสัชกรเข้ามาช่วยแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม เป็นต้น อาจจะช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้

ผลของการรักษาในการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เสียชีวิตร้อยละ 11.89 ซึ่งมากกว่าการศึกษา Thai ADHERE ที่ร้อยละ 5.5 มากกว่าเท่าตัว แต่ก็มีการส่งต่อต่ำเพียงร้อยละ 1.2 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษา Thai ADHERE ที่ร้อยละ 5.7 แสดงว่าระบบของการรักษายังทำไม่ได้ดีพอและระบบการส่งต่อเพื่อรักษาคนไข้หนักที่เกินศักยภาพ ก็ยังทำได้ไม่มีประสิทธิภาพพอเช่น เพราะถ้าคนไข้ที่หนักและสามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่าได้มากขึ้น อัตราการตายก็อาจจะลดลงได้

จุดเด่นของงานวิจัย คือเรื่องการเก็บข้อมูลงานประชากรทั้งหมด โดยไม่ได้ใช้เพียงการสุ่มเก็บตัวอย่าง แต่ใช้การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาลด้วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันใน 1 ปี ทำให้น่าจะได้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงในโรงพยาบาลได้มากที่สุด และงานวิจัยนี้ได้มีการปรับปรุงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาให้เข้ากับแนวทางการรักษาในปัจจุบันมากขึ้น เช่น การให้ยา SGLT2i ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้ายังมีข้อมูลน้อยกว่ามาก

แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ข้อมูลที่สำคัญอาจจะยังไม่ครบถ้วนเช่น อัตราการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่าง (LV ejection fraction) และข้อมูลอื่นๆจากภาพสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) ยังมีน้อยมากๆ หากในอนาคตมีการพัฒนาระบบการบริการแล้วและผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้รับการตรวจภาพสะท้อนหัวใจมากขึ้น การศึกษาเรื่องหัวใจล้มเหลวน่าจะดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งนี้มีอายุเฉลี่ย 62.71 ปี เป็นหญิงและชายใกล้เคียงกัน มีโรคร่วมหลายโรค มีโรคร่วมเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบทั้งหมด โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายพบเสียงผิดปกติในปอด ตรวจเอ็กซ์เรย์ปอดก็จะพบว่ามีหัวใจโต ผู้ป่วยแรกรับเกือบทั้งหมดจะได้รับการวินิจฉัยว่า Congestive heart failure เกือบทั้งหมดจะได้ทำเอกซเรย์ปอดและได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจวินิจฉัยก่อนหน้ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้ทำการตรวจภาพสะท้อนหัวใจ ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการได้รับเกลือและน้ำเกินรองลงมาพบว่าเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและโรคหัวใจชนิดอื่นๆเช่น โรคหัวใจเต้นพริ้ว หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง การศึกษานี้พบว่าผลการรักษามีอัตราการตายที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษาอื่นและมีการส่งต่อที่ต่ำกว่าด้วย สะท้อนให้เห็นว่ายังมีประเด็นหลายประเด็นที่ต้องพัฒนาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีจัดตั้งคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นองค์รวมทุกมิติ เพื่อให้ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้นและจะเป็นประโยชน์โดยรวมกับโรงพยาบาลทั้งการลดภาระงานของบุคลากรและลดค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Khan M S, Sreenivasan J, Lateef N, Abougergi M S, Greene S J, Ahmad T, et al. Trends in 30- and 90-Day Readmission Rates for Heart Failure. Circ Heart Fail. 14(4):e008335.
2. Reyes E B, Ha J W, Firdaus I, Ghazi A M, Phrommintikul A, Sim D, et al. Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care. Int J Cardiol. 2016 Nov;223:163–7.3.
3. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). Glob Heart. 2010;5(3):89-95.
4. Ponikowski P, Voors A A, Anker S D, Bueno H, Cleland J G F, Coats A J S, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129–200.
5. ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.
6. Atherton J J, Hayward C S, Wan Ahmad W A, Kwok B, Jorge J, Hernandez A F, et al. Patient Characteristics From a Regional Multicenter Database of Acute Decompensated Heart Failure in Asia Pacific (ADHERE International–

Asia Pacific). J Card Fail. 2012;18(1):82–8.

7. Brophy J M, Deslauriers G, Rouleau J L. Long-term prognosis of patients presenting to the emergency room with decompensated congestive heart failure. Can J Cardiol. 1994;10:543–7.
8. Gheorghiade M, Abraham W T, Albert N M, Greenberg B H, O'Connor C M, She L, et al. Systolic blood pressure at admission, clinical characteristics, and outcomes in patients hospitalized with acute heart failure. JAMA. 2006;296:2217–26.
9. Harrington J, Jones W S, Udell J A, Hannan K, Bhatt D L, Anker S D, et al. Acute Decompensated Heart Failure in the Setting of Acute Coronary Syndrome. JACC Heart Fail. 2022;10(6):404–14
10. Löfman I, Szummer K, Hagerman I, Dahlström U, Lund L H, Jernberg T. Prevalence and prognostic impact of kidney disease on heart failure patients. Open Heart. 2016;3(1):e000324.
11. Parry H M, Deshmukh H, Levin D, Van Zuydam N, Elder D H J, Morris A D, et al. Both High and Low HbA1c Predict Incident Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus. Circ Heart Fail. 2015;8(2):236–42.
12. Elias A, Agbarieh R, Saliba W, Khoury J, Bahouth F, Nashashibi J, et al. SOFA score and short-term mortality in acute decompensated heart failure. Sci Rep. 2020;10(1):20802.
13. Merx M W, Weber C. Sepsis and the Heart. Circulation. 2007;116(7):793–802.
14. Yusuf S, Pfeffer M A, Swedberg K, Granger C B, Held P, McMurray J J, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved Trial. The Lancet. 2003;362(9386):777–81.

การศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

"Competency in Elderly Healthcare of Health Personnel at Primary Care Units, Mae La Noi District, Mae Hong Son Province

บุญเลิศ ศรีอารีย์*

Boonlert Sriaree

Corresponding author: E-mail; mr.sriaree@hotmail.com

(Received: September 9, 2025; Revised: September 16, 2025; Accepted: October 16, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงและพัฒนาแบบผสมผสาน (Mixed methods Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 15 คำถาม โดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา มาตรประมาณค่า ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและหาปัจจัยทำนายสมรรถนะด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณรายงานผลด้วย 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 รวมทั้งการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 52.50, SD. = 18.25) โดยสมรรถนะด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean= 50.20, SD. = 16.12) ด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 46.80, SD. = 16.90) การทดสอบ Pearson's correlation พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = 0.583$, $p < .001$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ระบุว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด ($\beta = 0.56$, $p < .001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย มีอุปสรรคด้านเวลาและปริมาณงานไม่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งความห่างไกลของพื้นที่และภาษาในการสื่อสาร

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทางพัฒนาสมรรถนะเน้นการอบรมแบบแบ่งเนื้อหาการเรียนรู้ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ขนาดเล็กและกระชับ มีสื่อดิจิทัลที่สั้นและเข้าใจง่ายในเวทีประชุมประจำเดือน เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและมีระบบพี่เลี้ยงตามระดับการปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

คำสำคัญ : สมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; บุคลากรสาธารณสุข

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ลาป่าแก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Abstract

Purposes : This study aimed to examine the competencies in elderly health care, identify factors associated with such competencies, and explore approaches to enhancing the competencies of health personnel working at sub-district health-promoting hospitals in Mae La Noi District, Mae Hong Son Province.

Study Design : This study employed a mixed-methods research and development design.

Materials and Methods : The sample consisted of 40 health personnel who met the inclusion and exclusion criteria. Data were collected through structured questionnaires and interviews comprising 15 items. The instruments demonstrated good quality, with a content validity index ranging from 0.67 to 1.00 and an overall Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, mean scale interpretation, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression with a 95% confidence interval at a significance level of .05. Qualitative data were analyzed through content analysis.

Main findings : The participants' overall competency in elderly health care was at a moderate level (Mean = 52.50, SD. = 18.25). The service dimension scored the highest (Mean = 50.20, SD. = 16.12), whereas the coordination dimension had the lowest mean score (Mean = 46.80, SD. = 16.90). Pearson's correlation revealed a statistically significant positive relationship between work experience and competency in elderly health care ($r = 0.583$, $p < .001$). Stepwise multiple regression indicated that work experience was the strongest predictor of competency ($\beta = 0.56$, $p < .001$). Qualitative findings showed challenges in inter-agency and network coordination, time constraints, and heavy workloads that hindered capacity development, as well as geographical and linguistic barriers affecting communication.

Conclusion and Recommendation : The recommended competency development approach emphasizes modular, concise training sessions integrated into monthly meetings, supported by short and comprehensible digital learning materials. Experiential learning and a mentorship system tailored to operational levels and local communication contexts are proposed to enhance health personnel competency in elderly care effectively.

Keywords : Elderly health care competency; Elderly; Public health personnel

*Senior Public Health Technical Officer, Mae La Pa Ka Primary Care Unit, Mae Hong Son Province.

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ.2553 - 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี พ.ศ.2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ.2583 และจากผลการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[1] ในปี พ.ศ.2567 พบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 14,027,411 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 5 ลำดับแรก (ไม่รวม กทม.) เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา 575,128 คน เชียงใหม่ 451,761 คน อุบลราชธานี 401,029 คน ขอนแก่น 395,680 คน และสมุทรปราการ 386,458 คน จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) จากการสำรวจข้อมูลประชากรในปี พ.ศ.2567 จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีประชากรทั้งหมด 245,251 คน โดยเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 64,036 คน โดยอำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3 ลำดับแรก คืออำเภอแม่สะเรียง จำนวน 8,350 คน อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จำนวน 6,713 คน และอำเภอแม่ลาน้อย จำนวน 5,134 คน[2] จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้นเป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้นด้วย ตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ถึงแม้ว่าประชากรไทยจะมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ 99.9 โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 73.8 ระบบประกันสังคมร้อยละ 16.7 และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.1 แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย

จากนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มีเป้าหมายการปฏิรูปสาธารณสุขใน 10 ประเด็นสำคัญ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คลินิกหมอครอบครัว แผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEF) ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร โดยยุทธศาสตร์ชาติที่ใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระยะ 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 1.4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรมโดยมีกรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1.4.1 การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม 1.4.2 การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ และ 1.4.3 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย[3] การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวม โดยระบบบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน และเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิตติยภูมิระบบสุขภาพระดับอำเภอ เช่นเดียวกับพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ห่างจากศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอนระยะทาง 134 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 1,337 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุม 8 ตำบล รวม 69 หมู่บ้าน โดยประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา ร้อยละ 76.15 จากประชากรทั้งหมด 35,968 คน

เป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 4,674 คน มีสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 11 แห่ง[4] โดยมีบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 40 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการดูแลประชากรจำนวน 114 คน ต่อบุคลากรสาธารณสุข 1 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจากการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี คือ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 248 รายในปี พ.ศ.2565 เป็น 271 ราย และ 296 ราย ในปี พ.ศ.2567 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นจาก 88 รายในปี พ.ศ.2565 เป็น 107 ราย และ 105 รายในปี พ.ศ.2567 ตามลำดับ ซึ่งข้อจำกัดของการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ บุคลากรมีภาระงานมากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ยังมีปัญหาในการควบคุม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และการพัฒนา SERVICE PLAN ยังมีส่วนขาดในด้านการพัฒนาบุคลากร สถานที่ ครุภัณฑ์ ระบบ IT และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ขาดระบบฐานข้อมูลในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล รวมทั้งความรู้และทักษะในการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การทำ Advance Care Planning: ACP รวมถึงแนวทางการทำงานเชื่อมต่อการดูแลกับชุมชนและช่องทางการประสานที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ จึงมีความสนใจที่ศึกษาแนวทางส่งเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้สนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัย รวมทั้งเพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม นโยบาย และยุทธศาสตร์ในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูประบบการให้บริการสุขภาพของพื้นที่ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาแบบผสมผสาน (Mixed methods Research and Development) การศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาแบบผสมผสาน (Mixed methods Research and Development) โดยการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์ระดับสมรรถนะและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะที่ 2 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อค้นหาปัจจัยเกื้อหนุน อุปสรรค และบริบทสำคัญโดยการสนทนากลุ่มเชิงลึก และระยะระดมความคิดเห็นและสังเคราะห์แนวทางเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการศึกษาหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 40 คน หรือ 100% ของกลุ่มประชากร (Purposive) ใช้ในการศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีอายุการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

2. ไม่อยู่ระหว่างการทำเรื่องขอโอน/ย้าย หรือเปลี่ยนหน่วยงาน

3. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. เป็นบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเรียบร้อยแล้ว

2. เป็นบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่อยู่ระหว่างการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. อาสาสมัคร ไม่สะดวก ไม่สบายใจ ที่จะให้ข้อมูลประกอบการวิจัย

2. อาสาสมัครประสบอุบัติเหตุระหว่างการวิจัยหรือป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลประกอบการวิจัยได้

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติโครงการ (Termination criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอออกจากการวิจัยเกินกว่าร้อยละ 50

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[5] พร้อมทั้งปรับปรุงเนื้อหาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่และการรับรู้นโยบาย ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ผู้สุงอายุในพื้นที่และการรับรู้นโยบาย จำนวน 14 ข้อ และข้อมูลสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 28 ข้อ

ประเภทที่ 2 แบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับการทำกิจจกรรมสนทนากลุ่มในระยะที่ 2 ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดของ PMQA มิติกระบวนการประกอบด้วยการบริหารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมิติผลลัพธ์ คือ มาตรฐานการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะจำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 2 กิจกรรมการระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 7 ประเด็นสำคัญ

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of itemobjective congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ที่ 0.89 ถือว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' s alpha coefficient) โดยผลการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha แยกตามด้านดังนี้ ด้านการบริหารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ α=0.968 ด้านการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ α=0.955 และด้านการประสานงานภาคส่วนต่างๆ α=0.980 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีขั้นตอนการศึกษาวิจัย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 55 ข้อ และในขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจำนวน 15 คำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่และการรับรู้นโยบาย แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลการรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและร้อยละ (Percentage) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 8 ข้อ มีมาตรการวัดเป็นระดับช่วง (Interval scale) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ คือ ไม่เคยรับรู้นโยบาย รับรู้นโยบายแต่ไม่ค่อยชัดเจน รับรู้นโยบายชัดเจนปานกลาง รับรู้นโยบายชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ และรับรู้นโยบายชัดเจนมากที่สุด

3) ข้อมูลสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรวมคะแนนแต่ละข้อ แล้วคำนวณคะแนนรวมของแต่ละบุคคล แปลงคะแนนดิบเป็นร้อยละจัดระดับสมรรถนะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง พอใช้ ปานกลาง ดี และดีมาก

4) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบาย กับสมรรถนะด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation)

5) หาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ การรับรู้นโยบาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise (Stepwise Multiple Regression)

6) ศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สรุปผลประชุมกลุ่มแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การพิทักษสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายเลขรับรอง MHS REC 017.2568

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 จบการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ตามลำดับ

ในด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีข้อมูลในลักษณะที่หลากหลายโดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 0-5 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ทั้งนี้ผู้ที่เคยได้รับการอบรมมีจำนวนเรื่องที่เข้าร่วมอบรมอยู่ที่ 1-2 เรื่องจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และอีก 7 คน และได้รับการอบรมอยู่ที่ 3-5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.50

1) การรับรู้สถานการณ์และการรับรู้นโยบาย จากการศึกษาการรับรู้สถานการณ์และการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่าด้านการรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในทุกประเด็นโดยมีประเด็นที่มีการรับรู้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 100.00 จำนวน 2 ประเด็น คือ (1) ปัจจุบันแนวโน้มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ (2) ในยุทธศาสตร์ที่ 1.4 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัยเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ และ

เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข สำหรับประเด็นที่มีการรับรู้น้อยที่สุด จำนวน 2 ประเด็น คือ (4) ท่านได้รับการถ่ายทอด ชี้แจงแนวทาง และวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากหน่วยงานต้นสังกัดเป็นประจำทุกปี โดยมีการรับรู้ที่ร้อยละ 85.00 และประเด็น (6) หน่วยงานของท่านมุ่งเน้นการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ มีการรับรู้ร้อยละ 95.00 เมื่อพิจารณาข้อมูลในประเด็นที่มีการรับรู้น้อยที่สุดร้อยละของการรับรู้ก็ยังคงเกินร้อยละ 80 ซึ่งกล่าวได้ว่าบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อยกว่าร้อยละ 80 มีการรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ (n = 40)

ประเด็นสถานการณ์	การรับรู้(ร้อยละ)		
	ใช่	ไม่ใช่	รวม
1. ปัจจุบันแนวโน้มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง	40 (100.00)	0 (0.00)	40 (100)
2. แผนพัฒนาระบบริการ (Service plan) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายรัฐบาลและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีที่มีเป้าหมายการปฏิรูปสาธารณสุขใน 10 ประเด็นสำคัญ	39 (97.50)	1 (2.50)	40 (100.00)
3. ในยุทธศาสตร์ที่ 1.4 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัยเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข	40 (100.00)	0 (0.00)	40 (100.00)
4. ท่านได้รับการถ่ายทอด ชี้แจงแนวทาง และวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากหน่วยงานต้นสังกัดเป็นประจำทุกปี	34 (85.00)	6 (15.00)	40 (100.00)
5. หน่วยงานของท่านมีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	39 (97.50)	1 (2.50)	40 (100.00)
6. หน่วยงานของท่านมุ่งเน้นการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่	38 (95.00)	2 (5.00)	40 (100.00)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 27.04, SD. = 6.64) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ มีการรับรู้นโยบายชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยนโยบายที่มีระดับ การรับรู้ชัดเจนมากที่สุดคือ ข้อที่ 3 “หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมอบรม/ประชุมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” (Mean = 3.65, SD. = 0.88) ในขณะที่นโยบายที่มีระดับการรับรู้น้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 “หน่วยงานของท่านมีนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุ” (Mean= 2.65, SD. = 0.80) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ (n = 40)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่	ระดับการรับรู้นโยบาย(ร้อยละ)						
	Mean	SD.	มากที่สุด	ส่วนใหญ่	ปานกลาง	ไม่ชัดเจน	ไม่เคยรับรู้
1. หน่วยงานของท่านมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ	2.65	0.80	4 (10.00)	6 (15.00)	22 (55.00)	6 (15.00)	2 (5.00)
2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุถูกถ่ายทอดและชี้แจงให้บุคลากรเข้าใจอย่างทั่วถึง	2.70	0.82	5 (12.50)	7 (17.50)	21 (52.50)	5 (12.50)	2 (5.00)
3. หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมอบรม/ประชุมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.65	0.88	8 (20.00)	14 (35.00)	16 (40.00)	2 (5.00)	0 (0.00)
4. การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม	3.30	0.85	6 (15.00)	12 (30.00)	18 (45.00)	3 (7.50)	1 (2.50)
5. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข	3.50	0.83	7 (17.50)	13 (32.50)	16 (40.00)	3 (7.50)	1 (2.50)
6. หน่วยงานของท่านติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	3.40	0.89	6 (15.00)	12 (30.00)	17 (42.50)	4 (10.00)	1 (2.50)
7. บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ	3.35	0.80	6 (15.00)	12 (30.00)	18 (45.00)	3 (7.50)	1 (2.50)
8. หน่วยงานของท่านนำผลลัพธ์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการดูแลมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ	3.45	0.85	7 (17.50)	12 (30.00)	17 (42.50)	3 (7.50)	1 (2.50)
สรุปภาพรวม	**27.04**	**6.64**	**7 (17.50)**	**12 (30.00)**	**17 (42.50)**	**3 (7.50)**	**1 (2.50)**

(2) สมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่า สมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 52.50, SD. = 18.25) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และพอใช้ จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 17.50 โดยมีระดับสมรรถนะอยู่ในระดับดีมากเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00

ในขณะที่ ในระดับต้องปรับปรุงมีสูงถึง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 (Mean= 52.50, SD. = 18.25) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านพบว่า สมรรถนะด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean= 50.20, SD. = 16.12) ในขณะที่ด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 46.80, SD. = 16.90) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 40)

สมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน(ร้อยละ)						
	Mean	SD.	ต้องปรับปรุง	พอใช้	ปานกลาง	ดี	เชี่ยวชาญ
1. ด้านการบริหารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	47.90	15.68	4 (10.00)	8 (20.00)	16 (40.00)	10 (25.00)	2 (5.00)
2. ด้านการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	50.20	18.25	3 (7.50)	8 (20.00)	18 (45.00)	8 (20.00)	3 (7.50)
3. ด้านการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ	46.80	16.90	5 (12.50)	9 (22.50)	14 (35.00)	9 (22.50)	3 (7.50)
4. ด้านการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลง	48.11	15..89	4 (10.00)	9 (22.50)	15 (37.50)	10 (25.00)	2 (5.00)
5. ด้านผลลัพธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	48.90	15.48	4 (10.00)	8 (20.00)	17 (42.50)	9 (22.50)	1 (5.00)
สรุปภาพรวม	**52.50**	**18.25**	**5 (12.50)**	**7 (17.50)**	**14 (35.00)**	**12 (30.00)**	**2 (5.00)**

จากการพิจารณาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้านว่าค่าเฉลี่ยของสมรรถนะอยู่ในช่วง 46.80 – 50.20 (Mean= 46.80 - 50.20, SD. = 15.48 – 118.25) คือมีสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ทุกด้าน โดยสมรรถนะด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean= 50.20, SD. = 16.12) ในขณะที่ด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 46.80, SD. = 16.90) โดยมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางอยู่ระหว่างร้อยละ 35-45 กลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับดีมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 20-25 ระดับพอใช้ ร้อยละ 20 -22 ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 7-12 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับดีมากมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 – 7.5 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังคงมีสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ควรส่งเสริมทักษะการทำงานแบบบูรณาการด้านบริการและผลลัพธ์ฯ ควรพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานใหม่ ๆ และเพิ่มการฝึกภาคปฏิบัติ

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

(Pearson's correlation) ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายกับคะแนนสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงาน (r = 0.371, p = .018) และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (r = 0.583, p < .001) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุ (r = 0.222, p = .168) และการรับรู้นโยบาย (r = -.030, p = .856) ไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนรวมสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) (n = 40)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Pearson's correlation (n = 40)		
	r	95% CI	p
อายุ	0.222	-0.096, 0.499	.168
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.371	0.068, 0.612	.018
ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.583	0.332, 0.757	<.001
การรับรู้นโยบาย	-0.030	-0.338, 0.285	.856

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาก่อนมีแนวโน้มที่จะมีสมรรถนะโดยรวมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสะสมประสบการณ์จริงในงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายาวนานจะมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นเช่นกัน ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ช่วยยืนยันว่าประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (β = 0.41, p < .01, SD. = 19.30) โดยมีค่า R^2 = 0.370 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise Multiple Regression (n = 40)

ตัวแปรทำนาย	Stepwise Multiple Regression (n = 40)				
	B	SE	β	t	p
ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.59	.33	0.56	4.82	<.001
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.48	0.21	0.28	2.29	.027
Constant	38.41	7.24		5.31	<.001

R^2 = 0.370

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปร ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (B) เท่ากับ 1.59 และค่าน้ำหนักมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.56 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าจะมีระดับสมรรถนะสูงขึ้น โดยประสบการณ์เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดในสมการ ในขณะที่ตัวแปรระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่า B เท่ากับ 0.48 ($\beta = 0.28$, $p = .027$) แสดงว่าผู้ที่มีระยะเวลาทำงานนานกว่าจะมีแนวโน้มสมรรถนะสูงขึ้นเช่นกันผลนี้ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์และระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อสมรรถนะของบุคลากร สอดคล้องกับแนวคิดด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ว่า “ประสบการณ์การทำงานสะสม” ช่วยเพิ่มความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดสมรรถนะในระดับสูงขึ้น

4) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน (Mean= 52.50, SD. = 18.25) สาเหตุสำคัญได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ความห่างไกล ความขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่มาก และปัจจัยเฉพาะพื้นที่ทั้งด้านภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลให้การนำองค์ความรู้และนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงมีข้อจำกัดผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แม้บุคลากรจะมีการรับรู้นโยบายหรือเข้ารับการอบรมแล้ว แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากบริบทเฉพาะของพื้นที่ห่างไกล อาทิ ข้อจำกัดด้านการเดินทาง ขาดระบบติดตามสนับสนุน และความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาในชุมชน แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ไม่ใช่เพียงการเพิ่มชั่วโมงอบรมหรือการรับรู้นโยบายเท่านั้น แต่เน้นการฝึกปฏิบัติภาคสนาม (Onsite mentorship) การสร้างระบบพี่เลี้ยง และการปรับใช้สื่อหรือคู่มือที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของชุมชน องค์ประกอบเหล่านี้ถูกออกแบบขึ้นเพื่อลดช่องว่างระหว่าง “การรับรู้” กับ “การปฏิบัติจริง” ก่อให้เกิดประโยชน์ในหลายมิติทั้งการเพิ่มสมรรถนะบุคลากร ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของพื้นที่ในระยะยาว

ตารางที่ 6 แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กิจกรรม	วิธีเรียนรู้/ผู้สอน	ผลลัพธ์
ระบบ LTC และการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	วิธี Online (Zoom) + รพ.แม่ข่าย - Online module วิทยากรกรมอนามัย - Workshop ฝึกใช้ ADL/IADL/Nutrition/Fall risk วิทยากรพยาบาลเวชปฏิบัติ รพ.แม่ข่าย	เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้แบบประเมินมาตรฐานกับผู้สูงอายุจริง ≥5 ราย
ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ	วิธี Mobile training unit /ห้องประชุม รพ.แม่ข่ายวิทยากรทีม ER / EMS รพ.แม่ข่าย - Simulation (CPR, FAST test, shock) - Case-based discussion จากเคสจริง	เจ้าหน้าที่ผ่าน Skill check list ภาวะฉุกเฉิน ≥80%

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วิธีเรียนรู้/ผู้สอน	ผลลัพธ์
การจัดการยาและโรคเรื้อรัง	วิธี Online lecture วิทยากร รพ.แม่ข่ายเภสัชกร รพ.แม่ข่าย/อายุรแพทย์ - Workshop medication review polypharmacy, ADR	ทำ Medication review ผู้สูงอายุ ≥3 ราย
Telehealth และ HDC/LTC	**วิธี Online lecture /Tele consult** **วิทยากร รพ.แม่ข่ายเภสัชกร รพ.แม่ข่าย/อายุรแพทย์** - Hands-on บันทึก HDC/LTC - Mock tele consult ส่ง Case ไป รพ.แม่ข่าย	รพ.สต. ส่งเคส Teleconsult จริง ≥1 ครั้ง/เดือน
Palliative Care	**วิธี Online lecture /Tele consult** **วิทยากร รพ.แม่ข่ายเภสัชกร รพ.แม่ข่าย/อายุรแพทย์** - Lecture: Advance care plan - Role play การสื่อสาร - ใช้ Pain scale / Delirium tool Cluster training	Care plan ระยะท้าย ≥1 ราย/รพ.สต.
การดูแลแบบองค์รวมและการฟื้นฟู	วิธี ใช้เวทีประชุมประจำเดือน วิทยากรศูนย์สุขภาพอำเภอกกายภาพบำบัด + นักโภชนาการ + จิตแพทย์ชุมชน - Workshop: exercise, Nutrition plan - Mental health screening practice	จัดกิจกรรมฟื้นฟูในชุมชน ≥1 ครั้ง

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อยู่ในระดับสูงทุกประเด็น โดยเฉพาะสองประเด็นที่มีการรับรู้ร้อยละ 100 ได้แก่ (1) แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในอำเภอแม่ลาน้อยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ (2) ยุทธศาสตร์ที่ 1.4 ว่าด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย ซึ่งเป็นแนวทางที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระทรวงสาธารณสุข ผลนี้สะท้อนว่าบุคลากรในพื้นที่มีความตระหนักรู้ต่อปัญหาสังคมสูงวัยอย่างชัดเจน และเข้าใจบทบาทของตนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากผลการศึกษาการรับรู้สถานการณ์และการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในทุกประเด็นโดยมีประเด็นที่มีการรับรู้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 100 จำนวน 2 ประเด็น คือ (1) ปัจจุบันแนวโน้มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ (2) ในยุทธศาสตร์ที่ 1.4 การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัยเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

ด้านการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 27.04, SD. = 6.64) โดยนโยบายที่มีระดับการรับรู้ชัดเจนมากที่สุด คือ ข้อที่ 3 “หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมอบรม/ประชุมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” (Mean= 3.65, SD. = 0.88) ในขณะที่นโยบายที่มีระดับการรับรู้น้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 “หน่วยงานของท่านมีนโยบาย การดูแล

ผู้สูงอายุ” (Mean= 2.65, SD. = 0.80) สอดคล้องกับงานของ ยมนา ชนะนิล และคณะ[6] ที่ระบุว่าปัจจัยด้าน “แรงจูงใจภายใน” และ “การอบรมที่ได้รับ” มีอิทธิพลต่อระดับสมรรถนะและการรับรู้นโยบายของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าการถ่ายทอดนโยบายให้มีความหมายในระดับปฏิบัติควรควบคู่กับการเสริมสร้างแรงจูงใจและความเข้าใจเชิงโครงสร้างของนโยบาย

ผลการศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่า สมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 52.50, SD. = 18.25) คือมีสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ทุกด้าน โดยสมรรถนะด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean= 50.20, SD. = 16.12) ในขณะที่ด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 46.80, SD. = 16.90) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านพบว่า สมรรถนะด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean= 50.20, SD. = 16.12) ในขณะที่ด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean= 46.80, SD. = 16.90) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังคงมีสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง งานของ Pattra S, et al.[7] ยังสนับสนุนว่า “สมรรถนะการสื่อสาร” เป็นองค์ประกอบหลักที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ และควรถูกพัฒนาเป็นองค์ประกอบสำคัญของกรอบสมรรถนะบุคลากรในอนาคต

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation) ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายกับคะแนนสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงาน ($r = 0.371$, $p = .018$) และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.583$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ช่วยยืนยันว่าประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด ($\beta = 0.41$, $p < .01$, SD. = 19.30) โดยมีค่า $R^2 = 0.370$ โดยประสบการณ์เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดในสมการ ในขณะที่ตัวแปรระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่า B เท่ากับ 0.48 ($\beta = 0.28$, $p = .027$) แสดงว่าผู้ที่มีระยะเวลาทำงานนานกว่าจะมีแนวโน้มสมรรถนะสูงขึ้นเช่นกันผลนี้ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์และระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อสมรรถนะของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับสอดคล้องกับงานของ Hanklang S & Sivasan S[8] ที่ศึกษาความมีประสิทธิผลของการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงาน (Project-Based Learning; PjBL) พบว่านักศึกษามีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุหลังการฝึกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้าน “การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical evidence)” ที่ไม่แตกต่างจากก่อนฝึก ซึ่งสะท้อนว่า สมรรถนะหลายมิติโดยเฉพาะด้านคุณภาพการดูแลและจริยธรรม สามารถพัฒนาได้ผ่านการปฏิบัติจริง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน (Mean= 52.50, SD. = 18.25) สาเหตุสำคัญได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ความห่างไกล ความขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่มาก และปัจจัยเฉพาะพื้นที่ทั้งด้านภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลให้การนำองค์ความรู้และนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง

แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ไม่ใช่เพียงการเพิ่มชั่วโมงอบรมหรือการรับรู้นโยบายเท่านั้น แต่เน้นการฝึกปฏิบัติภาคสนาม (Onsite mentorship) การสร้างระบบพี่เลี้ยง และการปรับใช้สื่อและคู่มือที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของชุมชน องค์ประกอบเหล่านี้ถูกออกแบบขึ้นเพื่อลดช่องว่างระหว่าง “การรับรู้” กับ “การปฏิบัติจริง” ก่อให้เกิดประโยชน์ในหลายมิติ ทั้งการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร ลดความเหลื่อมล้ำ

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของพื้นที่ในระยะยาว ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวทางของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[9] ที่เสนอให้พัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการฝึกปฏิบัติภาคสนามต่อเนื่อง และการเรียนรู้ตามบริบทชุมชน พร้อมสร้างระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้าง เช่น การจัดพี่เลี้ยงประจำพื้นที่ การสื่อสารนโยบายแบบล่างขึ้นบน และการพัฒนาคู่มือภาษาท้องถิ่น เพื่อให้บุคลากรสามารถเชื่อมโยงนโยบายสาธารณสุขเข้ากับการปฏิบัติได้จริง และนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอนในครั้งนี้ มีจุดเด่นของการวิจัย (Research Strengths) ดังนี้ 1) การออกแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research and Development) ซึ่งครอบคลุมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้เข้าใจทั้งระดับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเข้าใจบริบทของพื้นที่ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานได้อย่างครบถ้วน 2) คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นสูง (Cronbach's alpha = 0.98) ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีความเที่ยงและมีความน่าเชื่อถือ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมทั้งสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการหาปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise รวมทั้งการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการอธิบายข้อเท็จจริงในเชิงลึก 4) พื้นที่การศึกษาเป็นพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไปและยังไม่มีการศึกษาวิจัยในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกมาก่อน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์การปฏิบัติงานจริงของพื้นที่ห่างไกล ซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะทั้งด้านภาษา วัฒนธรรม และโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข และ 5) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้จากการศึกษา สามารถใช้ได้จริงและมีความเหมาะสมตามบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ รวมทั้งข้อเสนอด้านการฝึกปฏิบัติภาคสนาม (Onsite mentorship) การจัดระบบพี่เลี้ยง และการพัฒนาสื่อภาษาท้องถิ่นสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) และตอบโจทย์เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยในหลายๆ ด้าน ดังนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย (Research Limitations) ดังนี้

1) ข้อจำกัดด้านขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) ซึ่งถึงแม้ว่าจะศึกษา 100% ของจำนวน ประชากรแล้วก็ตาม ผลการศึกษาไม่อาจเป็นตัวแทนในพื้นที่อื่นๆ ในบริบทเดียวกันได้ต้องมีการศึกษาซ้ำในพื้นที่ลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อยืนยันผล ซึ่งการศึกษาในครั้งต่อไปจำเป็นต้องขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ ร่วมด้วย 2) พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษามีความเฉพาะทั้งด้านลักษณะภูมิประเทศ บริบททางสังคม ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และภาษา ซึ่งผลการศึกษาไม่สามารถสรุปให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นได้ 3) ข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทำให้สามารถทำได้เพียงศึกษาในระยะสั้นเท่านั้น ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะหลังการพัฒนาหรือทดลองใช้แนวทางการพัฒนาได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรจากพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นตัวแทนมากขึ้นและสามารถวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างบริบทของพื้นที่ต่าง ๆ ได้

2. ควรมีการศึกษาสมรรถนะด้านการประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ และการบริหารจัดการผู้สูงอายุอย่างละเอียด เช่น การติดตามผล การวางแผนรายบุคคล และการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม

3. ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยเฉพาะพื้นที่ เช่น ระยะทาง ความยากลำบากในการเข้าถึงผู้สูงอายุ

ภาษา และวัฒนธรรม เพื่อออกแบบแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf
2. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานข้อมูลสุขภาพจังหวัดแม่ฮ่องสอน [อินเทอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://msn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=aceedbddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf19497b064a
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60.
4. ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน. ข้อมูลทั่วไปอำเภอแม่ลาน้อย [อินเทอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.maehongson.go.th/new/public-health/
5. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.don.go.th/?page_id=917
6. ยมนา ชนะนิล, สุนันทา ครองยุทธ, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, อรทัย บุญชูวงศ์, เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2567;34(2):125-37.
7. Pattra S, Siphai S, Hirunwan D, Lamluk P. Communication Competencies of Caregivers of Dependent Elderly People: A Case Study of Chaiyaphum Province, Thailand. Universal Journal of Public Health. 2025;13(14);990-9.
8. Hanklang S, Sivasan S. Effectiveness of the project-based learning program on Thai nursing student competency for elderly care in the community. Journal of Health Research. 2021;35(2):132–46.
9. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO [Internet]. 2015 [cited 2025 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of a behavioral modification program for elderly care with a history of drug-resistant infections in the responsibility area of Nong Phok Hospital, Roi Et Province

อาภัสรา ธรรมสาร*

Arpassara Thammasan

Corresponding author: E-mail: Prueksasit23@gmail.com

(Received: September 13, 2025; Revised: September 20, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา อายุ 60-79 ปี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (โรงพยาบาลหนองพอก) จำนวน 35 คน ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มเปรียบเทียบ (โรงพยาบาลโพนทอง) จำนวน 35 คน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ส่วน ได้แก่ การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : โดยการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรู้ ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ควรมีการขยายผลโปรแกรมนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; เชื้อดื้อยา; ผู้สูงอายุ; การดูแลตนเอง; คุณภาพชีวิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare the mean difference scores of knowledge regarding the prevention of drug-resistant infections, perceived self-efficacy, social support, quality of life of older adults, and self-care behaviors for the prevention of drug-resistant infections, within and between the experimental group and the comparison group, before and after the experiment.

Study Design : A Quasi-Experimental Research, Two-Group Pretest-Posttest Design.

Materials and Methods : The sample consisted of older adults with a history of drug-resistant infections, aged 60-79 years, divided into an experimental group (Nongphok Hospital) of 35 people, receiving the behavioral modification program, and a comparison group (Phon Thong Hospital) of 35 people. The program consisted of 4 main activities: knowledge provision, exercise, environmental modification, and practice of self-care regularly. Data were analyzed using Paired t-test and Independent t-test statistics.

Main findings : By comparing the mean difference scores of knowledge regarding the prevention of drug-resistant infections, perceived self-efficacy in infection prevention, social support, quality of life of older adults, and self-care behaviors for the prevention of drug-resistant infections, within and between the experimental group and the comparison group before and after the experiment, it was found that after the experiment, the experimental group had mean difference scores for knowledge regarding the prevention of drug-resistant infections, perceived self-efficacy in infection prevention, social support, quality of life of older adults, and self-care behaviors for the prevention of drug-resistant infections higher than before the experiment and higher than the comparison group with a statistical significance level of .05 ($p<.001$).

Conclusion and Recommendation : The behavioral modification program for the care of older adults with a history of drug-resistant infections has high effectiveness in developing knowledge, self-efficacy, social support, quality of life, and self-care behaviors for the prevention of drug-resistant infections. This program should be expanded to promote health and reduce the spread of drug-resistant infections in the older adult population subsequently.

Keywords : Behavioral modification program; Drug-resistant infection; Older adults; Self-care; Quality of life

*Professional Nurse, Nong Phok Hospital, Roi Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance; AMR) เป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้เป็นวาระเร่งด่วนด้านสุขภาพ เพราะการดื้อยาส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากต่อการแก้ไขการดื้อยาเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เชื้อแบคทีเรียสามารถปรับตัวและต้านทานต่อยาที่ใช้รักษา[1] ในประเทศไทยการติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น และมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมาก[2] นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าเชื้อดื้อยาหลายขนานเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย Acinetobacter spp. และ Pseudomonas spp. ซึ่งมักพบในโรงพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยวิกฤต โดยการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดการแพร่กระจายของเชื้อและช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล[3] การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และประเทศไทยได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัญหานี้ สาเหตุหลักของการติดเชื้อดื้อยามักเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือการใช้ยาปฏิชีวนะเกินขนาดและเกินระยะเวลาที่กำหนด ปัญหานี้ส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียพัฒนาความต้านทานต่อยาที่ใช้รักษาโรค ทำให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 100,000 รายต่อปี โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยามากกว่า 30,000 ราย นอกจากนี้ ยังมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงถึง 40,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ส่งผลให้การจัดการและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมักมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งเพื่อต่อสู้กับโรคประจำตัวซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาของเชื้อดื้อยา ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองและการป้องกันเชื้อดื้อยาในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเสริมสร้างการรับรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิภาพ[4]

จากรายงานผู้ป่วยเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสำรวจ ปี พ.ศ.2567 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา จากรายงานคลินิกผู้ป่วยเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จากการสำรวจ ปี พ.ศ.2567 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีประวัติเชื้อดื้อยา จำนวน 74 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 โดยแบ่งตามประเภทของเชื้อดื้อยา ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพชนิด Eschrichia coli. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.1 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลหนองพอก พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้การติดเชื้อซ้ำและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น การดูแลรักษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของเชื้อดื้อยา การขาดการปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา และขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยยังไม่มีการรับรู้ว่าโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาสามารถลดลงได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การป้องกันหรือการชะลอการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาจึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และสังคม การให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงวิธีการป้องกันเชื้อดื้อยา

และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยลดการติดเชื้อซ้ำ และลดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบการดูแลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จึงสนใจศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีเชื้อดื้อยาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และลดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีเชื้อดื้อยาในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา จำนวน 35 คน กลุ่มเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนทอง ที่ได้จากการคำนวณ และไม่ได้รับโปรแกรมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา จำนวน 35 คน

ประชากรและตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาและมีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองพอก และเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาและมีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอกและเขตโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ (Significant Level) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.80 ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่ค่าต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวนขนาดตัวอย่างที่ได้จากงานวิจัยเรื่องผลของประสิทธิผลของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลแม่สาย[2] ได้แก่ Effect size =0.80 , α 0.05 และ Power (1-β err prop) = 0.90

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน รวมเป็น 56 คน และ เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 25 หรือ 7 คน ในแต่ละกลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งหมดเป็น 70 คน โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา และมีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาและมีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 35 คน

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลหนองพอกและโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นผู้ที่มีประวัติ

เชื้อดื้อยา เป็นผู้ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับปกติ สามารถเดินและทรงตัวได้ดี สามารถสื่อสาร โต้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยินและการพูด ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ข้อเข่าเสื่อมแบบรุนแรง โรคระบบทางเดินหายใจระยะรุนแรง มีอาการปวดข้อขณะเคลื่อนไหว และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น และมีความสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยลงนามในใบยินยอม

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ทุกครั้งต่อเนื่องตลอดเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้สูงอายุที่มีโอกาสขาดการติดตามจากการย้ายไปต่างถิ่นระหว่างการจัดกิจกรรม มีอาการกำเริบของโรคอย่างฉับพลัน ที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ประเมินตอบว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” ทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยคำตอบที่ถูก ได้ 1 คะแนน และคำตอบที่ผิด ได้ 0 คะแนน และมีคะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยมี 4 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-OLD-THAI) ของศรายุทธ ชูสุทน[5] ข้อคำถามจะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบเครื่องมือ

ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอคำปรึกษาและให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรง หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาก่อนนำไปทดลองใช้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item–Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่โรงพยาบาลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้ KR-20 และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา เท่ากับ 0.70 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ เท่ากับ 0.77 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มจากนำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข

จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองพอก กับโรงพยาบาลโพนทองเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยในสถานบริการสังกัด จากนั้นชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ และทำความเข้าใจกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้งสองพื้นที่อย่างรอบด้าน ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) แล้วจึงดำเนินการทดลองตามแผนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ และปิดท้ายด้วยการจัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผลความน่าเชื่อถือของการศึกษาโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. สถิติอนุมาน การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ α= 0.05 เพื่อ

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาข

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 0682567 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.6 มีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 6.67 ปี) ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.71 kg/m² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 5.83 kg/m²) มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 54.3 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.9 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.4 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 74.3 มีอายุเฉลี่ย 66.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 6.91 ปี) ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 23.84 kg/m² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน 5.84 kg/m²) มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 80.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.1 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	
		%	จำนวน	%	จำนวน
เพศ	ชาย	11	31.4	9	25.7
	หญิง	24	68.6	26	74.3
อายุ	Mean(SD.)	68.11(6.67)		66.60(6.91)	
ดัชนีมวลกาย	Mean(SD.)	23.71(5.83)		23.84(5.84)	
สถานภาพ	โสด	3	8.6	1	2.9
	แต่งงาน	19	54.3	28	80.0
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	13	37.1	6	17.1
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	20	57.1	17	48.6
	รับจ้างทั่วไป	1	2.9	1	2.9
	แม่บ้าน	3	8.6	2	5.7
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	17.1	11	31.4
	เกษตรกรรม	5	14.3	4	11.4
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	33	94.3	25	71.4
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2	5.7	10	28.6
โรคประจำตัว	ไม่มี	22	62.9	19	54.3
	มี	13	37.1	16	45.7
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
	ไม่ดื่ม	32	91.4	27	77.1
	ดื่ม	3	8.6	8	22.9
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	30	85.7	25	71.4
	สูบ	5	14.3	10	28.6

กลุ่มทดลอง พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา หลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.34 คะแนน (95% CI: 4.67, 6.00) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 13.92 คะแนน (95% CI: 13.11, 14.71) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p<.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 16.48 คะแนน (95% CI: 15.12, 17.84) 4) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 26.49 คะแนน (95% CI: 23.49, 29.47) และ 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา หลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 10.34 คะแนน (95% CI: 9.61, 11.06) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน					
ก่อนทดลอง	35	8.00(1.87)	5.34	4.67-6.00	<.001
หลังการทดลอง	35	13.34(1.02)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนทดลอง	35	18.22(3.74)	13.92	13.11-14.71	<.001
หลังการทดลอง	35	32.14(3.20)			
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนทดลอง	35	24.20(4.04)	16.48	15.12-17.84	<.001
หลังการทดลอง	35	40.68(3.63)			
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	35	68.48(9.41)	26.49	23.49-29.47	<.001
หลังการทดลอง	35	94.97(3.65)			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนทดลอง	35	17.20(2.36)	10.34	9.61-11.06	<.001
หลังการทดลอง	35	27.54(1.83)			

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.012) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.17 คะแนน (95% CI: 0.04, 0.30) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.366) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.23 คะแนน

(95% CI: -0.73, 0.27) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.629) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.14 คะแนน (95% CI: -0.73, 0.45) 4) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.257) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 1.48 คะแนน (95% CI: -4.10, 1.13) และ 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.255) โดยพบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.25 คะแนน (95% CI: -0.70, 0.19) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน					
ก่อนทดลอง	35	8.14(1.75)	-0.17	-0.04-0.30	.012
หลังการทดลอง	35	7.97(1.59)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนทดลอง	35	17.68(2.99)	-0.23	-0.73-0.27	.366
หลังการทดลอง	35	17.45(2.51)			
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนทดลอง	35	25.31(3.61)	-0.14	-0.73-0.45	.629
หลังการทดลอง	35	25.17(3.97)			
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	35	74.05(9.83)	-1.48	-4.10-1.13	.257
หลังการทดลอง	35	72.57(5.20)			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนทดลอง	35	16.42(1.83)	-0.25	-0.70-0.19	.255
หลังการทดลอง	35	16.17(1.04)			

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรม

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.001) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน					
กลุ่มทดลอง	35	13.34(1.02)	5.37	4.73-6.01	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	7.97(1.59)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
กลุ่มทดลอง	35	32.14(3.20)	14.69	13.31-16.05	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	17.45(2.51)			
แรงสนับสนุนทางสังคม					
กลุ่มทดลอง	35	40.68(3.63)	15.51	13.69-17.33	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	25.17(3.97)			
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ					
กลุ่มทดลอง	35	94.97(3.65)	22.40	20.25-24.54	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	72.57(5.20)			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
กลุ่มทดลอง	35	27.54(1.83)	11.37	10.65-12.08	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.17(1.04)			

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยาต่อโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 13.34 คะแนน เทียบกับ 7.97 คะแนน p<.001 ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรม “รู้เท่าทันเชื้อดื้อยาและการดูแลเบื้องต้น” ที่ดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และการดูแลที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเพิ่มขึ้นของความรู้นี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของประภาวดี เวชพันธ์ และคณะ[6] ที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะช่วยให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และ

อัษฎางค์ สุทนต์[7] ที่พบว่าคะแนนความรู้ภายหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับจุฬาพร ขำดี[1] ที่พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการป้องกันเชื้อดื้อยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งเน้นย้ำว่าการให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติ และการเพิ่มขึ้นของความรู้นี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ เช่น Schramm et al.[8] ที่พบว่าผู้สูงอายุซึ่งได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมมากขึ้นและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญ

2) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 32.14 คะแนน เทียบกับ 17.45 คะแนน p<.001 ซึ่งน่าจะมาจากความสำเร็จในการฝึกปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม โดยเฉพาะ กิจกรรม “การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ” ที่มีการฝึกปฏิบัติจริงและบันทึกกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับการป้องกันเชื้อดื้อยาได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับประภาวดี เวชพันธ์ และคณะ[6] ที่พบว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

3) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 40.68 คะแนน เทียบกับ 25.17 คะแนน p<.001 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมและทีมงานวิจัย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ได้รับความห่วงใยและกำลังใจ ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานของโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรม การสร้างแรงสนับสนุนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการของนุชจรี พันธุ์โยศรี และคณะ[9] และปัทมา ชัยชุมภู[2] ที่กล่าวถึง การทำงานเป็นทีม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ซึ่งในบริบทของผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์และแรงจูงใจร่วมกันจากกลุ่มย่อมส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนตามแนวทางป้องกันเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ ผลลัพธ์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและความมั่นใจในการดูแลตนเองยังสอดคล้องกับงานของ AlRawashdeh et al.[10] ที่สรุปว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ติดเชื้อดื้อยาหากได้รับข้อมูลและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะมีความร่วมมือและสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

4) ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 94.97 คะแนน เทียบกับ 72.57 คะแนน p<.001 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เป็นผลลัพธ์โดยรวมจากการที่ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากโปรแกรมในทุกมิติ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของ ความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (จากการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การดูแลสุขอนามัย และการจัดการสิ่งแวดล้อม) ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อซ้ำ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย มั่นใจ และ ควบคุมสุขภาพของตนเองได้ ลดความวิตกกังวลด้านสุขภาพ และยังได้รับประโยชน์ทางด้านร่างกายจาก กิจกรรม “ออกกำลังกายเสริมเพิ่มภูมิคุ้มกัน” ในโปรแกรม แม้ว่างานวิจัยที่นำมาทบทวนจะดำเนินการที่บุคลากรทางการแพทย์ แต่แนวคิดเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกัน การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการป้องกันเชื้อดื้อยาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับความสำเร็จของอัษฎางค์ สุทนต์[7] และปัทมา ชัยชุมภู[2] ในการเพิ่มทักษะและพฤติกรรมการป้องกัน) ย่อมส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

5) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นๆ โดยค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 27.54 คะแนน เทียบกับ 16.17 คะแนน p<.001 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้เกิดจากการบูรณาการของทุกกิจกรรมในโปรแกรม ตั้งแต่ความรู้ที่เพิ่มขึ้น (นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง) การรับรู้ความสามารถที่เพิ่มขึ้น (สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ) และแรงสนับสนุนทางสังคม (กระตุ้นให้เกิดการทำอย่างต่อเนื่อง) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐาน

ของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในวงกว้าง ซึ่งพบในการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย เช่น ปัทมา ชัยชุมภู[2] ที่พบว่าการใช้กระบวนการพยาบาล 4 องค์ประกอบช่วยเพิ่มการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในพยาบาล และอัษฎางค์ สุทนต์[7] ที่พบว่าการใช้แนวทางผสมผสานช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่นำไปสู่การควบคุมเชื้อดื้อยาในงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในสถานพยาบาล เช่น นุชจรี พันธุ์โยศรี และคณะ[9] ที่พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 8 กิจกรรมจนอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลง และปัทมา ชัยชุมภู[2] ที่พบว่าการสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามของพยาบาล โดยเฉพาะด้านการแยกผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์[3] ชี้ให้เห็นว่า ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยายังเป็นจุดอ่อนในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และการมีระบบรายงานที่เข้มแข็งเพื่อควบคุมปัญหาเชื้อดื้อยาในภาพรวม นอกจากนี้ ผลการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตยังสอดคล้องกับงานของ Gillitzer et al.[11] ที่แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความพึงพอใจ และการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งสนับสนุนว่าการสื่อสาร และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุในบริบทโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงาน

1) ขยายผลโปรแกรมสู่เครือข่ายบริการสุขภาพและผู้ดูแล เนื่องจากโปรแกรมแสดงประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างชัดเจน โรงพยาบาลหนองพอก ควรขยายผลการใช้โปรแกรมนี้ไปยังผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยาในเขตรับผิดชอบทั้งหมด และ ถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical Practice Guideline: CPG) สำหรับผู้ดูแลและญาติในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองและลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาอย่างยั่งยืนในชุมชน

2) บูรณาการกิจกรรมเข้ากับระบบงานประจำ เพื่อความยั่งยืน ควรพิจารณา บูรณาการองค์ประกอบหลักของโปรแกรม (เช่น การให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และกิจกรรมออกกำลังกายเสริมภูมิคุ้มกัน) เข้ากับ ชมรมผู้สูงอายุ หรือคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง (NCD Clinic) ในโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต. เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องใช้ทรัพยากรวิจัย โดยเฉพาะการใช้ “การสนับสนุนทางสังคม” (Peer Support) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มาเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเดียวกันดูแลและกระตุ้นซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวและการเกิดซ้ำของเชื้อดื้อยา ควรมีการวิจัยติดตามผล (Follow-up Study) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองยังคงอยู่หรือไม่ และที่สำคัญคือศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการติดเชื้อดื้อยาซ้ำ อัตราการนอนโรงพยาบาล หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมในเชิงการแพทย์อย่างแท้จริง

2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุติดเชื้อดื้อยา เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หรือวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อเจาะลึกปัจจัยและกลไกที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในมิติทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเชื้อดื้อยา เพื่อทำความเข้าใจว่าองค์ประกอบใดของโปรแกรม (เช่น การออกกำลังกาย หรือการมีเพื่อนร่วมกลุ่ม) ที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาพร ขำดี. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีประจันต์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2567;7(1):113-30.
2. ปัทมา ชัยชุมภู. ประสิทธิผลของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา. 2564;1(1):47-63.
3. ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์. การประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารเภสัชกรรมสาธารณสุข. 2566;3(2):75-88.
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. ศรายุทธ ชูสุทน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
6. ประภาวดี เวชพันธ์, อรอุมา โชติมโนธรรม, สิริพงษ์ แทนไธสง, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):76-87.
7. อัษฎางค์ สุทนต์. ผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการสำนักสาธารณสุขมหาสารคาม. 2565;6(12):70-80.
8. Schramm L, Byrne M K, Sweetnam T. Antibiotic Misuse Behaviours of Older People: Confirmation of the Factor Structure of the Antibiotic Use Questionnaire. Antibiotics. 2023;12(4):718.
9. นุชจรี พันธุ์โยศรี, เพิ่มพูน ศิริกิจ, พชรวรรณ คูสกุลรัตน์, นุชนาถ บุญมาศ, นิศมา แสนศรี. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(พิเศษ):186-99.
10. AlRawashdeh M M, Ishak A, Al-Bunnia A, Agouridis A P, Lytras T, Spernovasilis N, et al. Patient Experiences and Perceptions with Infections Due to Multidrug-Resistant Organisms: A Systematic Review. Pathogens. 2024; 13(9):817.
11. Gillitzer V, Rath A, Caplunik-Pratsch A, Däumling S, Schneider-Brachert W, Gaube S. Counselling Sessions for Patients in Contact Isolation Due to MDROs Improve Informedness and Reduce Dissatisfaction. Journal of Hospital Infection. 2024;53-59.

การพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Seamless Care Service Model for Stroke Patients: Implementation in Roi Et Province

ศศิวิมล วิบูลชัย*
Sasiwimon Vibulchai
Corresponding author: E-mail: sasiday@gmail.com
(Received: September 13, 2025; Revised: September 20, 2025; Accepted: October 20, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและประสิทธิภาพของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ระบุช่องว่างของการบริการและความท้าทายที่ต้องแก้ไขในระบบบริการปัจจุบัน และเสนอรูปแบบการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดร้อยเอ็ดและเขตสุขภาพที่ 7

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 7, ข้อมูล Stroke Tour, และฐานข้อมูล HDC ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 ตัวชี้วัดที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ อัตราการได้รับยา rt-PA, ระยะเวลาเฉลี่ย Door-to-Needle (DTN), อัตราตายในโรงพยาบาล และการครอบคลุมของระบบ Tele-stroke วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบ (Descriptive & Comparative Analysis) และนำเสนอผลผ่านตารางและกราฟประกอบ

ผลการวิจัย : พบว่าอัตราการได้รับยา rt-PA ในจังหวัดร้อยเอ็ดเพิ่มขึ้นจาก 10.0% (พ.ศ. 2565) เป็น 13.9% (พ.ศ. 2567) สูงกว่าค่าเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ 7 (10.5%) และค่าเฉลี่ยประเทศ (9.0%) ระยะเวลาเฉลี่ย DTN ลดลงจาก 74 นาที ในปี พ.ศ.2565 เหลือ 68 นาทีในปี พ.ศ.2567 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (78 นาที) อัตราตายในโรงพยาบาลของจังหวัดร้อยเอ็ดลดลงจาก 8.2% เหลือ 7.7% ในช่วงเวลาเดียวกัน ขณะที่ประเทศอยู่ที่ 8.3% และความครอบคลุมของระบบ Tele-stroke ในเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มจาก 65% (18 Node) ในปี พ.ศ.2565 เป็น 92% (29 Node) ในปี พ.ศ.2567

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อในจังหวัดร้อยเอ็ดและเขตสุขภาพที่ 7 ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ ลดระยะเวลาการรักษาและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ควรขยายการลงทุนด้าน CT Scan และ Endovascular Therapy (EVT) ให้ครอบคลุมโรงพยาบาล Node, พัฒนาศักยภาพระบบ Tele-stroke, การอบรมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องด้าน Rehabilitation เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในระดับประเทศ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบบริการไร้รอยต่อ; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To analyze the trends and efficiency of stroke service systems using secondary data, Identify service gaps and challenges that need improvement, and propose a seamless stroke care model applicable in Roi Et province and Health Region 7, Thailand.

Study design : Descriptive study with quantitative analysis.

Materials and Methods : Secondary data were retrieved from health inspection reports, Stroke Tour records, and the Health Data Center (HDC) database during 2022–2024. Indicators included the proportion of ischemic stroke patients receiving intravenous rt-PA, mean Door-to-Needle Time (DTN), in-hospital mortality rate, and Tele-stroke coverage. Data were analyzed using descriptive and comparative statistics, and results were presented through tables and graphs.

Main findings : The rt-PA administration rate in Roi Et increased from 10.0% in 2022 to 13.9% in 2024, higher than Health Region 7 (10.5%) and the national average (9.0%). The mean DTN decreased from 74 minutes (2022) to 68 minutes (2024), shorter than the national average (78 minutes). In-hospital mortality in Roi Et decreased from 8.2% to 7.7%, compared with 8.3% nationally. Tele-stroke coverage in Health Region 7 expanded from 65% (18 Node hospitals) in 2022 to 92% (29 Node hospitals) in 2024.

Conclusion and recommendations : The seamless stroke care model in Roi Et and Health Region 7 significantly improved access to timely treatment, reduced DTN, and lowered in-hospital mortality. Investment in CT Scan and Endovascular Therapy (EVT) capacity at Node hospitals, expansion of Tele-stroke systems, workforce training for multidisciplinary stroke teams, and integration of rehabilitation services are recommended to ensure sustainability and nationwide scalability.

Keyword : Development of Seamless Care Service Model; Stroke Patients

---

*Registered Nurse: Professional Level, Provincial Public Health Office, Roi Et.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และเป็นสาเหตุหลักของความพิการถาวร[1] ในประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราการป่วยและเสียชีวิตสูง[2-3]

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีประชากรมากกว่า 4 ล้านคน และจังหวัดร้อยเอ็ดถูกกำหนดให้เป็น Hub Stroke Center เพื่อพัฒนาระบบ Node–Hub–Spoke ให้เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่[2-7]

การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน (I-SAN Stroke Network) ซึ่งริเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ.2551 เป็นกรณีศึกษาสำคัญที่ทำให้เกิดการขยายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ[8] อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัด เช่น การเข้าถึง CT Scan, ความล่าช้าในการส่งต่อ และจำนวนบุคลากรจำกัด[7] ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพ และแนวโน้มของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดร้อยเอ็ดเมื่อเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ พร้อมทั้งนำเสนอรูปแบบบริการไร้รอยต่อที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและประสิทธิภาพของระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ระบุช่องว่างของการบริการและความท้าทายที่ต้องแก้ไขในระบบบริการปัจจุบัน และเสนอรูปแบบการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดร้อยเอ็ดและเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) จากข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากระบบบริการสุขภาพ[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60-I69) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด และ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2565–2567[3-7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อมูลบันทึกในฐานข้อมูล Health Data Center (HDC), รายงานตรวจราชการ และข้อมูลจากโครงการ Stroke Tour ของเขตสุขภาพที่ 7[7-8]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากรายงานตรวจราชการ, ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูลเครือข่าย I-SAN Stroke Network และรายงาน Stroke Tour เขตสุขภาพที่ 7[7-8]

ตารางตรวจสอบตัวชี้วัด (Checklist) สำหรับอัตราการได้รับยา rt-PA, ระยะเวลา Door-to-Needle (DTN), อัตราตายในโรงพยาบาล และความครอบคลุมของระบบ Tele-stroke[5-6,9-10]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกรวบรวมจากเอกสารรายงานทางราชการ, ฐานข้อมูล HDC, และรายงานผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนนำ เข้าสู่การวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานตรวจราชการ, Stroke Tour เขตสุขภาพที่ 7, และฐานข้อมูล HDC ระหว่างปี พ.ศ.2562–2567

ประชากรที่ศึกษา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60–I69) ในจังหวัดร้อยเอ็ด และเขตสุขภาพที่ 7

ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ป่วย, อัตราการได้รับยา rt-PA, ค่าเฉลี่ย Door-to-Needle Time (DTN), อัตราตายในโรงพยาบาล, การใช้ Tele-stroke และ Node Coverage

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์เชิงพรรณนาและเปรียบเทียบ (Descriptive & Comparative Analysis) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างจังหวัดร้อยเอ็ด, เขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการเปรียบเทียบแนวโน้มระหว่างจังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และค่าเฉลี่ยระดับประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 โดยนำเสนอผลในรูปแบบตารางและกราฟประกอบ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานทางราชการและฐานข้อมูลที่ไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วย จึงไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และดำเนินการตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1682567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567

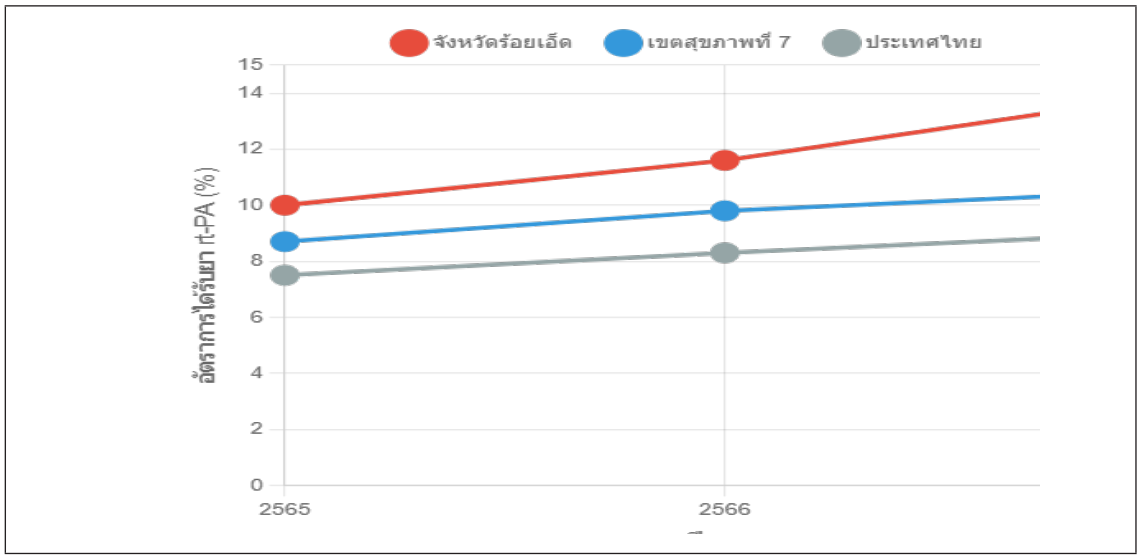
ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบจังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ สรุปได้ดังนี้

อัตราการได้รับยา rt-PA (% Ischemic Stroke) มีแนวโน้มการได้รับยา rt-PA สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic Stroke สูงขึ้นทุกปี ในทุกระดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราการได้รับยา rt-PA สูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 7 มีสมรรถนะสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ [3,7,9] ดังตารางที่ 1 และแสดงให้เห็นการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิผล ดังแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการได้รับยา rt-PA (% Ischemic Stroke)

ปี พ.ศ.	จังหวัดร้อยเอ็ด	เขตสุขภาพที่ 7	ประเทศไทย
2565	10.0%	8.7%	7.5%
2566	11.6%	9.8%	8.3%
2567	13.9%	10.5%	9.0%



แผนภูมิที่ 1 กราฟเส้นแสดงแนวโน้มอัตราการได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วย Ischemic Stroke เปรียบเทียบ

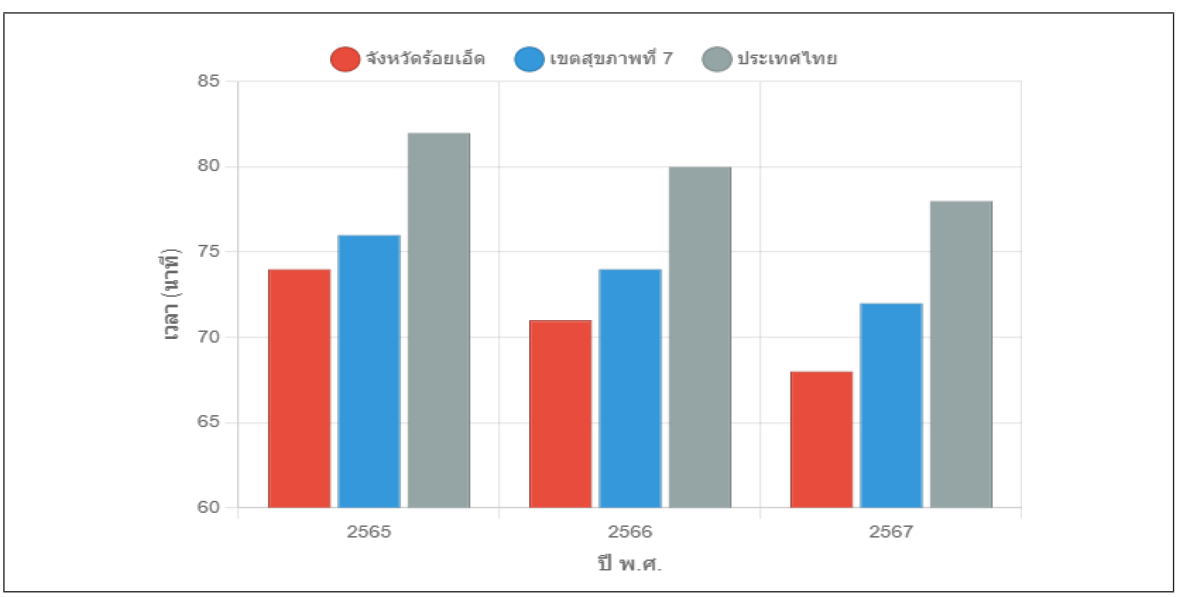
อัตราการให้ยา rt-PA (recombinant tissue Plasminogen Activator) ระหว่าง จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ

การพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้อัตราการรักษาด้วย rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป็นการวัดประสิทธิภาพของระบบ เนื่องจากประโยชน์ของยาจะสูงสุดเมื่อให้ในระยะแรก จึงใช้การวัดระยะเวลาเฉลี่ยที่ให้ยา (DTN) ผลของการวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย Door-to-Needle Time (DTN)

ปี พ.ศ.	จังหวัดร้อยเอ็ด (นาที)	เขตสุขภาพที่ 7 (นาที)	ประเทศไทย (นาที)
2565	74	76	82
2566	71	74	80
2567	68	72	78

ระยะเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door) จนได้รับยา rt-PA ทางหลอดเลือด (Needle) (หน่วย: นาที) ค่า DTN ที่สั้นลง แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบบริการที่ดีกว่า เป้าหมายตามมาตรฐานสากล คือ ต่ำกว่า 60 นาที เปรียบเทียบระดับระหว่างจังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และระดับประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 จังหวัดร้อยเอ็ดมีเวลา DTN ที่สั้นที่สุด (68 นาที ในปี 2567) ทุกระดับมีแนวโน้ม DTN ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง[9-10] แสดงประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ยังมีช่องว่างในการปรับปรุงให้เข้าใกล้เป้าหมาย 60 นาที ดังแผนภูมิที่ 2



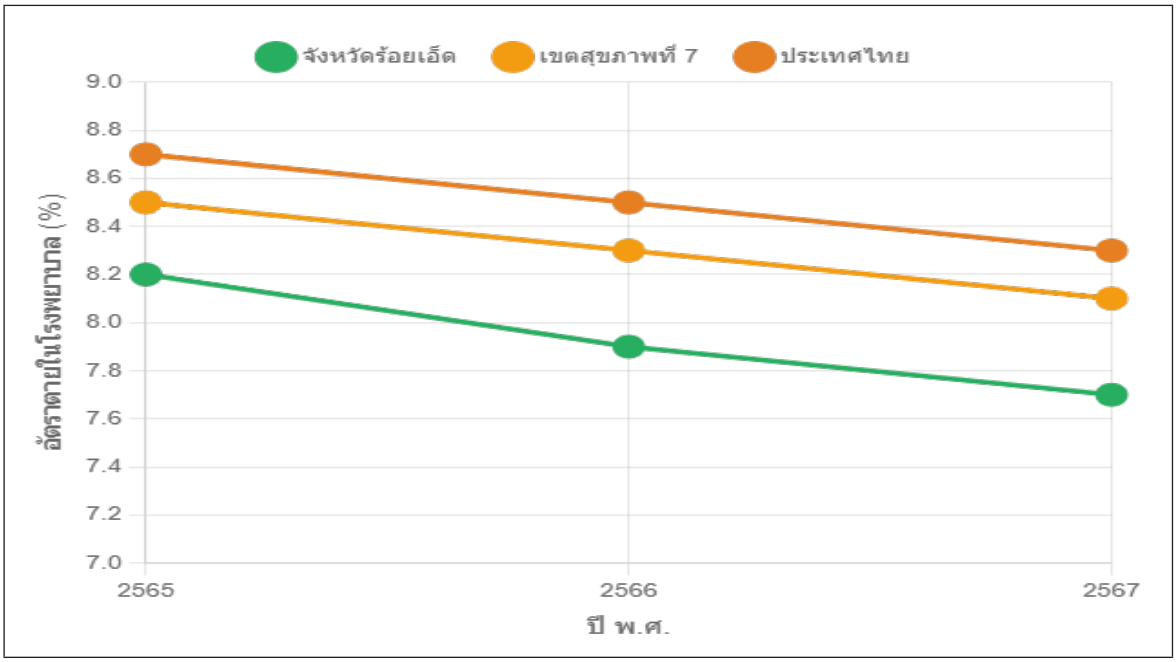
แผนภูมิที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Door To Needle Time (DTN)

อัตราตายในโรงพยาบาล (In-hospital Mortality Rate) อัตราตายที่ลดลง แสดงถึงคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น (หน่วย: เปอร์เซ็นต์) ข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565-2567 แสดงแนวโน้มที่ดีขึ้น ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราตายในโรงพยาบาล (%)

ปี พ.ศ.	จังหวัดร้อยเอ็ด	เขตสุขภาพที่ 7	ประเทศไทย
2565	8.2%	8.5%	8.7%
2566	7.9%	8.3%	8.5%
2567	7.7%	8.1%	8.3%

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะรักษาในโรงพยาบาล พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราตายต่ำที่สุด และลดลงต่อเนื่อง (7.7% ในปี 2567)[3,7] ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 กราฟเส้นแสดงอัตราตาย

Tele-stroke หมายถึง ระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทางไกลผ่านเทคโนโลยี, Node หมายถึง โรงพยาบาลอำเภอที่สามารถให้ยา rt-PA และHub หมายถึง โรงพยาบาลระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ความครอบคลุม Tele -Stroke เขตสุขภาพที่ 7 วัดจาก การเพิ่มขึ้นของ Node โดยการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลสาขา ซึ่งเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลระดับ M 2 ขึ้นไป จำนวน 32 แห่ง ขึ้นเป็น Node ที่สามารถให้ยา rt-PA[6-8] ผลการดำเนินงาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความครอบคลุมของ Tele-stroke เขตสุขภาพที่ 7

ปี พ.ศ.	จำนวน NODE	Coverage (%)
2565	18	65%
2566	23	78%
2567	29	92%

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ได้ครบทั้งการวิเคราะห์ แนวโน้มเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจริงจากรายงานของจังหวัด เขตสุขภาพและประเทศ ชี้ให้เห็นช่องว่างเชิงระบบและบริการ เสนอโมเดลพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและเชื่อมโยงกับเครือข่ายระดับประเทศ

ผลการวิจัยนี้แสดงว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยเฉพาะในด้านการได้รับยา rt-PA และการลดค่าเฉลี่ย DTN[3,5,9] สอดคล้องกับงานวิจัย Hacke et al. ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ rt-PA ภายใน 3–4.5 ชั่วโมง ช่วยลดความพิการและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต[5]

ผลลัพธ์ด้าน Tele-stroke สอดคล้องกับงานทบทวนของ Heidenreich และคณะ ที่ยืนยันว่าระบบการแพทย์ทางไกลสามารถเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที[6] การมี Node–Hub–Spoke ที่เข้มแข็งในเขตสุขภาพที่ 7 ทำให้เกิดการส่งต่ออย่างมีระบบและลดภาระของ Hub[8]

อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ย DTN ยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล (<60 นาที)[10] แสดงว่ายังต้องการพัฒนากระบวนการในระดับปฏิบัติการ เช่น การเพิ่มจำนวนบุคลากร, CT Scan และการอบรมทีม Node[7]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การลงทุน CT Scan/EVT: เพิ่มการกระจาย CT Scan ไปยังโรงพยาบาล Node และพัฒนาศักยภาพการทำ EVT ใน Hub ตามแนวทางที่กรมการแพทย์แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ทันเวลา[7,10]

2. การพัฒนา Tele-stroke: ขยายระบบ Tele-stroke ให้ครอบคลุม 100% ของ Node และพัฒนาการเชื่อมโยง Real-time ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่แสดงว่าระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต[6]

3. การอบรมบุคลากร Node: จัด Workshop และ Simulation Training เพื่อเสริมทักษะบุคลากรใน Node สำหรับการให้ยา rt-PA อย่างปลอดภัยและลดค่า DTN[7]

4. การเชื่อมโยง Rehabilitation: พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยไปสู่การฟื้นฟูในชุมชนและการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพคุณภาพสูง[4]

จุดเด่นของการวิจัย

1) โครงสร้าง Hub–Spoke ชัดเจน: การจัดกลุ่มโรงพยาบาลตามศักยภาพ Hub, Node, Primary Care Network ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ และลดความเหลื่อมล้ำ[2,8]

2) ผลลัพธ์เชิงประสิทธิภาพ: อัตราการได้รับยา rt-PA สูงขึ้น ค่าเฉลี่ย DTN ลดลง และอัตราตายในโรงพยาบาลลดลงต่อเนื่อง[3,5,9]

3) Tele-stroke ช่วยขยายการเข้าถึง: ความครอบคลุมที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทเข้าถึงการรักษามากขึ้น[6,8]

4) การพัฒนาอย่างก้าวหน้า: จังหวัดร้อยเอ็ด กำลังก้าวสู่การเป็น Comprehensive Stroke Network ที่เชื่อมโยงการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร้รอยต่อ[8]

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ยังไม่ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด เช่น อัตราความพิการระยะยาว (Disability Rate), ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness), ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร

2) การใช้ข้อมูลทุติยภูมิ อาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความน่าเชื่อถือ

3) การวิเคราะห์ ยังไม่ครอบคลุมมิติด้านคุณภาพชีวิตและภาระครอบครัวผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนข้อมูลและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2023.
2. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2558;14(2):85-92.
3. Ministry of Public Health. Stroke Registry Thailand Report 2023. Bangkok: MOPH; 2023.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 1966;44(3):166-206.
5. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3–4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008;359:1317-29.
6. Heidenreich P A, Trogdon J G, Khavjou O A, Butler J, Dracup K, Ezekowitz M D, et al. Telemedicine in stroke: a systematic review. Stroke. 2019;50:e343–50.
7. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.
8. I-SAN Stroke Network. Regional stroke care development report. Khon Kaen: Srinagarind Hospital; 2022.
9. Saver J L. Time is brain-quantified. Stroke. 2006;37:263–6.
10. Adams H P, del Zoppo G, Alberts M J, Bhatt D L, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of ischemic stroke. Stroke. 2007;38:1655-711.

การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Service System Development and Quality of Life among Intermediate Care Stroke Patients Receiving Rehabilitation with Thai Traditional and Alternative Medicine

วันวิสาข์ พรหมเมตตา*

Wanwisa Phrommetta

Corresponding author: E-mail: wanwisaphrom@gmail.com

(Received: September 18, 2025; Revised: September 25, 2025; Accepted: October 25, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการและประเมินผลระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลระบบบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาระหว่างธันวาคม 2566 - กันยายน 2567 โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยฯ จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หารูปแบบการจัดการการบริการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสม เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่ง จัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 100 มีคลินิกฝังเข็ม 7 แห่ง มีการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางทุกแห่ง ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.2566-2567 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) และดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) คิดเป็นร้อยละ 11.85, 30.13 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะกลางสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เพิ่มขึ้นถึง 2.54 เท่า และจากการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 65.56 ผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้นลดระดับการพึ่งพา (Dependency) จากครอบครัวหรือผู้ดูแล

สรุปและข้อเสนอแนะ : ในระบบบริการสุขภาพหากมีระบบบริการที่ดี มีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ด จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสามารถจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง; แพทย์แผนไทย

*แพทย์แผนไทยชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop a service system and evaluate the quality of life among intermediate care stroke patients receiving rehabilitation through Thai Traditional and Alternative Medicine.

Study design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : The study was conducted from December 2023 to September 2024 in three phases: (1) situation analysis of the existing service system and patient quality of life, (2) development of a TTCM-integrated service model, and (3) evaluation of service performance and patient outcomes. Participants included 20 health personnel responsible for TTCM services and 280 intermediate care stroke patients who received rehabilitation with Thai traditional and complementary medicine. Data were collected through interviews, service reports, and health databases (HDC, Nemo Care). Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index was used to assess functional outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and chi-square test.

Main findings : All 20 public hospitals in Roi Et Province (100%) provided integrated TTCM services for stroke rehabilitation. The proportion of intermediate care stroke patients receiving TTCM increased from 11.85% in 2023 to 30.13% in 2024 (2.54-fold rise). Among 280 patients, ADL scores improved in 65.56%, remained stable in 30%, and decreased in only 4.44%. Patients showed greater independence and reduced dependency on caregivers.

Conclusion and recommendations : Integrating Thai Traditional and Complementary Medicine into intermediate care rehabilitation enhances service accessibility, functional recovery, and quality of life among stroke patients. Establishing standardized Thai traditional medicine and alternative medicine service models with multidisciplinary collaboration can strengthen provincial health systems and provide a sustainable model for community-based stroke rehabilitation.

Keywords : Stroke; Intermediate Care; Thai Traditional Medicine

* Professional Thai Traditional Medical Doctor Roi Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย ก่อให้เกิดความพิการและการสูญเสียคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประมาณ 250,000 รายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมโยงการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสหวิชาชีพอื่นๆ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” จากข้อมูลในระบบ Health Data Center พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลางประมาณ 1,200-1,500 ราย[1] จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยได้น้อย ผู้ป่วยบางรายขาดโอกาสในการฟื้นฟูร่างกายที่ควรได้รับ จึงเกิดการพัฒนาระบบบริการร่วมกันในทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างครอบคลุม

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก หรือเกิดจาก สมอง ไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโธคมาวาตาและลมอุทธังคมาวาตา พัดระคนกัน[2] การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นช่วงสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีศักยภาพในการเสริมประสิทธิภาพการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้และภูมิปัญญา ประกอบด้วยการนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวด ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การออกกำลังกายแบบชี่กง และโยคะ[3] การบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านรูปแบบการให้บริการ มาตรฐานการดูแล และการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน[4] ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการที่ผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care)

การศึกษาวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีเป้าหมาย ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยจะนำไปสู่การสร้างแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย การพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น มีโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถส่งต่อผู้ป่วยในการฟื้นฟูต่อเนื่องได้อย่างไร้รอยต่อ ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัวและระบบสาธารณสุข ตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566 - ตุลาคม 2567 และติดตามผลการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิด PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) Plan คือ การวิเคราะห์สถานการณ์/การวางแผน (2) Do คือ การปฏิบัติตามแผน (3) Check คือ การตรวจสอบ/การติดตามผล ค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา และ (4) Act คือ การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม/การจัดทำมาตรฐานใหม่ กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์แผนไทยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง เป็น (1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน และ (2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 280 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ มีคะแนน Barthel Activities of Daily Living : ADL มากกว่า 12 คะแนน โดยแพทย์แผนปัจจุบันให้รหัสกลุ่มโรค I60-I69 และอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง ที่มีคะแนน Barthel Activities of Daily Living: ADL = 20 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางที่ไม่สามารถเข้ารับการฟื้นฟูได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1. โปรแกรม Health Data Center (HDC) เป็นระบบสารสนเทศ (Information System) และฐานข้อมูล (Data Center) ที่ใช้ในการรวบรวม วิเคราะห์และรายงานผลข้อมูลสุขภาพของประชากรในพื้นที่

2. โปรแกรม Nemo Care เป็นระบบสารสนเทศ (Information System) และ ฐานข้อมูล (Data Center) ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง

3. แบบซักประวัติผู้ป่วยระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทย ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย และสมุฏฐานตามคัมภีร์เวชศึกษา

4. ประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร

2) สุขวิทยาส่วนบุคคล 3) การลุกจากที่นอน 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน

การแปลผล

คะแนน 0-20 ระดับความสามารถน้อยมาก

คะแนน 25-45 ระดับความสามารถน้อย

คะแนน 50-70 ระดับความสามารถปานกลาง

คะแนน 75-90 ระดับความสามารถมาก

คะแนน 100 ระดับความสามารถมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบซักประวัติและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Consistency ; IOC) โดยใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.5-1.00[5] โดยเครื่องมือที่ใช้วิจัยได้ค่าอยู่ที่ระหว่าง 0.5-1.00 ทุกข้อ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha's coefficient โดยแบบซักประวัติและแบบประเมินคุณภาพชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87, 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยฯ เพื่อเป็นข้อมูลในการระดมสมองหารูปแบบการจัดการการบริการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสม

2. ผู้ให้บริการจัดบริการการดูแล/ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใช้แบบซักประวัติผู้ป่วยระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Nemo Care

3. รวบรวมผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4. ประมวลผลการเข้าถึงบริการของงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโปรแกรม Health Data Center (HDC)

5. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปประมวลผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ประกอบไปด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (IMC) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการทบทวนนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทย หัตถการในการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ดและขีดความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลและศึกษาข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยฯ จำนวน 20 คน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลในการระดมสมองหารูปแบบการจัดการการบริการแพทย์แผนไทย

ที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบไปด้วย

วงรอบที่ 1 การพัฒนาระบบบริการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวทางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด มีการจัดตั้งคณะกรรมการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ในระดับจังหวัดร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับสหวิชาชีพ จัดประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบบระยะกลางทางการแพทย์แผนไทยในแต่ละหน่วยบริการสะท้อนปัญหาในการดำเนินงาน และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและประชาสัมพันธ์การให้บริการและมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด

วงรอบที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิต ดำเนินตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดร้อยเอ็ด ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และติดตามผลการดำเนินงานผลลัพธ์หลังจากการดำเนินงานทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ประเมินผลระบบบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อน-หลัง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1702566 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 เพื่อพิจารณาก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัย ชี้แจงด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอน รูปแบบการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งความปลอดภัยของการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ของระบบบริการ และสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือก พบว่า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง รวม 20 แห่ง มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 100 มีคลินิกแพทย์แผนจีน/คลินิกฝังเข็ม จำนวน 7 แห่ง โดยมีแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน 69 คน แพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็ม จำนวน 9 คน และแพทย์แผนจีนจำนวน 7 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแล/ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางประจำโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทโรงพยาบาล	แพทย์แผนไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์	แพทย์แผนปัจจุบัน (แพทย์ฝังเข็ม)	แพทย์แผนไทยจีน
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	8	3	2
โรงพยาบาลชุมชน	61	6	5
รวม	**69**	**9**	**7**

จากการจัดประชุมสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแม้จะครอบคลุมทุกโรงพยาบาลแต่พบว่าขีดความสามารถในการให้บริการและความสม่ำเสมอในการบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพมีความแตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการทบทวนนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและมีการรวบรวมข้อมูลหัตถการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงรูปแบบการดูแลที่บูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาล 7 แห่ง มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการแพทย์แผนไทยร่วมกับแผนปัจจุบัน

การศึกษาตำรับ/ยาสมุนไพรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง พบว่ามีการใช้ตำรับ/ยาสมุนไพรทั้งหมด 11 รายการ โดยมี 2 รายการที่มีการใช้ครบทุกแห่ง ได้แก่ ยาเถาวัลย์เปรียง และสหัสธารา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนรายการตำรับ/ยาสมุนไพรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด

รายการที่	รายการตำรับ/ยาสมุนไพร	จำนวนโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีการใช้ (แห่ง)
1	ยาสหัสธารา	20
2	ยาเถาวัลย์เปรียง	20
3	ยามะขามแขก	17
4	ยาน้ำมันกัญชา อ.เดชา	17

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการที่	รายการตำรับ/ยาสมุนไพร	จำนวนโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีการใช้ (แห่ง)
5	ยาน้ำมันกัญชาทั้ง 5	3
6	ยาทำลายพระสุเมรุ	15
7	ยาศุขไสยาศน์	18
8	ยาหอมนวโกฐ	16
9	ยาหอมเทพจิตร	13
10	ยาหอมทิพโอสถ	2
11	ยาหอมอินทจักร์	1

2. การพัฒนาระบบบริการและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 การพัฒนาระบบบริการ (วงรอบที่ 1)

การดำเนินการ	รูปแบบที่พัฒนา
การจัดตั้งคณะกรรมการและการกำหนดกลยุทธ์	1. มีการจัดตั้ง คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางระดับจังหวัด ร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) เพื่อขับเคลื่อนงาน 2. คณะกรรมการฯ ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด
การพัฒนาแนวทางการดูแลและการส่งต่อ	1. จัดประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับสหวิชาชีพ โดยผู้รับผิดชอบการแพทย์แผนไทยฯ ในแต่ละหน่วยบริการได้สะท้อนปัญหาในการดำเนินงานจริง 2. จากปัญหาที่สะท้อนและองค์ความรู้ที่แลกเปลี่ยน นำไปสู่การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดร้อยเอ็ดที่เป็นมาตรฐาน 3. มีการจัดทำ โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การดำเนินการ	รูปแบบที่พัฒนา
	ของจังหวัดร้อยเอ็ด และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่บูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด 4. มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ

2.2 ศึกษาคุณภาพชีวิตและการติดตามผล (วงรอบที่ 2)

1) สถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ดได้ ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดร้อยเอ็ด ในวงรอบที่ 1

2) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) หลังการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2 ครั้ง/สัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าคะแนน Barthel ADL เพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 65.56 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) หลังการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คะแนน Barthel ADL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลดลง	12	4.44
คงที่	84	30.00
เพิ่มขึ้น	184	65.56
รวม	**280**	**100.00**

ผลการประเมินสมรรถภาพการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL หลังได้รับการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 184 คน (ร้อยละ 65.56) มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น แสดงถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการพึ่งพาตนเองที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 84 คน (ร้อยละ 30.00) มีคะแนน ADL คงที่ สะท้อนถึงการคงสภาพสมรรถภาพไว้ได้โดยไม่แย่ลง ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน ADL ลดลงมีเพียง 12 คน (ร้อยละ 4.44) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพัฒนาการดีขึ้น เมื่อรวมกลุ่มที่มีคะแนน ADL คงที่และเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95.56 มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ลดความพึ่งพิง (Dependency) ต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การเคลื่อนย้ายตัว, การแต่งกาย, และการอาบน้ำ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนดังกล่าวสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นหลังการฟื้นฟู

2.3 ประเมินผลระบบบริการและคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1) จากการประเมินผลระบบบริการ โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)

พบว่าปี พ.ศ.2566 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) คิดเป็นร้อยละ 11.85 และในปี 2567 ร้อยละ 30.13[1] ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มากขึ้นถึง 2.54 เท่า ผลดังกล่าวจังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราการเข้าถึงบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพและสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ เกิดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและความร่วมมือระหว่างแพทย์แผนไทยกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2) การประเมินคุณภาพชีวิต (Barthel ADL) ผลการประเมิน Barthel ADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ค่าคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการฟื้นฟู แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้นและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.56 มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในเกณฑ์ พึ่งพาน้อย (Slight Dependency) หรือเป็นอิสระ (Independence) สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ากับกระบวนการฟื้นฟูในระบบ Intermediate Care เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูง ช่วยเร่งกระบวนการฟื้นสภาพร่างกาย ลดภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้อย่างเป็นรูปธรรม

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่มุ่งศึกษาการพัฒนาระบบบริการ Intermediate Care สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระดับกลาง โดยใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผลการดำเนินงานชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ดสามารถจัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยแบบบูรณาการได้อย่างครอบคลุมทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 2.5 เท่าภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปี ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของระบบบริการ Intermediate Care ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและไร้รอยต่อ (Seamless Service System)

ผลการประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 65.56 มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ขณะที่ร้อยละ 30.00 คงที่ และเพียงร้อยละ 4.44 ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดีขึ้นลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัว การฟื้นฟูด้วยแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการอบสมุนไพร เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และเสริมสร้างการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย กลไกเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์แผนไทยที่อธิบายว่าอาการอัมพฤกษ์-อัมพาตเกิดจากความไม่สมดุลของลมเบื้องสูงและลมเบื้องต่ำ (ลมอโธคมาวาตาและลมอุทธังคมาวาตา) ซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนของพลังชีวิตและการทำงานของร่างกาย[2] จากการศึกษาของ Junwibun W & Fakkham S.[6] การรักษาด้วยหัตถบำบัด เช่น การนวดและการประคบร้อน สามารถกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต คลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และปรับสมดุลของลมให้กลับสู่ภาวะปกติ

ในเชิงกลไก ผู้ป่วยที่คะแนน ADL คงที่หรือลดลงแม้มีสัดส่วนน้อย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ความต่อเนื่องของการฟื้นฟู และความเครียดทางร่างกายและจิตใจยังคงมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์การฟื้นฟู กลไกเชิงชีวภาพ

ที่สนับสนุนการฟื้นฟู เช่น การปรับสมดุลธาตุ การกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และการเพิ่มแรงกล้ามเนื้อ ยังคงเป็นตัวแปรสำคัญที่อธิบายความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ผลลัพธ์ยังสะท้อนความสำคัญของการออกแบบแผนการฟื้นฟูเฉพาะบุคคล (Individualized rehabilitation plan) ภายในระบบ Intermediate Care เพื่อรองรับความหลากหลายของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟู ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Chatsuwan Y et al.[7] ซึ่งพบว่าการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยช่วยเพิ่มสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว รวมถึง ประถมพร มาตย์วิเศษ และนาตยา วรรณการ[8] ที่ระบุว่าการนวดแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพรสามารถปรับสมดุลธาตุและเพิ่มแรงกล้ามเนื้อ ส่งผลให้คะแนน ADL ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และ Kesormas et al.[9] ซึ่งยืนยันว่าการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มรสสุขุมร้อนช่วยกระจายลม และเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ซึ่งเสริมประสิทธิผลการฟื้นฟู

ในมิติระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบ Intermediate Care แบบบูรณาการนี้ ช่วยสร้าง “ระบบบริการไร้รอยต่อ (Seamless Service)” ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการฟื้นฟูได้ต่อเนื่องและครบวงจร เจ้าหน้าที่สามารถจัดโปรแกรมฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม ผลลัพธ์นี้ไม่เพียงยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดภาระผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังสร้างความยั่งยืนของบริการฟื้นฟูในระดับชุมชนและส่งเสริมทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบ Intermediate Care เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทั้งในด้านสมรรถภาพการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต การจัดการระบบบริการสุขภาพเชิงองค์รวม และการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ที่บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ากับระบบบริการสุขภาพหลัก เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจาก 11.85% เป็น 30.13% ภายในหนึ่งปี และช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยร้อยละ 65.56 มีคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้น และร้อยละ 30 มีคะแนนคงที่ แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าทางการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การนวด การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร มีส่วนช่วยในการปรับสมดุลธาตุลม กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และคลายอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เมื่อผสานร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการทำกายภาพบำบัด ทำให้เกิดการฟื้นฟูที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต และพลังชีวิต สอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนไทยที่มุ่งสร้างสมดุลของธาตุทั้งสี่เพื่อคืนสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจอย่างยั่งยืน

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัย คือ เป็นการตอบโจทย์เชิงนโยบายเกิดการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพหลักโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ดมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีการนำภูมิปัญญาไทยมาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการฝังเข็ม มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางเข้าถึงการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยฯ เพิ่มมากขึ้นถึง 2.54 เท่า และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น ลดระดับการพึ่งพาผู้อื่นลงได้

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ ยังพบผู้ป่วยบางรายขาดการฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจัยในการเดินทางมารับบริการและความแตกต่างของศักยภาพบุคลากรและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาในมิติทางกาย ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติทางจิตใจ สังคม และมิติอื่น ๆ มีระบบติดตามผลระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการขยายผลการดำเนินงานนี้ไปสู่ระดับปฐมภูมิในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และทำการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ในระยะยาวและต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness) ของการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อเสริมหลักฐานเชิงประจักษ์และขยายผลเป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด แพทย์แผนไทย ทีมสหวิชาชีพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนแนวคิด พัฒนาระบบบริการและสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลตัวชี้วัดสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/3b9588304ddab6facbeb16089f1b9e85
2. บุษบา ประภาสพงศ์, อุทัย ไชยกลาง, ศิริมาลา สุวรรณโภคิน. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ. กรุงเทพฯ: กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ; 2542.
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2559.
4. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2564.
5. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(1):9-15.
6. Junwibun W, Fakkham S. The treatment of paralysis in the recipe of Thai traditional medicines. Innov Manag Creat Technol J. 2020;17(1):44-9.
7. Chatsuwan Y, Pianphadungrat P, Athitrat A, Panichkan N. Comparative study on efficacy of physiotherapy and physiotherapy combined with Thai massage on rehabilitation outcome and quality of life of ischemic stroke patients with hemiplegia. Thammasat Med J. 2017;17(3):356–64.
8. ประถมพร มาตย์วิเศษ, นาตยา วรรณการ. ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(3):109-23.
9. Kesormas S, Nakthaworn K, Musikapong K, Viriyabubpa C. A study on the treatment with herbal remedies in seven groups of diseases: a case study of Mr. Prawit Kaewthong, Songkhla Province. J Thai Tradit Altern Med. 2019;17(2):263-79.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Evidence-Based Nursing Practice Guidelines for the Care of Patients with Intercostal Chest Drain in the Surgical Trauma Ward at Roi Et Hospital

พวงผกา ธรรมสมบัติ* วารุณี สีสันต์ สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี*****
Puangphaka Thammasombat, Warunee Srisan, Sujitta Ritmontree
Corresponding author: E-mail: Toptap101@gmail.com
(Received: October 1, 2025; Revised: October 6, 2025; Accepted: October 28, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก และศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2568 ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ และ (4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ แฟ้มประวัติผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก 54 แฟ้ม พยาบาลวิชาชีพ 18 คน และผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก 12 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบบันทึกการพัฒนาแนวปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 54 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.7 อายุเฉลี่ย 32 ปี พบอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอกร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่เป็นข้อต่อท่อระบายเลื่อนหลุดร้อยละ 45.2 รองลงมาคือปอดอักเสบและปอดแฟบ ร้อยละ 16.1 เท่ากัน และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.7 ส่วนพยาบาลพบว่าขาดความรู้ ทักษะการประเมินการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การเตรียมอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดการฟื้นฟูและเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และการสื่อสารในทีมสุขภาพคลาดเคลื่อน ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการรับผู้ป่วยใหม่ 2) ระยะการเตรียมผู้ป่วย 3) ระยะการดูแลขณะใส่ท่อ 4) ระยะฟื้นฟูปอด และ 5) ระยะการเตรียมถอดท่อและการดูแลหลังถอดท่อระบาย ผลการแนวใช้แนวปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันใส่คาท่อระบายทรวงอกลดลง จำนวนวันนอนลดลง อาการไม่พึงประสงค์ภาวะแทรกซ้อนลดลง และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบาย ลดระยะเวลาคาท่อ และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงศักยภาพของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติเป็นคู่มือมาตรฐาน สำหรับการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยและมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; ท่อระบายทรวงอก; ศัลยกรรมอุบัติเหตุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
***อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : The study aimed to investigate and analyze nursing problems in patients with chest tube drainage, to develop nursing practice guidelines for patients with chest tube drainage, and to evaluate the outcomes of implementing the nursing practice guidelines for these patients in the Trauma Surgery Ward of Roi Et Hospital.

Study design: This study was research and development.

Materials and Methods : The study was conducted from June to September 2025 and consisted of four phases: (1) situation analysis, (2) development of nursing practice guidelines, (3) implementation of the guidelines, and (4) evaluation. The participants were purposively selected and included 54 medical records of patients with chest tube drainage, 18 registered nurses, and 12 patients with chest tube drainage. The research instruments included a clinical data recording form, a guideline development record form, and a satisfaction evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The study found that among 54 patients with chest tube drainage in the surgical trauma ward, most were male 90.7%with mean age 32 years. Adverse events occurred in 57.4% of patients, most commonly tube disconnection 45.2%, followed by pneumonia and lung atelectasis, each accounting for 16.1%. The mortality rate was 9.7%. Among nurses, it was found that they lacked sufficient knowledge and skills in monitoring complications, had inadequate equipment preparation, insufficient patient education and rehabilitation before discharge, and experienced communication gaps within the healthcare team. The developed nursing practice guideline for patients with chest tube drainage consisted of five phases: (1) patient admission, (2) patient preparation, (3) care during tube insertion, (4) lung re-expansion phase, and (5) tube removal and post-removal care. After implementing the guideline, patients showed a reduction in chest tube duration, hospital length of stay, and incidence of complications. Furthermore, nurses who applied the guideline reported a high level of satisfaction with its clarity, practicality, and effectiveness in improving patient outcomes.

Conclusion and recommendations : The developed nursing practice guideline for patients with chest tube drainage was effective in reducing post-procedure complications, shortening the duration of chest tube placement, and decreasing the length of hospital stay. It also enhanced staff satisfaction, reflecting outcomes consistent with evidence-based practices and demonstrating the potential for improving nursing service quality in the surgical trauma ward of Roi Et Hospital. For practical application, it is recommended that this guideline be formalized as a standard nursing manual for chest tube care and that regular workshops be organized for nurses in the surgical trauma ward to ensure consistent and effective implementation.

Keywords : Nursing Practice Guidelines; Intercostal Chest Drain; Surgical Trauma

---

* Registered Nurse, Professional Level, Trauma ward at Roi Et Hospital.

** Registered Nurse, Advanced Senior Professional Nurse Level Trauma ward at Roi Et Hospital.

*** Faculty Member, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University.

บทนำ

การบาดเจ็บที่ทรวงอก (Chest injury) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมดประมาณหนึ่งในห้า และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายตำแหน่ง ผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอกประมาณหนึ่งในสามจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) และ ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 75% ในผู้ป่วยกระดูกซี่โครงหัก การบาดเจ็บบริเวณทรวงอกยังมีส่วนสำคัญต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวมถึงการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่อาจป้องกันได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง[1] การรักษาภาวะลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดในทางการแพทย์มีหลายวิธี เช่น การดูดเอาลมและเลือดออก การผ่าตัดเปิดทรวงอกหรือการใส่สายระบายทรวงอก ซึ่งมีทั้งแบบเปิดและแบบปิด โดยการบดเจ็บทรวงอกประมาณร้อยละ 85 สามารถทำการรักษาด้วยการใส่สายระบายทรวงอก การใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal Chest Drain: ICD)[2] และมีเพียงร้อยละ 10-15 ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่[3] โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 881 เตียง มีผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับบริการผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวน 3,601, 4,926, 5,308 รายตามลำดับเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกร้อยละ 5.35, 4.32, 4.76 ตามลำดับและผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยบาดเจ็บทรวงอกร้อยละ 2.0, 2.77 และ 6.09 ของผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดในหอผู้ป่วยตามลำดับ จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 157, 167 และ 170 รายตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ร้อยละ 61.20, 55.11 และ 54.40 ตามลำดับ จากการทบทวนปัญหาพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกมีภาวะเลือดออกและลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้รับการรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก มีภาวะปอดแฟบหลังถอดท่อระบายทรวงอกได้ใส่ท่อระบายทรวงอกใหม่ร้อยละ 10.00 ท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุดได้ใส่ท่อระบายทรวงอกใหม่ร้อยละ 15.00 ท่อระบายอุดตันได้รับการผ่าตัดร้อยละ 5.00 ต่อท่อระบายทรวงอกไม่ถูกต้องร้อยละ 5.00 ระยะเวลาใส่ท่อระบายทรวงอกเฉลี่ย 9 วันผู้ป่วยขาดความสนใจการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การบริหารปอด ปวดแผลไม่กล้าขยับตัว หายใจตื้นมีภาวะปอดอักเสบร้อยละ 10 นอกจากนั้นยังพบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ชัดเจนการปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายอากาศที่ทรวงอกเป็นหนึ่งในหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลตั้งแต่การประเมินโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบการทำงานของปอด การประเมินสัญญาณชีพ และการสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหรือการเกิดอาการผิดปกติของท่อระบายอากาศ การจัดการและดูแลท่อระบายอากาศรวมถึงการทำความสะอาดและการเปลี่ยนท่อเมื่อจำเป็น การตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่อระบายอากาศทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีการอุดตัน[4] นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบ การไหลของเลือดหรืออากาศที่ออกจากท่อเพื่อให้แน่ใจว่าการระบายทำได้ตามที่คาดหวัง การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลท่อระบายอากาศ วิธีการดูแลตนเอง และสัญญาณที่ต้องระวัง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรักษา รวมไปถึงการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วย และญาติโดยการสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและการมีการสื่อสารที่ดีเพื่อช่วยลด ความวิตกกังวล นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เป็นงานพยาบาลที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน[5] โดยเฉพาะในบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยมักมีการบาดเจ็บหลายระบบ และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง หากพยาบาลขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นระบบ อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัญหาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด รวมทั้งประเมินผล

การใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาลอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Bemelmans (1979)[6] ที่ดำเนินการทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการวิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแฟ้มประวัติผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุตั้งแต่ตุลาคม 2567 - 30 เมษายน 2568 จำนวน 54 แฟ้ม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 18 คน และผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้ารับการรักษาในวันที่ กรกฎาคม - 20 กันยายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แฟ้มประวัติผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่ตุลาคม 2567 - 30 เมษายน 2568 จำนวน 54 แฟ้ม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และมีประสบการณ์ทำงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งหมด 18 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน เจ็บป่วยร้ายแรงระหว่างที่ดำเนินการวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อดำเนินการวิจัยไปแล้ว

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และมีประสบการณ์ทำงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งหมด 18 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่กรกฎาคม – 25 กันยายน 2568 และได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งหมดจำนวน 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีรายละเอียดของเครื่องมือตามขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยแรกรับ การบาดเจ็บร่วม อาการแทรกซ้อน อุบัติการณ์ท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด จำนวนวันนอน และแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก และแนวทางแก้ไขเพื่อสนทนากลุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การพยาบาล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขพัฒนาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การพยาบาลก่อนใส่ท่อระบายทรวงอก การพยาบาลขณะใส่ท่อระบายทรวงอก และการพยาบาลหลังหรือเมื่อถอดท่อระบายทรวงอก ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก

ขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ดังต่อไปนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุการบาดเจ็บการวินิจฉัยแรกรับ การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันคาท่อระบายทรวงอก จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก

3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก โดยใช้มาตรวัด (Rating Scale) 1-5 โดยคะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 5 มีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)[7] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์สภาพ และปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก แบบเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก นักวิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไม่น้อยกว่า 10 ปี 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาดังนี้ แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.83 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.89 นำแบบเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ที่ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น Alpha = 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 109/2568 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าสามารถออกจากกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาล

1.1 การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง 30 เมษายน 2568 จำนวน 54 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.7)

อายุเฉลี่ย 32 ปี สมรส (ร้อยละ 59.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.3) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมือง และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.8) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าโรคเบาหวานพบมากที่สุด (ร้อยละ 41.7) สาเหตุการบาดเจ็บทรวงอกส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือหกล้ม (ร้อยละ 9.6) และตกจากที่สูง (ร้อยละ 7.4) การวินิจฉัยของแพทย์ พบว่าเป็นภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) (ร้อยละ 53.7) ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hemothorax) (ร้อยละ 31.5) และภาวะเลือดออกและลมรั่วร่วมกัน (Hemopneumothorax) (ร้อยละ 14.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) (ร้อยละ 96.3) ขณะที่การรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ท่อระบายทรวงอกและแบบผสมพบ (ร้อยละ 7.4) เท่ากัน ระยะเวลาคาท่อระบายทรวงอกเฉลี่ย 7.2 วัน และนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.3 วัน พบอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก (ร้อยละ 57.4) ส่วนใหญ่เป็นข้อต่อท่อระบายเลื่อนหลุด (ร้อยละ 45.2) รองลงมาคือปอดอักเสบและปอดแฟบ (ร้อยละ 16.1 เท่ากัน) และมีอัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ 9.7)

1.2 ผลการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 18 คนเป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 17 คน อายุเฉลี่ย 30.3 ปี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุน้อยที่สุดคือ 1 ปีจำนวน 4 คน มากที่สุดคือ 20 ปี จำนวน 2 คน ไม่เคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 13 คน เมื่อพิจารณาประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก พบประเด็นดังต่อไปนี้

1) การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก พยาบาลบางรายยังขาดทักษะในประเมิน และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ลมรั่วเรื้อรังหรือ Subcutaneous emphysema ส่งผลให้เฝ้าระวังล่าช้า รวมถึงการบีบรูดสายระบายทรวงอกและบันทึกปริมาณของเหลวไม่ต่อเนื่องทำให้สายระบายอุดตันส่งผลให้ผู้ป่วยได้ใส่ท่อระบายใหม่หรือได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การตรวจสอบท่อระบาย การเฝ้าระวังท่อระบายเลื่อนหลุด

2) ความรู้และทักษะของบุคลากร ทีมพยาบาลมีความรู้เรื่องระบบขวดระบายไม่สม่ำเสมอ มีข้อผิดพลาดในการต่อสายและเตรียมผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉิน ส่งผลให้การระบายไม่ดีหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

3) อุปกรณ์และความพร้อมของหอผู้ป่วย ไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือ Checklist มาตรฐานชัดเจนในหอผู้ป่วย

4) การฟื้นฟูและเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ขาดการดูแลต่อเนื่องหลังถอด ICD เช่น การฝึกหายใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผลและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง รวมถึงไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

5) การสื่อสารในทีมสุขภาพ เกิดความคลาดเคลื่อนจากการส่งเวรและบันทึกข้อมูลที่ไม่ชัดเจน พยาบาลใหม่บางรายไม่กล้าสื่อสารกับแพทย์เมื่อพบภาวะผิดปกติ ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ระยะสำคัญ ดังนี้

1) ระยะรับใหม่ พยาบาลต้องรีบประเมินสัญญาณชีพ ตำแหน่งท่อ และระบบระบาย พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ห้ามหนีบท่อ ยกเว้นกรณีจำเป็นขณะเคลื่อนย้าย

2) ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ ICD เตรียมอุปกรณ์ครบถ้วน ประเมินสภาพผู้ป่วย อธิบายหัตถการ และจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อความปลอดภัยและลดความวิตกกังวล

3) ระยะดูแลขณะใส่ท่อ เฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบระบบระบายให้เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บีบรูดสาย บันทึกลักษณะของเหลว และแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อพบภาวะผิดปกติ เช่น มีเลือดออกมาก

4) ระยะฟื้นฟูปอด ส่งเสริมการหายใจลึกใช้ Spirometer และบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ รวมถึงการไอที่มีประสิทธิภาพ การดูแลช่องปากเพื่อลดความเสี่ยงติดเชื้อ

5) ระยะเตรียมถอดและดูแลหลังถอดท่อ เมื่อสภาพ

ปอดดีและของเหลวลดลง พยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เฝ้าระวังอาการหลังถอดท่อ แนะนำการดูแลแผลและหลีกเลี่ยงกิจกรรมเสี่ยง เช่น การเดินทางโดยเครื่องบิน การดำน้ำใน 14 วัน

3. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไปใช้ (กรกฎาคม-กันยายน 2568)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งหมด 12 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 10 ราย และเพศหญิง 2 ราย มีอายุระหว่าง 40–78 ปี โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะเลือดออกในช่องอก (Hemothorax) จำนวน 9 ราย และภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโดยใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest drain; ICD) หลังจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าระยะเวลาคาท่อระบายทรวงอกสั้นที่สุด 2 วัน ยาวที่สุด 11 วัน เฉลี่ย 5.75 วัน ส่วนระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยที่สุด 4 วัน มากที่สุด 13 วัน เฉลี่ย 7.5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 83.3) ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก และพบว่ามีเพียง 2 รายที่เกิดภาวะลมรั่วหลังถอดท่อ แต่ไม่จำเป็นต้องใส่ท่อระบายซ้ำ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ได้จริง ครอบคลุมทุกขั้นตอนการดูแล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล รวมทั้งสามารถป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หลังการใส่ท่อระบายทรวงอกได้อย่างมีประสิทธิผล รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะ การรักษาที่ได้รับและผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก (n=12)

คนที่	ข้อมูลผู้ป่วย	การรักษาที่ได้รับ	ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		
			ระยะเวลาที่คาท่อระบายทรวงอก (วัน)	จำนวนวันนอน (วัน)	อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก
1.	เพศชาย อายุ 40 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	2	4	ไม่มี
2.	เพศชาย อายุ 64 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	10	12	หลังถอดมีลมรั่วแต่ไม่ได้ใส่ใหม่
3.	เพศชาย อายุ 60 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	6	8	ไม่มี
4.	เพศชาย อายุ 47 ปี Dx. Pneumothorax	Intercostal chest drain	5	6	ไม่มี
5.	เพศชาย อายุ 77 ปี Dx. Pneumothorax	Intercostal chest drain	6	8	ไม่มี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คนที่	ข้อมูลผู้ป่วย	การรักษาที่ได้รับ	ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		
			ระยะเวลาที่คาท่อระบายทรวงอก (วัน)	จำนวนวันนอน (วัน)	อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก
6.	เพศชาย อายุ 78 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	5	6	ไม่มี
7.	เพศชาย อายุ 69 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	2	4	ไม่มี
8.	เพศชาย อายุ 40 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	11	13	ไม่มี
9.	เพศหญิง อายุ 48 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	6	8	ไม่มี
10.	เพศหญิง อายุ 77 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	8	10	หลังถอดมีลมรั่วแต่ไม่ได้ใส่ใหม่
11.	เพศชาย อายุ 60 ปี Dx. Hemothorax	Intercostal chest drain	6	7	ไม่มี
12.	เพศชาย อายุ 68 ปี Dx. Pneumothorax	Intercostal chest drain	2	4	ไม่มี
		เฉลี่ย	**5.75**	**7.5**	

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (n=18)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	Mean	SD.	แปลผล
1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวก	4.80	0.35	มาก
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.82	0.30	มาก
3. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความครอบคลุมทุกด้าน	4.92	0.32	มาก
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก	4.78	0.47	มาก
5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	4.82	0.43	มาก

วิจารณ์

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะรับใหม่ ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อ ระยะดูแลขณะใส่ท่อ ระยะฟื้นฟูปอด และระยะเตรียมถอดท่อและการดูแลหลังถอด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อ ลดระยะเวลาคาท่อ และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikaew S[8] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาท่อระบายทรวงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะรับใหม่ การประเมินสัญญาณชีพและตรวจสอบตำแหน่งท่ออย่างรวดเร็วมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลมรั่วในช่องอกที่ไม่ได้รับการจัดการทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Saoraya J et al.[9] ที่ชี้ว่าการตรวจสอบตำแหน่งและการทำงานของท่ออย่างถูกต้องตั้งแต่แรกช่วยลดอุบัติการณ์ของ Pneumothorax ซ้ำและการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อ พบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเข้าใจง่ายสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือ และส่งผลต่อการฟื้นตัวที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Tufail et al.[10] ที่รายงานว่าการให้ความรู้ก่อนการรักษาช่วยลดความเครียดและเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ในระยะดูแลขณะใส่ท่อ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออก การอุดตัน และการติดเชื้อเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก ซึ่งสอดคล้องกับ Kongpolprom N et al.[11] ที่พบว่าการบีบรูดสายและบันทึกลักษณะของของเหลวอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติและรายงานแพทย์ได้ทันเวลาในระยะฟื้นฟูปอด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจลึก ใช้เครื่อง Spirometer และออกกำลังกายช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ ส่วนระยะเตรียมถอดท่อและการดูแลหลังถอด การเตรียมทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลแผลและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดำน้ำหรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในทรวงอก ช่วยลดการเกิด Pneumothorax ซ้ำ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phokphungkit & Tantalanukul[12] ที่แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองและการฟื้นสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงมีปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกได้มากที่สุดหลังหายใจเข้าเต็มที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 2 และ 3 หลังใส่ท่อระบายทรวงอก ($p < .05$)

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะรับใหม่ ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อ ระยะดูแลขณะใส่ท่อ ระยะฟื้นฟูปอด และระยะเตรียมถอดท่อ และการดูแลหลังถอด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อ ลดระยะเวลาคาท่อ และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงหลักการพยาบาลเชิงระบบที่เน้นการประเมินอย่างเป็นขั้นตอน การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกระยะของการพยาบาลในระยะรับใหม่ การประเมินสัญญาณชีพและตรวจสอบความถูกต้องของตำแหน่งท่ออย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลมรั่วในช่องอกที่ไม่ได้รับการจัดการทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Saoraya J et al.[9] ที่รายงานว่าการตรวจสอบตำแหน่งและการทำงานของท่ออย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มช่วยลดอุบัติการณ์ของ Pneumothorax ซ้ำและการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อ การให้ข้อมูลและอธิบายหัตถการ รวมถึงการจัดท่าที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำหัตถการเป็นปัจจัยสำคัญ

ที่ช่วยลดความเจ็บปวดและลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ระยะดูแลขณะใส่ท่อ เป็นช่วงที่ต้องให้ความสำคัญสูงสุดต่อการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น ภาวะเลือดออก การอุดตันของท่อ และการติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก โดย Kongpolprom N et al.[11] ระบุว่าการบีบรูดสายและบันทึกลักษณะของของเหลวอย่างสม่ำเสมอเป็นแนวปฏิบัติสำคัญที่ช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ทันท่วงทีและรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขได้อย่างเหมาะสม ในระยะฟื้นฟูปอด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจลึกใช้เครื่อง Spirometer และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดหลังใส่ท่อระบายทรวงอกสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สุดท้าย ในระยะเตรียมถอดท่อและการดูแลหลังถอด การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนถอดท่อ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดำน้ำหรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในทรวงอก ช่วยลดการเกิด Pneumothorax ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ระบุว่าการดูแลหลังถอดท่อที่เป็นระบบและต่อเนื่องสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างชัดเจน

ผลจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติทั้งหมด 12 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 40–78 ปี โดยได้รับการวินิจฉัย Hemothorax มากที่สุด รองลงมาคือ Pneumothorax และทุกรายได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal Chest Drain: ICD) ผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาคาท่อระบายทรวงอกเฉลี่ย 5.75 วัน และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.5 วัน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคทรวงอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกมักใช้เวลาคาท่อเฉลี่ย 4–7 วัน และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลประมาณ 5–10 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ท่อระบายทรวงอก โดยมีเพียง 2 รายที่พบการรั่วของลมหลังถอดท่อ แต่ไม่จำเป็นต้องใส่ท่อใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น การลดอัตราการเกิด Air leak หลังถอดท่อสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเตรียมผู้ป่วยก่อนถอดท่อและการเฝ้าระวังหลังถอด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thitivaraporn P et al.[13] ที่รายงานว่าการออกแบบขั้นตอนการถอดท่ออย่างมีมาตรฐานและมีการประเมิน ก่อนถอดอย่างรอบคอบสามารถลดการเกิดซ้ำของ Pneumothorax ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนและครอบคลุมทุกขั้นตอน ยังมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ การรั่วของอากาศ และการอุดตันของท่อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ยืนยันว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าอยู่ในระดับ “มาก” โดยบุคลากรให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้งาน และครอบคลุมทุกด้านของการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจในระดับสูงนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่อง ความถูกต้อง และความปลอดภัยในการปฏิบัติงานจริงในคลินิก อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและใช้งานได้จริงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล ลดความผิดพลาด และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาล 5 ระยะที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะรับใหม่

ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อ ระยะดูแลขณะใส่ท่อ ระยะฟื้นฟูปอด และระยะเตรียมถอดท่อและการดูแลหลังถอด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบาย ลดระยะเวลาคาท่อ และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับนานาชาติและแสดงถึงศักยภาพของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในประเทศไทย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จึงสะท้อนเฉพาะบริบทของหน่วยงานนั้น อาจไม่ตรงกับบริบทโรงพยาบาลอื่นที่มีทรัพยากรบุคลากร และระบบการดูแลต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (ผู้ป่วย 12 ราย พยาบาล 18 คน) ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สามารถอ้างอิงหรือทั่วไปไปยังโรงพยาบาลอื่นได้ทั้งหมด

2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแม้มีประสิทธิภาพ แต่ยังเป็นในระดับต้นแบบ ยังไม่ผ่านการทดสอบในประชากรที่มีความหลากหลายของโรคและภาวะร่วมอย่างซับซ้อน และระยะเวลาดำเนินการติดตามผลค่อนข้างสั้น จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการกลับมารักษาซ้ำ หรือคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล ควรจัดทำแนวปฏิบัติเป็นคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อให้พยาบาลทุกคนใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ลดความแตกต่างของการปฏิบัติระหว่างบุคลากร และประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน (CQI) เช่น นำตัวชี้วัดจากผลวิจัย (อัตราภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาใส่คาท่อระบายทรวงอก ความพึงพอใจของผู้ป่วย มาใช้เป็น KPI ของหอผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรบรรจุการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เรื่องการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกในหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยอาจบูรณาการกับคลินิกนอกเวลา หรือระบบติดตามผ่าน Telehealth

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย ครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และหลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป และศึกษาผลลัพธ์ ระยะยาว เช่น อัตราการกลับมารักษาซ้ำ คุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย หรือค่าใช้จ่ายทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Beyer C A, Ruf A C, Alshawi A B, Cannon J W. Management of traumatic pneumothorax and hemothorax. Curr Probl Surg. 2025;63:101707.
2. Khamrath J, Mahaviriyotai K, Ladawan T, Prabripoo T. Caring of Chest Trauma Patients with Intercostal Drainage: Role of nurses in Aeromedical Evacuation. J R Thai Army Nurses. 2022;23(3):63–9.
3. Chittmittrapap S, Navicharern P. Textbook of surgery volume 1. Bangkok: Pailinbooknet; 2016.
4. Mohammed H M. Chest tube care in critically ill patient: A comprehensive review. Egypt J Chest Dis Tuberc. 2015;64(4):849–55.
5. วิมล อิ่มอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(1):54–68.
6. Bemelmans T M A. Strategic planning for research and development. Long Range Plann. 1979;12(2):33–44.

7. Best J W. Research in Education. Prentice-Hall; 1977.
8. Sirikaew S. The development of clinical nursing practice guideline for patients with intercostal chest drain by evidence best practice. Sanpasitthiprasong Medical Journal. 2017;38(1–3):13–24.
9. Saoraya J, Wongwaisayawan S, Kaewlai R. Imaging of thoracic trauma: Experience from a level I trauma center in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2017;100(6):689–96.
10. Tufail S, Ali A, Begum M F. Knowledge of nurses regarding chest drain care at public tertiary care hospital lahore. Saudi J Nurs Health Care Internet. 2018;1(3):211–6.
11. Kongpolprom N, Jitpiboon W, Worasawate S. Complications of intercostal chest drain management in surgical patients: Lessons for nursing care. Thai Journal of Nursing Research. 2022:26(3):145–56.
12. Phokphungkit K, Tantalanukul S. The effect of promoting patients to participate in self-care on self-care behaviors and rehabilitation of chest traumatic patients with chest tube insertion. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2020;12(1): 210–24.
13. Thitivaraporn P, Narueponjirakul N, Samorn P, Prichayudh S, Sriussadaporn S, Pak-Art R, et al. Randomized controlled trial of chest tube removal aided by a party balloon. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2017;25(7–8):522–7.

รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

The Health literacy performance assessment model for Village Health Volunteers to Increase Their Work Potential with The Concept of VHV 4.0 and Smart VHV in Galayani Vadhana District, Chiang Mai Province

เอกชัย สมบัติรัตนากร*

Ekachai Sombatrattanakorn

Corresponding author: E-mail; ekachaisocool@gmail.com

(Received: October 1, 2025; Revised: October 7, 2025; Accepted: October 31, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา (1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) พฤติกรรมสุขภาพ (3) การปฏิบัติงานตามแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ และขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 229 คน ดำเนินการศึกษาหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 แบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.77) พฤติกรรมสุขภาพด้านปัจจัยนำอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.11) ปัจจัยเอื้อ (Mean =3.50, SD.=1.02) และปัจจัยเสริม (Mean = 3.62, SD.=1.01) อยู่ในระดับมากเช่นกัน การปฏิบัติงานตามแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.59, SD.=0.89) โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงาน (r=0.282, p<.01) นำไปสู่การสร้างรูปแบบ "การประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพของ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม." พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับ อสม. และออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และ อสม. ที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน ในชื่อว่า "อสม. กัลยาณิวัฒนา เสริมพลัง พัฒนาความรอบรู้ เพื่อสุขภาพประชาชน"

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; อสม 4.0 และ Smart อสม.

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

Abstract

Purposes : To examine (1) the level of health literacy, (2) health behaviors, (3) performance based on the VHVs 4.0 and Smart VHVs concepts, and (4) the relationship between health literacy and performance among Village Health Volunteers (VHVs) in Kalayaniwattana District, Chiang Mai Province.

Study Design : Mixed Methods Research Design.

Materials and Methods : The study population comprised 229 village health volunteers (VHVs) working in Kalayaniwattana District, Chiang Mai Province, who were officially registered under the Ministry of Public Health regulations. Data collection was conducted from March 1 to August 31, 2025. The research instruments included a questionnaire, which demonstrated high reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.95, structured interviews, and a set of guiding questions for focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and content validity analysis.

Main findings : The overall level of health literacy among VHVs was high (70.77%). Health behavior in predisposing factors was also high (64.11%), while enabling factors (Mean = 3.50, SD = 1.02) and reinforcing factors (Mean = 3.62, SD. = 1.01) were at a high level. Performance based on the VHVs 4.0 and Smart VHVs concepts was also high (Mean = 3.59, SD. = 0.89). Health literacy showed a low positive correlation with performance ($r = 0.282$, $p < 0.01$). The findings led to the development of the model titled "Performance Competency Assessment of Health Literacy among VHVs to Enhance Operational Efficiency under the VHVs 4.0 and Smart VHVs Concepts."

Conclusion and Recommendation : The results can be applied to design health literacy promotion activities and capacity-building programs for health personnel and VHVs, enhancing their competency in implementing health literacy initiatives. This will contribute to sustainable community health development under the project "Kalayaniwattana VHVs: Empowering Health Literacy for the Well-being of the People."

Keywords : Health literacy; Village health volunteers; VHV 4.0 & Smart VHV

*Senior Public Health Technical Officer, Mae Taeng District Public Health Office, Chiang Mai Province.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ในปี พ.ศ.2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียว คือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกาย แรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมิได้รับค่าตอบแทน ใด ๆ ทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) มีการปรับเปลี่ยนการคัดเลือก อสม. ดีเด่น เป็น 10 สาขา ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) สุขภาพจิตในชุมชน 4) การป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในชุมชน 5) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 8) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน 9) การจัดการสุขภาพชุมชน และ 10) นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก มีการพัฒนาต่อยอดกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพเป็นตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และตำบลจัดการสุขภาพดีวิสาหกิจชุมชนยั่งยืน ต่อมามีจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับสนับสนุนการบริการสาธารณสุขเพิ่มจากหมู่บ้านละ 10,000 บาท ต่อหมู่บ้านต่อปี เป็น 15,000 บาทต่อหมู่บ้านต่อปี โดยกำหนดทิศทางการทำงานผ่านการสาธารณสุขมูลฐานให้สอดคล้องกับวาระขององค์การอนามัยโลก เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนดังคำกล่าวที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเรากันเองได้” ดังนั้น จะเห็นได้ว่า งานสาธารณสุขมูลฐานไทยได้ดำเนินการผ่านมาแล้วสามทศวรรษ จวบจนเริ่มเข้าสู่ทศวรรษที่สี่ ซึ่งเส้นทางการดำเนินการที่ผ่านมานั้นล้วนน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง[1]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ อสม. อาสาสมัครกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร และอาสาสมัครอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV” และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. พร้อมออกบัตรประจำตัวอสม. หมู่บ้านให้โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ซึ่งจะรับผิดชอบดูแลในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนของ อสม. อย่างน้อย 1 คนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กร อสม. สนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของ อสม. หรือการอบรมความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อยกระดับความสามารถของ อสม. ตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. และมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด พร้อมทั้งดำเนินการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่ อสม. ที่ผ่านการฝึกอบรม และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Liter-acy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก และเป้าหมายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ระดับดีมาก

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.00 กลวิธีที่สำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคหรือภัยคุกคามทางสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาล ผ่านการทำงานจากกลไกหลักในงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. กลไก อสม.4.0 และกลไก Smart อสม. ที่มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี[2] อีกทั้งเป็นการสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของประชาชนโดยเพิ่มความสามารถที่จะเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการตนเอง จนสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำมาเสนอ ช่วยให้วางแผนส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เพิ่มการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ สามารถรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ จนสามารถเกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องได้[3]

อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านจันทร์ ตำบลแม่แดด ตำบลแจ่มหลวง ตำบลละ 7 หมู่บ้าน รวม 21 หมู่บ้าน สถานการณ์สุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (NCDs) ของประชาชนอำเภอกัลยาณิวัฒนา ปีพ.ศ.2567 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 293 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งหมด 995 คน อสม. ในฐานะผู้นำ และเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพภาคประชาชน มีความสำคัญใน การรายงานจำนวนผู้ป่วย ตลอดถึงรายงานปัจจัยความเสี่ยงด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะแอปพลิเคชั่นสมาร์ท อสม. (Samart VHV Application) จากความสำคัญและสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะช่วยให้ อสม. มีทักษะทางพฤติกรรมที่พึงประสงค์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นต้นแบบสุขภาพของประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเป็นแกนนำเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานของตนเอง และเพิ่มความมั่นใจให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติงาน และเพื่อสร้างรูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) มุ้งเน้นศึกษารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2568 โดยการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการนำเอาข้อมูลความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลกับการปฏิบัติงานด้วย

แนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. ในระยะที่ 1 มาทำการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพของ อสม. ทั้งนี้ผลการศึกษาจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบหรือกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพของ อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไปในอนาคต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (N) ที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 229 คน

กลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 229 คน หรือ 100% ของกลุ่มประชากร (Purposive) ใช้ในการศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป

2. สามารถสื่อสารโดยการใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน

3. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารและใช้งานผ่านระบบแอปพลิเคชัน ออนไลน์ได้

4. มีความสามารถ และเคยใช้งานระบบ Samart VHV Application

5. ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. ย้ายออกจากพื้นที่ หรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ในการตอบแบบสอบถามและขอออกจากการศึกษาทันที

3. มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแทน อสม. จากทุกตำบล บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารระดับท้องถิ่น รวมทั้งหมดจำนวน 12 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. อาศัยหรือปฏิบัติงานในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. สามารถสื่อสารโดยการใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน

3. ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ Health Literacy ของ Nutbeam D[4] กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วย V-shape ของ Jirawong[5] มาใช้ในการศึกษา และได้นำกรอบแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ของ Public Health Support Division[6] ตลอดจนการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามระยะการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การใช้ สมาร์ทโฟน และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3-5 ระดับ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน จำนวน 95 ข้อ ดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

2.3 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

2.4 ปัจจัยนำ : ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

2.5 ปัจจัยเอื้อ : ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

2.6 ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

3. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ[7]

ระยะที่ 2 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสบการณ์ มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามและแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 นำไปหาค่าความเที่ยงตรงหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences; IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 0.92 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม.อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 ประกอบด้วยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 ตามลำดับถือเป็นค่าที่ยอมรับได้จึงจัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอนรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้ จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูล ในภาพรรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน

9 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ และค่าเฉลี่ย (Mean) ตามลักษณะข้อมูล

2. แบบสอบความรอบรู้สุขภาพ และแบบสอบถามระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้สุขภาพ และระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ดังนี้ (Likert R, 1932)[8]

5 มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

4 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

3 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

2 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

1 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพรายด้านและโดยภาพรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบสองตัวเลือกคือ ถูก - ผิด และไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ตอบถูก	1 คะแนน	0 คะแนน
ตอบผิด/ไม่ทราบ	0 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ30) ระดับความรู้ ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ 6-10 คะแนน (ตั้งแต่ร้อยละ 30-70) ระดับความรู้ ในระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 11-15 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป) ระดับความรู้ ในระดับมาก

4. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลกับกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

5. วิเคราะห์ข้อมูลแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis)

6. นำข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาทำการเชื่อโยงเพื่อสร้างรูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

การพิทักษสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 035/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 เพศชาย ร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 50.20 รองลงมาคืออายุ 20-40 ปี ร้อยละ 48.00 (อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด

64 ปี และอายุเฉลี่ย 41.94 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 38.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.30 มีรายได้เฉลี่ย/เดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.40 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.60 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.40 และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม. มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.40 รองลงมา 1-3 ปี ร้อยละ 20.10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=229 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	103	45.00
	หญิง	126	55.00
อายุ	20-40	110	48.00
	41-60	115	50.20
	61 ปี ขึ้นไป	4	1.70
(Minimum = 20, Maximum = 64, Mean = 41.94, SD.=8.358)			
สถานภาพสมรส	โสด	41	17.90
	สมรส	177	77.30
	หม้าย	11	4.80
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	43	18.80
	มัธยมศึกษาตอนต้น	67	29.30
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	88	38.40
	อนุปริญญา/ปวส.	19	8.30
	ปริญญาตรี	10	4.40
	อื่นๆ (ระบุ)	2	0.90
อาชีพหลัก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	5.20
	พ่อบ้าน / แม่บ้าน ทำงานบ้าน	3	1.30
	เกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์	184	80.30
	รับจ้าง	25	10.90
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	2.20
รายได้เฉลี่ย/เดือน	ต่ำกว่า 5,000 บาท	152	66.40
	5,000-10,000 บาท	46	20.10
	10,001-15,000 บาท	17	7.40
	15,001-20,000 บาท	4	1.70

ตารางที่ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
	20,001-25,000 บาท	10	4.40
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	180	78.60
	มีโรคประจำตัว	49	21.40
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม.			
	1-3 ปี	46	20.10
	4-6 ปี	38	16.60
	7-10 ปี	41	17.90
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	104	45.40

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง, ทักษะการเข้าใจ, ทักษะการไต่ถาม, ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการนำไปใช้ (n=229) พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.85, SD.=1.07) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (n=229)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ด้านทักษะการเข้าถึง	3.77	0.71	มาก
ด้านทักษะการเข้าใจ	3.77	0.67	มาก
ด้านทักษะการไต่ถาม	3.97	2.21	มาก
ด้านทักษะการตัดสินใจ	3.92	0.90	มาก
ด้านทักษะการนำไปใช้	3.81	0.84	มาก
รวม	**3.85**	**1.07**	**มาก**

3. ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสม. และทักษะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (n=229) พบว่า มีค่าเฉลี่ยปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.62, SD.=1.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (n=229)

ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	แปลผล
ระยะเวลาการเป็น อสม.	3.62	0.93	มาก
ทักษะการปฏิบัติงาน	3.61	1.09	มาก
รวม	**3.62**	**1.01**	**มาก**

4. ความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. พบว่า อายุและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ค่า r = 0.192 และ r = 0.197 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในส่วน สถานภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม.

คุณลักษณะส่วนบุคคล		การปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม.	p
อายุ	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	- 0.192**	< .01
สถานภาพ		- 0.112	
ระดับการศึกษา		- 0.114	
รายได้		- 0.197**	
ระยะเวลาการเป็น อสม.		0.001	

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ค่า r = 0.282 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม.

		การปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.282**
	p	< 0.01
	ระดับความสัมพันธ์	ระดับต่ำ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างรูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกตัวแทน อสม. จากทุกตำบล บุคลากรสาธารณสุข ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารระดับท้องถิ่น จำนวน 10-12 คน โดยการนำเอาข้อมูลความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลกับกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. ในระยะที่ 1 มาทำการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ผลการศึกษาจะนำสู่การสร้างรูปแบบหรือกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ในอนาคตอีกด้วย

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนคัดเลือกตัวแทน อสม.จากทุกตำบล บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องในงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารระดับท้องถิ่น จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ต้องอาศัย หรือ ปฏิบัติงานในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยการใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม. 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสบการณ์ มีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

เมื่อนำผลการศึกษาวิจัยทั้ง 2 ระยะมาประสานข้อมูลกัน ผู้วิจัยจึงได้สร้างและสรุปเป็น รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยประกอบด้วย 5 ส่วนโดยสรุป คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพทั้งทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถช่วยเหลือทีมบุคลากรสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. บุคลากรสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมกิจกรรม หรือทำโครงการพัฒนาศักยภาพให้แก่ อสม.ได้ เช่น การอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินสมรรถนะการทำงานให้ อสม. เพื่อให้การทำงานของ อสม. มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่ในการรับนโยบายจากระดับอำเภอ เข้าสู่ระดับหมู่บ้าน เพื่อประสานงานให้ อสม. สามารถทำงานกับประชาชนได้อย่างไร้รอยต่อ

4. หน่วยงานอื่น ๆ เช่น พัฒนาชุมชน สามารถเพิ่มกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การพัฒนาทักษะเสริมสร้างอาชีพให้แก่ อสม. เพื่อสร้างขวัญ กำลังใจและเพิ่มรายได้ให้แก่ อสม. อีกด้วย

5. การพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับประชาชน ถึงระดับผู้นำ รวมถึงต้องมีการติดตาม ประเมินสมรรถนะการทำงานด้วยมาตรฐานของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

การตรวจสอบการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินรูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้ไปทำการตรวจสอบสามเส้าเนื่องจากในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้ในการสังคมศาสตร์ ด้วย การรวบรวมวิธีการใช้ผู้สังเกต (Observer) ทฤษฎี (Theory) วิธีการ (Methods) และข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical material) ที่ซ้ำซ้อนกัน นักวิจัยหวังว่าจะขจัดจุดด้อย หรือ ความลำเอียงภายในและปัญหาที่เกิดจากการใช้วิธีการอย่างเดียวและการใช้ทฤษฎีเดียวในการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การตรวจสอบจาก

1. Theory Triangulation การใช้มุมมองของทฤษฎีต่าง ๆ มาพิจารณาข้อมูลชุดเดียวกัน

2. Data Triangulation การเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบ

3. Multiple Investigator Triangulation การใช้นักวิจัยหลายคนในสนามแทนการใช้นักวิจัยเพียงคนเดียว

4. Methods Triangulation การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ

ผลการตรวจสอบสามเส้าทั้ง 4 วิธี พบว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมิประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่มีประเด็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งเชิงทฤษฎี เชิงเนื้อหาของกิจกรรม เมื่อนำมาบูรณาการนักวิจัยพบว่า เป็นไปตามรูปแบบฯ ที่ได้สร้างขึ้นจากผลการศึกษาทุกขั้นตอน โดยสามารถทำตารางเปรียบเทียบที่ 6 ได้ ดังนี้

ตารางที่ 6 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การพัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Theory Triangulation	Methods Triangulation	Multiple Investigator Triangulation	Data Triangulation
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้คลอบคลุมทุกมิติ		
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้	กิจกรรมการพัฒนาร่างกาย จิตใจ และการเพิ่มรายได้ให้แก่ อสม.	นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักพัฒนาชุมชน	ค่า r= 0.282**
3. การปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม.	จำนวนคน และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้แก่งานระบาดวิทยา งานสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน	อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์	p <.001

จากผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบกับข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง และพบว่าเมื่อนำมาตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินแนวทางในการเพื่อสร้าง “รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่” ข้อมูลมีความเห็นพ้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปในชื่อว่า “อสม. กัลยาณิวัฒนา เสริมพลัง พัฒนาความรอบรู้เพื่อสุขภาพประชาชน” ดังภาพ



ภาพประกอบที่ 1 “อสม. กัลยาณิวัฒนา เสริมพลัง พัฒนาความรอบรู้ เพื่อสุขภาพประชาชน”

วิจารณ์

การพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพของ อสม. พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมความรู้เท่ากับ 70.77 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หัวข้อที่มีความรู้ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละในระดับมาก ที่สุดร้อยละ 96.50 คือ “ประชาชนทุกคนมีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จึงควรเข้ารับการฉีดวัคซีนปีละ 1 ครั้ง” แสดงให้เห็นว่า หากผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ อสม.มีความรู้ ความสามารถเพียงพอตามสมรรถนะของตนเอง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ จะส่งผลต่อการดูแล และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้ดีอีกด้วย สอดคล้องกับ Yabkhai Y[8] ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.7 (R Square = 0.487) 2) การรับรู้บทบาทมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.0 เป็นร้อยละ 54.7 (R Square Change = 0.060, R Square = 0.547) และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 57.0 (R Square Change = 0.024, R Square = 0.570) สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 57.0 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.755 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ ± 8.226

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. ค่า r = 0.282 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับต่ำ อภิปรายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของอสม. แม้ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแม้นว่า อสม. ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ได้ไม่มากหรืออาจไม่เข้าใจ แต่ก็สามารถปฏิบัติงานได้ดี อันเนื่องจากประสบการณ์ หรือระยะเวลาการทำงานของแต่ละท่าน ซึ่งปัจจัยที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของ อสม.ยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohajer N[9] ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครเอาชนะอุปสรรคทางสังคมวัฒนธรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-synthesis) โดยใช้แนวคิดของทุนทางสังคม พบว่า บทบาทของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนในการให้บริการหรือเรียกว่าแรงจูงใจจากค่านิยมการทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น การขับเคลื่อนการดำเนินงานของสมาชิกในชุมชน และจุดมุ่งหมายเพื่อการขับเคลื่อนการสร้างพลังอำนาจมากกว่าด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนรู้สึกว่ามีทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะจัดหาให้ตามความคาดหวังของชุมชน ตอบสนองความต้องการที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ

รูปแบบการประเมินประสิทธิภาพสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้วยแนวคิด อสม 4.0 และ Smart อสม. พื้นที่อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ในชื่อว่า “อสม. กัลยาเสริมพลัง พัฒนาความรอบรู้ เพื่อสุขภาพประชาชน” ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือของ 5 ภาคส่วน ได้แก่ คุณลักษะของอสม. บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะทำหน้าที่ในการสร้างเสริมกิจกรรม หรือทำโครงการพัฒนาศักยภาพให้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่ในการรับนโยบายจากระดับอำเภอ เข้าสู่ระดับหมู่บ้าน เพื่อประสานงานให้อสม. สามารถทำงานกับประชาชนได้อย่างไร้รอยต่อหน่วยงานอื่น ๆ เช่น พัฒนาชุมชน และการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับประชาชน ถึงระดับผู้นำ รวมถึงต้องมีการติดตาม ประเมินสมรรถนะการทำงานด้วยมาตรฐานของ อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ Scott K[10] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนในชุมชนคืออะไร การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน พบว่า โปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนประกอบด้วยความคิดเห็นที่หลากหลายในสิ่งแทรกแซงที่จัดไว้ให้ การคัดเลือกและการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน การนิเทศงาน ค่าตอบแทน และบูรณาการเข้าไปในระบบสุขภาพ คุณสมบัติที่ทำให้ผลลัพธ์

ทางบวกของโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนรวมถึงการฝังตัวในชุมชน (สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโปรแกรมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน) การสนับสนุนการนิเทศงาน การศึกษาอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านการขนส่งอย่างเพียงพอและวัสดุอุปกรณ์ การบูรณาการประสิทธิภาพของโปรแกรมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนเข้าสู่ระบบสุขภาพสามารถสร้างความยั่งยืนและความน่าเชื่อถือ ชี้แจงบทบาทของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนกับผู้แทนระบบสุขภาพในระดับสูง ทั้งนี้ ยังพบช่องว่างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยสิทธิความจำเป็นของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน วิธีที่มีประสิทธิภาพในการฝึกอบรมและการนิเทศงานผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและอิทธิพลของการกระจายอำนาจในระบบสุขภาพความรับผิดชอบต่อสังคม และธรรมาภิบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพ และพัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะด้านดิจิทัลและอื่นๆ ได้

2. สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับ อสม. ได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพ อสม. ด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. สามารถนำเอาผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและ อสม. ที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้ความสามารถ แรงจูงใจตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่มีต่อสมรรถนะของ อสม.ร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ เพื่อยกระดับการปฏิบัติงานให้แก่ อสม. เพื่อให้เกิดชุมชนที่เอื้อต่อการรับบริการสุขภาพให้เกิดความพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความยั่งยืนต่อไป

3. ควรทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้เพื่อประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในอนาคตอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Varumporn T, Sillabutra J, Prutipinyo C. Factors influencing the competency of personnel in the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Public Health Policy Laws J. 2025;11(2):345–58.
2. Department of Health Service Support. Outstanding achievements of the Department of Health Service Support, fiscal year 2021 [Internet]. 2021 [cited 2024 May 1]. Available from: https://www.hss.moph.go.th/show_topic.php?id=4582.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072–8.
4. Jirawong N J, Chitmanasak N. Development of a health literacy model to promote health behaviors based on the 3A principles of the elderly. J Roi Kaensarn Acad. 2022;7(4):233–49.
5. Public Health Support Division. Family volunteer manual (FV). Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2016.
6. Likert R. A technique for the measurement of attitude. Arch Psychol. 1932;140:1–55.
7. Fisher W R. Clarifying the narrative paradigm. Communication Monographs. 1989;56(1):55-8.
8. Yabkhai Y, Wongsawat P. A model for developing the performance of village health

volunteers [dissertation]. Phitsanulok (TH): Naresuan University; 2000.

9. Mohajer N, Singh D. Factors enabling community health workers and volunteers to overcome socio-cultural barriers to behaviour change: meta-synthesis using the concept of social capital. Hum Resour Health. 2018;16(1):63.
10. Scott K, Beckham S W, Gross M, Pariyo G, Rao K D, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs. A systematic review of existing reviews on community health workers. Hum Resour Health. 2018;16(1):39.

ผลของโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วย ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Results of volunteer program for diabetic patients on Promotive behavior to control bloodsugar levels and HbA1C of Diabetic patients in Phra That Subdistrict, Chiang Khwan District, Roi Et Province

กรรณิกา นาควัน*

Kannika Nacwan

Corresponding author: E-mail:kannikanacwan@gmail.com

(Received: October 1, 2025; Revised: October 8, 2025; Accepted: November 4, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาโปรแกรม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน ที่ได้มาโดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากไม่แทนที่ ดำเนินการเดือนตุลาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล โดยมีจิตอาสาจับคู่กับผู้ป่วยในการพัฒนาเรื่องโรคเบาหวานในรูปแบบการประชุมการฝึกปฏิบัติ การสังเกตการณ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและการทำ Telemedicine การเสริมพลังทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง จำนวน 16 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย : ภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภาพรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.0001$ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง 0.60 mg% (95%CI: 0.431, 0.784)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จะเห็นได้ว่าโปรแกรมจิตอาสาทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองและพร้อมที่จะเป็นตัวอย่างให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมจิตอาสา; พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare blood sugar control behaviors and glycated hemoglobin (HbA1c) levels of diabetic patients before and after participation in the developed program.

Study design : A quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : This study was conducted among diabetic patients residing in Phra That Subdistrict, Chiang Khwan District, Roi Et Province. The sample consisted of 40 participants who were purposively selected and randomly assigned using simple random sampling by drawing lots without replacement. Data were collected before and after the intervention between October 2023 and May 2024. The participants received the Volunteer Program for Diabetic Patients to Promote Blood Glucose Control Behaviors, in which volunteer patients were paired with diabetic patients to jointly develop diabetes self-care through meetings, practical training, home visit observations, and telemedicine activities. Empowerment sessions were also conducted to review and strengthen patient self-care. The program was based on the Self-Management Concept, consisting of goal setting, self-regulation, self-evaluation, and self-reinforcement. To ensure shared understanding, the Blood Glucose Control Behavior Questionnaire was used as a guideline for home visits over a 16-week period (once a week). Data were collected using a personal information questionnaire and the Blood Glucose Control Behavior Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare pre- and post-intervention results, employing the Paired t-test.

Main findings : After participating in the program, the participants showed a statistically significant increase in the overall mean score of blood glucose control behaviors. The mean glycated hemoglobin (HbA1c) level significantly decreased ($p < .0001$), with an average reduction of 0.60 mg% (95% CI: 0.431, 0.784) after the intervention.

Conclusion and recommendations : It was evident that the volunteer program enhanced the blood glucose control behaviors of diabetic patients after participating in the program compared to before participation. The program increased patients' confidence in self-care and encouraged them to become role models for other diabetic patients in the community.

Keywords : Volunteer Program; Blood Glucose Control Behavior; Glycated Hemoglobin (HbA1C)

*Professional Nurse, Chiang Khwan Hospital, Roi Et Province.

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 6.4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่หรือประมาณ 3.2 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2578 มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 1.1 ล้านคนหรือมากกว่านั้น ในแต่ละวันจะมีคนไทยมากกว่า 180 คน ต้องเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน[1] โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดความเสียหายต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น ตาหลอดเลือดสมองไตหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงอาจเกิดภาวะเส้นประสาทถูกทำลาย จำเป็นต้องถูกตัดเท้าหรือขาไปจนถึงเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ได้นอกเหนือจากผลกระทบทางร่างกายเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความกังวลและความเครียดเกี่ยวกับอาการของโรคความทุกข์จากผลข้างเคียงของยารักษาเบาหวานนอกจากจะเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขแล้วโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การควบคุมอาหารการออกกำลังกายการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน[2] และสามารถดูแลจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) นับว่าเป็นแนวคิดที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและได้ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม Kanfer[3] กล่าวถึงการจัดการตนเองมี 4 ประการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การกำกับตนเอง (Self -monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมหรือผลักดันความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[4] คือ ทักษะความรู้ความสามารถในการเรียนรู้คุณลักษณะส่วนบุคคล บุคลากรด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมซึ่งจากประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้[5] ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ที่ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่ติดใจในรสชาติอาหารมากกว่าความเหมาะสม และความรู้สึกอ่อนเพลียที่ได้ทานของหวานแล้วอาการจะดีขึ้น ทำให้ค่าน้ำตาลในเลือดจึงขึ้นๆลงๆ และยังพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ตะหนักการกินยาหลงลืมจากกิจกรรมที่เร่งรีบ 2) การปรับตัวกับโรคด้านบทบาทและด้านอารมณ์ พบว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการอื่นที่น่าวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงยังคงมีความคิดว่าไม่จำเป็นต้องจัดการตนเองใหม่ 3) การแสวงหาทางเลือกที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการแสวงหาทางเลือกที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลายวิธี ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ได้รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่มีการใช้แพทย์ทางเลือกในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย เนื่องจากการรักษาโดยรับประทานยาและฉีดยามาเป็นระยะเวลานาน ระดับน้ำตาลในเลือดก็ยังคงสูง จึงหาทางเลือกอื่น ได้แก่ กินยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร และอื่นๆ จากคำโฆษณา ส่วนใหญ่เกิดจากการแนะนำหรือบอกต่อจากคนข้างเคียงหรือผู้ป่วยเบาหวานในระแวกบ้าน และ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยจากตนเองที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้แต่ขาดความตะหนัก 2) ปัจจัยจากบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้านบวก มีความพึงพอใจของบุคลากรด้านสุขภาพ และพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการดูแลแบบองค์รวม มีการประสานกันระหว่างผู้ดูแล จะทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยจากครอบครัวและสังคม[6] และ 3) ปัจจัยจากครอบครัวและสังคม: การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย การได้รับกำลังใจและความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ สอดคล้องกับ Siriwattanapornkul[7] พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจะเห็นได้ว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ต่อเนื่องต้องมีกระบวนการการจัดการตนเอง ต้องมีบุคลากรและได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการให้จิตอาสาซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาที่เป็นบุคคลใกล้บ้าน มีความผูกพันทางสังคมที่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความไว้วางใจในการเป็นผู้ดูแลและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทักษะการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้[8]

ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยมีหลักสูตรการพัฒนาจิตอาสาให้พร้อมบริการด้านสุขภาพ จะมีเฉพาะการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมีสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแลเรื่องเทคนิคการพัฒนาความรู้ การให้คำปรึกษา การเป็นพี่เลี้ยงและเป็นคู่ฝึกการดูแลผู้ป่วยจำนวน 70 ชั่วโมง ซึ่ง จิตอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน ดูแล 10 ครัวเรือน ซึ่งใน 10 ครัวเรือนจะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ประมาณ 2-3 ครัวเรือน เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพ ทีมสหวิชาชีพจะต้องมีการพัฒนาความรู้ตามหลักสูตรที่ผู้วิจัยได้ปรับจากหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงระยะยาว (Long Term Care: LTC) ร่วมกับการเพิ่มความรู้โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การคัดกรองความเสี่ยง การเจาะเลือดปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิต การปรับพฤติกรรมเพื่อให้ค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การเสริมพลัง การใช้ยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำ น้ำตาลสูง วางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วยและจิตอาสา การใช้ Telemedicine การเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ

เช่นเดียวกับกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเชียงขวัญมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 173 และ 186 คน มีค่า HbA1C น้อยกว่า 7 mg% ร้อยละ 13.29 และ 19.89 ในปี พ.ศ.2565 และ พ.ศ.2566 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโครงการ กิจกรรมมากมายโดยปรับแนวคิดเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้มากที่สุดและต่อเนื่อง แต่ปรากฏว่า กิจกรรมที่ได้ดำเนินมาได้ส่งผลให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี แต่ยังทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่อเนื่อง ทั้งในส่วนการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ความเครียด ส่งผลให้ค่า FBS ขึ้นๆ ลงๆ สุดท้ายค่า HbA1C ยังคงควบคุมไม่ได้ ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การขาดการออกกำลังกาย และการไม่ติดตามผลระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ จากงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก โดยยังขาดแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยกันเองหรือการใช้พลังของจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานในการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรายอื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดังนั้นจึงเกิดช่องว่างขององค์ความรู้ในการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในลักษณะจิตอาสา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดระดับ HbA1C อย่างยั่งยืนในบริบทของชุมชนเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดของผู้ป่วยตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ดและได้ปรับกลยุทธ์ ลดช่องว่างของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทตำบลพระธาตุ และเพิ่มการเสริมพลัง การกำกับติดตาม การประเมินผลโดยจิตอาสาที่ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะ สามารถสื่อสาร ประสานงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับผู้วิจัยและสหวิชาชีพที่สามารถ

เข้าทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้งและใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองได้เข้มแข็งและต่อเนื่องตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวน 186 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power[9] กำหนดข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง โดยใช้สถิติที่ใช้ Paired t- test ขนาดของผลกระทบ (Effect Size) = 0.7 ระดับความเชื่อมั่น (α) 95% = 0.05 และ Power (1-β) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน คิด Drop out เพิ่มอีกร้อยละ 20[10] เพื่อป้องกันการสูญหายรวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พักอาศัยตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมี Smartphone และยินดีที่จะสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพด้วย Telemedicine

3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยไม่พักอาศัยที่ตำบลพระธาตุ

2) ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง ใน 6 ครั้ง

3) ผู้ป่วยเสียชีวิต

กลุ่มร่วมในการวิจัย คือ จิตอาสาที่เป็น Care giver จำนวน 40 คน (ผู้ป่วย 1 คนต่อจิตอาสา 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ การพัฒนาเรื่องโรคเบาหวาน ในรูปแบบการประชุมการปฏิบัติ การสังเกตการณ์เยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการทำ Telemedicine การเสริมพลังทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองเริ่มตั้งแต่การตั้งเป้า การกำกับตนเอง การประเมิน และการเสริมแรงตนเอง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการเป็นคู่มือเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 16 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (ก่อนและหลังการทดลอง) ได้แก่ 1. แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ และพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 25 ข้อ และ 2. HbA1C

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยมีลำดับดังนี้

1. ก่อนเริ่มโปรแกรม อธิบายโครงการ และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิก

2. ระหว่างดำเนินโปรแกรม (เดือนที่ 1–6) มีกิจกรรมดังนี้ 1) ค้นหา จิตอาสาจับคู่กับผู้ป่วย และประชุมจิตอาสาและผู้ป่วยเบาหวานเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องโรคเบาหวานการเสริมพลังการจัดการตนเอง การควบคุมพฤติกรรมให้มีค่าน้ำตาลในเลือดปกติ 2) อบรมจิตอาสาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) จิตอาสาติดตามเยี่ยมและเสริมพลังผู้ป่วยทุกสัปดาห์และประเมินพฤติกรรมเสี่ยง 16 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง กรณีพบปัญหาหรือข้อสงสัยจิตอาสาจะประสานผู้วิจัยและพยาบาลในคลินิก 4) ผู้วิจัยลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน/Telemedicine แพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วย

และจิตอาสา ทุกเดือน และ 5) ผู้ป่วยพบแพทย์และได้รับการรักษา ดูแลต่อเนื่องกับแพทย์และสหวิชาชีพ

3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมทำแบบประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและวัดผลลัพธ์ทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน (Case manager NCD) โรงพยาบาลเชียงขวัญ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.79 จึงนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ OPD ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาณ (Inferential Statistic) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 1442566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนชัดเจนรวมถึงให้สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ปราศจากการชักจูงหรือบีบบังคับ และไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าทางใด ข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อ–สกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลอื่นใดที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ โดยใช้เพียงรหัสแทนชุดแบบสอบถามเท่านั้น ข้อมูลที่ได้นำเสนอเฉพาะในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ และใช้เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน เพศหญิง (72.5%) เพศชาย (27.5%) อายุเฉลี่ย 56.65±9.51ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (27.5%) มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรค คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด(57.5%) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 5.17±2.34 ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 50.0 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ (37.5%) สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้ (42.5%) ส่วนใหญ่ใช้มือถือของตนเอง (47.5%) มีผู้ดูแลเป็นบุตร/หลาน (37.5%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=40)

ข้อมูล	จำนวน	%
เพศ		
ชาย	11	27.5
หญิง	29	72.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	%
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean±SD.	56.65±9.51	
สำเร็จการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	8	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	27.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	27.5
ปวส./อนุปริญญา	3	7.5
ปริญญาตรีและสูงกว่า (4-6ปี)	7	17.5
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	7	17.5
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	23	57.5
เบาหวานและหัวใจ	8	20.0
เบาหวานและไตเสื่อม	2	5.0
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี) Mean±SD.	5.17±2.34	
สามารถควบคุมระดับน้ำตาล		
ได้	7	17.5
ไม่มั่นใจ	20	50.0
ไม่ได้	13	32.5
รายได้เพียงพอ		
เพียงพอ/เหลือเก็บ	9	22.5
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	15	37.5
เพียงพอบางครั้ง	14	35.0
ไม่เพียงพอ	2	5.0
สุขภาพ		
ร่างกายแข็งแรง	10	25.0
ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตัวเองได้	17	42.5
ไม่แข็งแรงดูแลตัวเองไม่ได้มีอสม.หรือคนในชุมชนหรือญาติช่วยดูแล	11	27.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	%
ไม่แข็งแรง ดูแลตัวเองไม่ได้และไม่มีใครดูแล	2	5.0
การใช้มือถือ		
ตนเอง	19	47.5
คนในครอบครัว	16	40.0
อสม.	5	12.5
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	7	17.5
บุตร/หลาน	15	37.5
ญาติ	13	32.5
ไม่มี	5	12.5

2. หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001) ในทุกข้อโดยมีค่าคะแนนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ชอบดื่มกาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง ขนมหวานเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.925 (95%CI:-1.169, -0.680), 2) ออกกำลังกายโดยการเดินวิ่ง ยืดเหยียด หรือทำงานต่อเนื่องวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วันเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.875 (95%CI:-1.127, -0.622), 3) รับประทานในปริมาณมากน้อยไม่เท่ากันเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.700 (95%CI: -0.972, -0.427), 4) รับประทานผักชนิดต่างๆ เป็นส่วนประกอบสำคัญในอาหารแต่ละมื้อเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.650 (95%CI:-0.896, -0.403) และ 5) รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.600 (95%CI: -0.826, -0.373) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.			
1. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ตรงเวลา	2.400±0.632	2.775±0.422	0.375	-0.575, -0.174	.001
2. รับประทานในปริมาณมากน้อยไม่เท่ากัน	1.825±0.712	2.525±0.505	0.700	-0.972, -0.427	<.0001
3. รับประทานผักชนิดต่างๆ เป็นส่วนประกอบสำคัญในอาหารแต่ละมื้อ	2.050±0.677	2.700±0.464	0.650	-0.896, -0.403	<.0001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.			
4. รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก	1.925±0.693	2.525±0.554	0.600	-0.826, -0.373	<.0001
5. ชอบดื่มกาแฟ น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง ขนมหวาน	1.850±0.699	2.775±0.422	0.925	-1.169, -0.680	<.0001
6. ออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่ง ยืดเหยียด หรือทำงานต่อเนื่องวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน	1.725±0.715	2.600±0.496	0.875	-1.127, -0.622	<.0001
7. รู้สึกน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ	1.950±0.749	2.525±0.505	0.575	-0.844, -0.305	<.0001
8. หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการดังนี้คือมือสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลียปวดศีรษะ ตาพร่า หิว เจ็บแน่นหน้าอก	2.125±0.607	2.525±0.505	0.400	-0.574, -0.225	<.0001
9. นั่งๆนอนๆ เป็นส่วนมากในแต่ละวัน	2.150±0.662	2.675±0.474	0.525	-0.786, -0.264	<.0001
10. เตรียมยากิน/ยาฉีด หรือมั่นใจว่าผู้ดูแลจัดยาให้ถูก	2.425±0.635	2.750±0.438	0.325	-0.508, -0.141	.001
11. รับประทานยา/ฉีดยาตามแพทย์สั่ง (ถูกชนิดยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี ถูกคน)	2.100±0.671	2.600±0.496	0.500	-0.691, -0.308	<.0001
12. ลืมรับประทานยา/ฉีดยา	2.250±0.707	2.750±0.438	0.500	-0.704, -0.295	<.0001
13. ให้เพื่อนยืมยา หรือ ยืมยาเพื่อน	1.900±0.590	2.425±0.500	0.525	-0.729, -0.320	<.0001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.			
14. กินยาเบาหวานที่มาจากโรงพยาบาลเชียงขวัญและที่คลินิก	2.400±0.671	2.750±0.493	0.350	-0.535, -0.164	<.0001
15. ไม่กินยาเบาหวานถ้าวันนั้นท่านรู้สึกน้ำตาลต่ำ วิงเวียน	2.475±0.678	2.800±0.405	0.325	-0.493, -0.156	<.0001
16. นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง	2.200±0.686	2.500±0.554	0.300	-0.465, -0.134	.001
17. มีเรื่องไม่สบายใจ กับโรคเบาหวานและอื่นๆ	2.150±0.735	2.625±0.735	0.475	-0.703, -0.246	<.0001
18. ร่วมกิจกรรมกับหมู่บ้านเท่าที่ต้องการ	1.975±0.659	2.475±0.505	0.500	-0.740, -0.259	<.0001
19. เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเอง	2.225±0.659	2.525±0.505	0.300	-0.494, -0.156	0.003
20. ดูแลตรวจทำความเท้าสะอาดและทำให้แห้งสะอาด	2.150±0.622	2.600±0.496	0.450	-0.678, -0.221	<.0001
21. ดื่มสุรา สูบบุหรี่	2.675±0.622	2.675±0.615	0.025	-0.290, -0.240	.580
22. สวมรองเท้าที่พอดีและใส่ทุกครั้งที่ออกจากบ้าน	2.525±0.505	2.650±0.483	0.125	-0.232, -0.017	.023
23. มียาสมุนไพร ยาต้มและยาอื่นๆในการรักษาเบาหวาน	2.300±0.464	2.650±0.483	0.350	-0.504, -0.195	<.0001
24. ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างดี	2.050±0.450	2.575±0.500	0.525	-0.729, -0.320	<.0001
25. ปรึกษาพยาบาลหรือจิตอาสาเมื่อมีหรือสงสัยอาการผิดปกติ	1.800±0.686	2.525±0.505	0.725	-1.014, -0.435	<.0001

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเท่ากับ 0.608 mg% (95% CI;0.431,0.784) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean Diff.	95%CI	p
	Mean±SD.	Mean±SD.			
HbA1C	7.942±1.013	7.334±1.150	0.60	0.431, 0.784	<.0001

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทั้งในด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลพระธาตุ อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น โดยได้จากการนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management Concept) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม โดยเน้นกระบวนการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ[11] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน นอกจากนี้ การมี “จิตอาสาผู้ป่วยเบาหวาน” ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และแบบอย่างเชิงบวก (Peer modeling) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเพื่อนร่วมทางทางสุขภาพ เกิดกำลังใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองได้จริง ผ่านกิจกรรมการประชุม การฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และการติดตามทาง Telemedicine ซึ่งเป็นการสนับสนุนแบบต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง 0.60 mg% (95%CI: 0.431, 0.784) (ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI: 0.431–0.784, p<.0001) สะท้อนให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของญาณิสราปินตานา และคณะ[10] ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในระยะเวลา 6 เดือน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงอาจมีปัจจัยภายนอกอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงของอาหาร การใช้ยา ที่อาจมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งขนาดกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 40 คน และอยู่ในพื้นที่เฉพาะตำบลพระธาตุ ทำให้การสรุปผลทั่วไปยังมีข้อจำกัด ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานที่บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองเข้ากับการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปขยายผลสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

จุดเด่นของการวิจัย

1. เป็นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งงานวิจัยนี้พัฒนาโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นเป็นครั้งแรกในพื้นที่ โดยนำจิตอาสา (Volunteer) ที่มีศักยภาพมาเป็น “Care giver” เพื่อส่งเสริมและติดตามผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ถือเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เกิดจากชุมชนเพื่อชุมชน (Community Empowerment Model)

2. มีกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง การใช้รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประชุม การอบรมจิตอาสา การฝึกปฏิบัติจริง การเยี่ยมบ้าน และการสังเกตการณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองและเพื่อนผู้ป่วยร่วมกลุ่ม

3. สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้โมเดลจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานนี้สอดคล้องกับแนวทาง “บริการสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Based Health Care)” ของกระทรวงสาธารณสุข และสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ไม่มีกลุ่มควบคุมการใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) อาจมีปัจจัยภายนอกอื่นที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยในช่วงการศึกษา

2. ระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้นการติดตามเพียง 16 สัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอที่จะประเมินผลระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงอยู่ของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่บริบทที่คล้ายคลึงกัน ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. การศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อประเมินผลระยะยาวและขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้แบบแผนการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันผลลัพธ์และประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. การพัฒนาศักยภาพจิตอาสาและบุคลากรสุขภาพควรจัดอบรมและสนับสนุนความรู้ ทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษาแก่จิตอาสาและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้คำแนะนำและการติดตามผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

2. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม เช่น การเข้าสู่ภาวะสงบของโรคในระยะ 12 เดือนขึ้นไป

3. ต่อยอดโปรแกรมจิตอาสาผู้ป่วยเบาหวานสู่โรคเรื้อรังอื่นและระบบสุขภาพระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Rattarasarn C. Diabetes outbreak and its impact on Thailand. Bangkok: Novo Nordisk Pharma (Thailand) Ltd; 2013.
2. Junchai J. Diabetes education and self-management program of persons with type 2 diabetes, PrachuapKhiri Khan province. The Public Health Journal of Burapha University. 2012;7(2):69-83.
3. Frederick H, Kanfer, Arnold P. Goldstein. Helping people change: A textbook of

methods. New York: Pergamon Press; 1980.

4. Embrey N A concept analysis of self-management in long-term conditions. British Journal of Neuroscience Nursing. 2006;2(10):507-13.
5. ยุฑามาส วันดาว, ทิพมาส ชิณวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, อรุณี ทิพย์วงศ์. ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำ เภอสะเดา จังหวัดสงขลา วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):52-64.
6. Blixen C E, Kanuch S, Perzynski A T, Thomas C, Dawson N V, Sajatovic M. Barriers to Self-management of Serious Mental Illness and Diabetes. Am J Health Behav. 2016;40(2):194-204.
7. Siriwattanapornkul T. Factors related to blood glucose level among patients with diabetes mellitus type II. Journal of Nursing Science Naresuan University. 2007;1(2):57–67.
8. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):66-83.
9. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. Journal of educational evaluation for health professions. 2021;18.
10. ญาณิสรา ปินตานา, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;12(1):72-83.
11. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2562;25(2):87-103.

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

A Participatory Framework for Suicide Surveillance and Prevention: The Role of Family and Community in Moeiwadee Hospital, Roi Et Province

ศุภิศา บุญปก* สายใจ สิงห์ยะเมือง วิชชากร ไชยรัตน์*** สุพี ช่างม่วง******

Supisa Boonpok, Saijai Singameueng, Wichakon Chaiyarat, Supee Changmuang

Corresponding author: E-mail: supisa.2514@gmail.com

(Received: October 1, 2025; Revised: October 8, 2025; Accepted: November 4, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และประเมินแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยการวินิจฉัยโดยแพทย์ และครอบครัว 24 คน ในระยะศึกษาสถานการณ์ 12 คน ระยะพัฒนาแนวทาง 12 คน ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเมยวดี 6 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักที่พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีค่า ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 แบบทดสอบความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ 0.84 และค่ายากความยากตั้งแต่ 0.43-0.76 แบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage differences

ผลการวิจัย : 1) พบสถานการณ์ปัญหาทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล การให้บริการในโรงพยาบาล ขณะส่งต่อผู้ป่วย และระยะติดตามหลังกลับบ้าน 2) แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การจัดอบรมและกิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ 2) การดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน ชุมชนและสถานพยาบาล 3) การส่งต่อผู้มีความเสี่ยงไปยังหน่วยบริการระดับสูงตามระบบที่กำหนด 4) การให้บริการดูแลรักษาโดยทีมสุขภาพจิต 5) การจัดประชุมวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานชุมชน และ 6) การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพจิตใจ ความพร้อมของครอบครัว และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์หลังการดำเนินการพัฒนา พบว่าสัดส่วนของผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (คะแนน 7–12) เพิ่มขึ้นจาก 25.0% ก่อนการพัฒนาเป็น 50.0% หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 66.7 ขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนน 13–18) เพิ่มขึ้นจาก 16.7% เป็น 25.0% หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 40.0 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (คะแนนมากกว่า 19 คะแนน) ลดลงจาก 58.3% ก่อนการดำเนินงานเหลือเพียง 25.0% หลังการดำเนินการลดลง คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 80.0 และครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 38.31 ทัศนคติและพฤติกรรมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 39.35 และ 39.88 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ลดลงอย่างมาก และครบครัวมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : เฝ้าระวังและป้องกัน; การฆ่าตัวตาย; การมีส่วนร่วม; ครอบครัวและชุมชน

*, **, ***, **** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมยวดี

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate existing problems, develop, and evaluate a participatory surveillance and suicide prevention approach involving families and communities at Moeiwadi Hospital, Roi Et Province.

Study design : This study employed a mutual collaborative action research design.

Materials and Methods : The study involved three groups of key informants: (1) service recipients diagnosed with depression and identified as being at risk of suicide, along with their family members (n = 24), divided equally between the situational analysis and development phases; (2) six healthcare providers from Moeiwadi Hospital directly involved in mental health and suicide prevention services; and (3) eleven stakeholders responsible for the hospital's suicide surveillance and prevention program. Data were collected using validated instruments assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to suicide surveillance, prevention, and patient referral. The instruments demonstrated strong psychometric quality, with a content validity index (CVI) ranging from 0.67 to 1.00. The knowledge test showed satisfactory reliability (KR-20 = 0.84) and item difficulty indices between 0.43 and 0.76, while the attitude and behavior questionnaires showed high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.92 and 0.89, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and percentage difference.

Main findings : The study was conducted through situation analysis, participatory planning, and implementation of a comprehensive suicide prevention program. Data were collected from service records and interviews covering four stages of care: pre-hospital, in-hospital, referral, and post-discharge follow-up. The developed model consisted of six key interventions: (1) training and resilience-building activities; (2) screening of target populations in schools, communities, and healthcare facilities; (3) referral of at-risk individuals according to the established system; (4) mental health care services by multidisciplinary teams; (5) discharge planning meetings involving patients, families, and community agencies; and (6) home visits for psychological assessment, family readiness evaluation, and ongoing counseling. After implementing the model, the proportion of individuals with mild depressive symptoms (scores 7–12) increased from 25.0% to 50.0% (percentage difference = 66.7), and those with moderate depression (scores 13–18) increased from 16.7% to 25.0% (percentage difference = 40.0). Conversely, severe depression (scores >19) markedly decreased from 58.3% to 25.0% (percentage difference = –80.0). Family knowledge regarding suicide surveillance and prevention increased by 38.31%, while attitudes and preventive behaviors improved by 39.35% and 39.88%, respectively.

Conclusion and Recommendations : The developed suicide surveillance and prevention model effectively reduced the proportion of individuals with severe depression and significantly enhanced family knowledge, attitudes, and behaviors toward suicide prevention. The findings support the integration of family and community participation in mental health surveillance systems as an effective strategy to strengthen suicide prevention in local contexts.

Keywords : Surveillance and prevention; Suicide; Participation; Family and community

*, **, ***, **** Registered Nurse, Professional Level, Mae Wadi Hospital.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ แต่กลับยังคงคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากในทุกปี องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 700,000 คนทั่วโลก และมากกว่าร้อยละ 70 ของกรณีเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เช่นเดียวกับข้อมูลเชิงระบาดวิทยาจากโครงการ Global Burden of Disease (GBD)[2] แสดงให้เห็นว่าแม้อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงในระยะยาว แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยุโรปตะวันออก นอกจากนี้กลุ่มเยาวชนอายุ 15–29 ปี ยังคงเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ทำให้การฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรกลุ่มนี้[1] เพศชายมักมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง แม้ว่าพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจะพบบ่อยในเพศหญิง[3]

สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในช่วงปี ค.ศ.2019–2021[4] โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนที่เผชิญแรงกดดันจากการศึกษาและสังคม งานวิจัยในประเทศ เช่น การศึกษาของ Chaniang et al.[5] ชี้ว่าเยาวชนไทยจำนวนไม่น้อยแสดงความคิดหรือพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกคัดกรองและการป้องกันในสถานศึกษาและชุมชน นอกจากนี้รายงานจากองค์การอนามัยโลกประเทศไทย[6] ระบุว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้มีความเสี่ยงบางกลุ่มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ขณะเดียวกันความเครียดทางเศรษฐกิจและการว่างงานยิ่งเพิ่มความเปราะบางของประชากร แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินมาตรการเชิงนโยบาย เช่น การพัฒนาสายด่วนสุขภาพจิตและโครงการคัดกรองเชิงรุก แต่การขยายบริการป้องกันและการประเมินประสิทธิผลยังเป็นความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข[7]

ในทำนองเดียวกันสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลเมยวดี ในปี พ.ศ. 2564–2567 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรมีแนวโน้มผันผวนอยู่ระหว่าง 4.33–17.32 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นถึงการดำเนินปัญหาที่ต่อเนื่อง และมีความเปลี่ยนแปลงตามบริบทในแต่ละปี กลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นอายุ 15–24 ปี ซึ่งมีปัญหาด้านพฤติกรรมและการปรับตัว (Adjustment disorder) รองลงมาคือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา ส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จมักพบในผู้ที่ใช้สุราและยาเสพติดร่วมกับภาวะซึมเศร้าและโรคทางกายเรื้อรัง ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การฆ่าตัวตายมิใช่เพียงปัญหาทางคลินิก แต่เป็นปัญหาทางสังคมที่ต้องการการแก้ไขเชิงระบบและแบบบูรณาการ ทั้งนี้โรงพยาบาลเมยวดีได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้กระบวนการดูแลครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาผู้มีความเสี่ยง การประเมินภาวะจิตใจ การรักษา การฟื้นฟู และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานการประเมินระดับความรุนแรง การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม การเยี่ยมบ้าน และการประสานการดูแลกับเครือข่ายในชุมชน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังใช้โปรแกรม SMI-V เพื่อกำกับการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน และเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพจิต จิตเวช และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่[7] แต่ก็ยังมีข้อจำกัดสำคัญของระบบการดูแลในปัจจุบัน ได้แก่ การคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง การขาดองค์ความรู้ของครอบครัวและชุมชนในการสังเกตสัญญาณเตือน รวมถึงระบบการสื่อสารและการแจ้งเหตุระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ นอกจากนี้ยังขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ซึ่งจำกัดการวิเคราะห์แนวโน้มและการวางแผนเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องระดับนานาชาติ[8-10]

พบว่า ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางจิตเวชเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดในการทำนายความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคม เช่น การว่างงาน การโดดเดี่ยว และปัญหาครอบครัว ตลอดจนโรคทางกาย เรื้อรัง ล้วนเป็นตัวเร่งที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้น การกำหนดนโยบายเพื่อลดการฆ่าตัวตายจำเป็นต้องผสมผสานมาตรการทั้งเชิงคลินิกและเชิงสังคมควบคู่กัน กล่าวได้ว่าในช่วงปี ค.ศ.2020–2023 การฆ่าตัวตายยังคงเป็นความท้าทายระดับโลกและระดับชาติ ประเทศไทยเผชิญแนวโน้มการเพิ่มขึ้นในบางกลุ่มประชากร โดยเฉพาะวัยรุ่นและผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจ การดำเนินมาตรการป้องกันอย่างบูรณาการ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจิตในชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อบรรเทาภาระจากการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน

เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายระหว่างปี ค.ศ.2020–2023 พบว่า ปัจจัยทางคลินิกและจิตเวชมีบทบาทสูงสุด โดยเฉพาะประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตัวเองซึ่งเพิ่มความเสี่ยงมากกว่า 8 เท่า[8] และการมีความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือโรคจิตเภท ซึ่งมีค่า Odds ratio สูงถึง 11–13 เท่า[8-9] ในขณะที่ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เองก็เป็นตัวทำนายที่แข็งแรง โดยมีขนาดเอฟเฟกต์ในระดับ 6–16 เท่าตามการทบทวน Umbrella review[8]

จากข้อค้นพบดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นช่องว่างทางการวิจัย (Research Gap) ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมกล่าวคือ (1) ช่องว่างด้านข้อมูลและการติดตามผลระยะยาวยังไม่มีงานวิจัยที่ติดตามผลผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลว่ามีการฟื้นฟูทางจิตใจและลดพฤติกรรมเสี่ยงในระยะยาวเพียงใด การสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายระดับชุมชนจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยป้องกันและเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ (2) ช่องว่างด้านประสิทธิภาพของระบบบูรณาการการดูแล แม้มีการใช้โมเดล SMI-V และแนวทาง “3ส พลัส” (สอดส่อง-มองหา-ใส่ใจ-ส่งต่อเชื่อมโยง) แต่ยังขาดการวิจัยเชิงประเมินระบบ (Implementation Research) เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์และความคุ้มค่าของกระบวนการดังกล่าว (3) ช่องว่างด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการทำร้ายตนเองซ้ำ (4) ช่องว่างด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพและนโยบายสาธารณะยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนและความคุ้มค่าของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ซึ่งจำเป็นต่อการวางแผนจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และ(5) ช่องว่างด้านเทคโนโลยีการติดตามและสื่อสารข้อมูลระบบฐานข้อมูลและการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นลักษณะรายกรณี ดังนั้นการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลได้มากขึ้น กล่าวได้ว่าโรงพยาบาลเมยวดีมีระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ครอบคลุมและมีผลลัพธ์ที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีช่องว่างทางองค์ความรู้และระบบสนับสนุนหลายด้านที่ควรได้รับการพัฒนา การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบ การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แนวทางเหล่านี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตและลดภาระการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอและประเทศต่อไป

การป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนต้องอาศัยการบูรณาการหลายมาตรการอย่างเป็นระบบ โดยงานวิจัยระหว่างปี ค.ศ.2020–2023 ชี้ว่าการดำเนินโครงการแบบหลายระดับ เช่น การสร้างความรู้แก่สาธารณะ การฝึกอบรมบุคลากรปฐมภูมิและผู้นำชุมชน (Gatekeepers) รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อ มีศักยภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้มากกว่าการดำเนินมาตรการเดี่ยว[10-11] ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนตั้งแต่การออกแบบจนถึงการประเมินผลช่วยสร้างความเป็นเจ้าของและเพิ่มความยั่งยืนของโครงการ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่ามักจำกัดอยู่เพียงการให้คำปรึกษา จึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง[12]

นอกจากนี้การเสริมพลังแก่กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการฝึกอบรมผู้เฝ้าระวังยังช่วยเพิ่มความสามารถในการระบุและเชื่อมต่อผู้มีความเสี่ยงกับบริการสุขภาพ[13-15] ขณะเดียวกันการจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย เช่น การควบคุมยาพิษหรือการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันตามจุดเสี่ยง ก็เป็นมาตรการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผล[11] นอกจากนี้งานวิจัยยังเสนอให้ใช้กรอบวิทยาการการนำไปปฏิบัติ (Implementation science) เพื่อประเมินทั้งผลลัพธ์และกระบวนการอย่างรอบด้าน ในประเทศไทยมีการพัฒนาโครงการทดลองเชิงชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นหลักฐานสำคัญในการขยายผลเชิงนโยบายในอนาคต[16] สะท้อนว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ยั่งยืนจำเป็นต้องให้ชุมชนเป็นเจ้าของและร่วมกำหนดทิศทางอย่างแท้จริง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกายสุขภาพใจที่ดีของผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือไม่ก่อเหตุฆ่าตัวตายตามมาและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย แนวทางดังกล่าวจะสามารถเผยแพร่ใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแนวทาง และประเมินแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2568

พื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลเมวดี จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลลูกข่าย ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมยวดี จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านบุ่งเลิศ (ตำบลบุ่งเลิศ), รพ.สต.บ้านคำนางตุ้ม (ตำบลบุ่งเลิศ), รพ.สต.บ้านชุมพร (ตำบลชุมพร), รพ.สต.บ้านโคกสี (ตำบลชุมพร) และ รพ.สต.บ้านชมสะอาด (ตำบลชมสะอาด)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยการวินิจฉัยโดยแพทย์ และครอบครัว จำนวน 24 คน (ผู้ป่วย 12 คน และญาติ 12 คน) ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 12 คน ระยะพัฒนาแนวทาง จำนวน 12 คน ที่มีหลักเกณฑ์คัดเลือกพื้นที่ในการวิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (1) เป็นพื้นที่ที่ต้องการให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการของชุมชนเอง (2) เป็นพื้นที่ที่ยังมีปัญหาในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เชื่อมต่อการฆ่าตัวตาย (3) ชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และ (4) มีการคมนาคมสะดวกและกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่บกพร่องด้านการสื่อสาร 2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเมยวดี จำนวน 6 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 11 คน และ **2. ผู้ร่วมวิจัย** ประกอบด้วยครอบครัว แกนนำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาแนวทางและใช้แนวทาง

การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ได้แก่ ญาติผู้ป่วย 3 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน ญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน ตัวแทนจาก อปท. 2 คน ตัวแทนครูจากสถานศึกษาในพื้นที่ 2 คน และเจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 คน รวม 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นการวิจัย การสร้างการส่วนร่วมกับพื้นที่ชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อกำหนดแนวการพัฒนาและการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช โรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จนได้แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 2) แผนการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและชุมชน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระยะเวลาอบรม 3 วัน

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) ชุดที่ 1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ตอบประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุราและ/หรือสารเสพติด และเหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับครอบครัวกลุ่มเสี่ยง เป็นผู้ตอบประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาทหน้าที่ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยไม่เห็นด้วยเท่า ๆ กัน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

3) ชุดที่ 3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[17] ใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การแปลผล คะแนน < 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า 7- 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยที่ผู้ตอบแบบประเมิน 9Q ได้คะแนน ≥7 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยนำไปหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์พยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC ดัชนีความสอดคล้อง (Indexes

of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือชุดที่ 1 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ 0.84 ค่ายากความยากตั้งแต่ 0.43-0.76 แบบสอบถามทัศนคติ และแบบพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมันทั้งฉบับ โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และ 2) สนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดีประกอบด้วยครอบครัว แกนนำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาแนวทางและใช้แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ได้แก่ ญาติผู้ป่วย 3 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน ญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน ตัวแทนจาก อปท. 2 คน ตัวแทนครูจากสถานศึกษาในพื้นที่ 2 คน และเจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 คน รวม 26 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยประเมินจาก 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q สำหรับกลุ่มเสี่ยง และประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับครอบครัว หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังการอบรม และเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและความต้องการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้สถิติ Percentage differences[18]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1692567 ให้การรับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยหลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตแล้ว ก่อนเข้ารวบรวมข้อมูลจากนักเรียน ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้าร่วมกลุ่มการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิก หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยจะไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมสำหรับการนำเสนอในรูปผลงานวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568) จากการทบทวนเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม พบว่า สภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลเมยวดี (พ.ศ. 2564-2567) จำแนกเป็น 4 ประเด็น คือ

1) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Phase) ในช่วงก่อนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ พบข้อจำกัดสำคัญ คือ การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง เช่น วัยรุ่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ใช้สารเสพติด การรับรู้และทักษะของครอบครัวและชุมชนในการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ยังอยู่ในระดับต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะต้น ขณะเดียวกันระบบ การสื่อสารและการแจ้งเหตุจากชุมชนมายังโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ ทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้าและเพิ่มความรุนแรงของเหตุการณ์

2) ระยะให้บริการในโรงพยาบาล (Hospital Phase) โรงพยาบาลเมยวดีได้ดำเนินระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้กระบวนการ Entry – Assess – Care – Discharge – Follow-up ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาผู้มีความเสี่ยง การประเมินภาวะจิตใจ การรักษา และการฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ คัดกรองด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (2Q, 9Q, 8Q) การประเมินระดับความรุนแรง การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคมและการประสานเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือ บุคลากรมีภาระงานสูงและขาดการอบรมเฉพาะด้านสุขภาพจิตเชิงลึก ทำให้การประเมินและให้คำปรึกษายังไม่ครอบคลุมทุกมิติ อีกทั้งการจัดทำแผนจำหน่าย (Discharge plan) ยังขาดความต่อเนื่องระหว่างทีมจิตเวชกับทีมชุมชน

3) ระยะขณะส่งต่อผู้ป่วย (Post-hospital or Referral Phase) แม้โรงพยาบาลมีการใช้ โปรแกรม SMI-V เพื่อกำกับการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน แต่ระบบการส่งต่อและสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการอื่นในเครือข่ายยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานข้อมูล และบางกรณีผู้ป่วยหลุดจากระบบติดตาม ทั้งยังไม่มีฐานข้อมูลกลางระดับอำเภอและจังหวัด ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพจิตระดับเขต ส่งผลให้การวิเคราะห์แนวโน้มและวางแผนนโยบายในระดับมหภาคยังมีข้อจำกัด

4) ระยะติดตามหลังกลับบ้าน (Follow-up Phase) ในระยะการติดตามหลังการจำหน่าย แม้พยาบาลจะมีการเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องในชุมชน แต่พบว่าการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่องและเป็นระบบ เช่น การประสานข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ยังไม่สม่ำเสมอ และครอบครัวบางส่วน ยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะเสี่ยงซ้ำ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ นอกจากนี้ การบูรณาการข้อมูลระหว่างระดับโรงพยาบาล–อำเภอ–จังหวัดยังไม่สมบูรณ์ จึงเป็นอุปสรรคต่อการติดตามผลและวางแผนการป้องกันเชิงระบบ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ได้แก่ 1) การสร้างภูมิคุ้มกันให้เข้มแข็ง 2) การคัดกรองครอบคลุมกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 3) การพัฒนาระบบส่งต่อ 4) การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ 5) การวางแผนจำหน่าย ครอบคลุมองค์รวม และ 6) การเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง

2. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี (เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568) กิจกรรมการพัฒนาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการเตรียมการก่อนดำเนินงาน เพื่อกำหนดแนวทาง กลุ่มเป้าหมาย และเครื่องมือให้ชัดเจน

กิจกรรมหลัก 1) การสร้างภูมิคุ้มกันให้เข้มแข็ง วางแผนอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด การคิดเชิงบวก และการสร้างเครือข่ายครอบครัวเข้มแข็ง 2) การคัดกรองกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง กำหนดพื้นที่เป้าหมาย เครื่องมือคัดกรอง เช่น 2Q และ 9Q 3) การพัฒนาระบบส่งต่อ จัดทำแนวทางและ Flow การส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ระบุผู้ประสานงานในแต่ละระดับบริการ 4) การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ วางแผนทีมสหวิชาชีพและแนวทางการรักษาตามมาตรฐานสุขภาพจิต 5) การวางแผนจำหน่าย ครอบคลุมองค์รวม วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และ6) การเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง กำหนดแผนเยี่ยมบ้าน ทีมผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาติดตามต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินงานตามแผน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ

กิจกรรมหลัก 1) จัดอบรมและกิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เช่น กลุ่มบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมจิตอาสา 2) ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน ชุมชน และสถานพยาบาล 3) ส่งต่อผู้มีความเสี่ยงไปยังหน่วยบริการระดับสูงตามระบบที่กำหนด 4) ให้บริการดูแลรักษาโดยทีมสุขภาพจิต เช่น การให้คำปรึกษา การบำบัด หรือการติดตามทางยา 5) จัดประชุมวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานชุมชน และ 6) ออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพจิตใจ ความพร้อมของครอบครัว และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) เป็นการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อดูความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของกิจกรรม

กิจกรรมหลัก 1) เก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ จำนวน ความพึงพอใจ และผลการประเมินก่อน–หลัง 2) รวบรวมข้อมูลผลการคัดกรอง จำแนกระดับความเสี่ยง และรายงานต่อทีมสหวิชาชีพ 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของการส่งต่อ เช่น ระยะเวลา การตอบสนอง และความครบถ้วนของข้อมูล 4) ประเมินผลการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังจำหน่าย เช่น การกลับเข้าสู่สังคม การรับมือความเครียด และ 6) ประเมินผลการเยี่ยมบ้าน ความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการทบทวน วิเคราะห์ และสรุปบทเรียน เพื่อพัฒนา

การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิจกรรมหลัก 1) ประชุมทีมสรุปผลการดำเนินงานทุกกิจกรรม 2) วิเคราะห์จุดแข็ง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงในแต่ละขั้นตอน 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน 4) ถ่ายทอดผลการดำเนินงานแก่เครือข่ายครอบครัวและหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อใช้ขยายผลอย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินงานในระยะที่ 3 พบว่า แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนรวมทั้งระบบให้คำปรึกษา การประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเมยวดี และเครือข่ายทั้ง 5 แห่งมีความชัดเจน สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

3. การประเมินผล (เดือนสิงหาคม 2568) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมยวดีทั้งหมด จำนวน 12 คน

3.1 ลักษณะของประชากร กลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น 83.3% อายุเฉลี่ย 23.25 ปี (SD.= 11.28) โดยมีช่วงอายุต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 45 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (33.3%) สถานภาพสมรสเป็นโสด (66.7%) อาชีพเป็นนักเรียน/นักศึกษา (50.0%) ด้านสุขภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว (75.0%) ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า (83.3%) เคยดื่มสุราแต่หยุดแล้ว และ(16.7%) ไม่เคยดื่ม เช่นเดียวกับการใช้สารเสพติด ซึ่งพบว่า (58.3%) ไม่เคยใช้ (25.0%) ยังคงใช้ในปัจจุบัน และ (16.7%) เคยใช้แต่หยุดแล้ว และเมื่อพิจารณาเหตุการณ์ในชีวิตช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า (75.0%) เคยประสบเหตุการณ์สำคัญที่กระทบต่อชีวิต โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาครอบครัว/ความสัมพันธ์ (25.0%) และปัญหาด้านการเงิน/หนี้สิน (25.0%)

ส่วนวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.7%) อายุเฉลี่ย 46.75 ปี (SD.= 7.21) โดยมีอายุน้อยที่สุด 36 ปี และมากที่สุด 60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (41.7%) ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรหรือแรงงานภาคเกษตร (41.7%) ในด้านบทบาทภายในครอบครัว พบว่า ร้อยละ 41.7 เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจหลัก และอีก 41.7% เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบการดูแลในครอบครัว

3.2 ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย

3.2.1 ผลการประเมินภาวะโรคซึมเศร้า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละระดับภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่าภายหลังการดำเนินโครงการมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (คะแนน 7–12) เพิ่มขึ้นจาก (25.0%) ก่อนการพัฒนาเป็น (50.0%) หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 66.7 แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวด้านอารมณ์และการรับรู้ที่ดีขึ้นหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนน 13–18) เพิ่มขึ้นจาก (16.7%) เป็น (25.0%) หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 40.0 ซึ่งสะท้อนถึงการเคลื่อนระดับจากภาวะรุนแรงสู่ระดับที่เบาบางลงและที่สำคัญ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (คะแนนมากกว่า 19 คะแนน) ลดลงจาก (58.3%) ก่อนการดำเนินงานเหลือเพียง (25.0%) หลังการดำเนินการลดลง คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 80.0 ซึ่งถือเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในเชิงคลินิก ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมมีระดับสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) ของผู้ภาวะโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	%Differences
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	3(25.0)	6(50.0)	+66.7
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	2(16.7)	3(25.0)	+40.0
ระดับรุนแรง (>19 คะแนน)	7(58.3)	3(25.0)	-80.0

3.2.2 ผลการประเมินคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำคัญทั้งสามด้าน ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังการพัฒนาโดยเฉพาะด้าน ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.25 (SD. = 1.86) ก่อนการพัฒนาเป็น 12.16 (SD. = 1.46) หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 38.31 ส่วนของทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.49 (SD. = 0.58) เป็น 3.71 (SD. = 0.70) หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 39.35 และพฤติกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.67 (SD. = 0.65) เป็น 4.00 (SD. = 0.57) หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 39.88 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายของครับครัวผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยรวม ก่อน และหลังการพัฒนา (n=12)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	%Differences
ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกัน	8.25(1.86)	12.16(1.46)	+38.31
ทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกัน	2.49(0.58)	3.71(0.70)	+39.35
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกัน	2.67(0.65)	4.00(0.57)	+39.88

วิจารณ์

1) สถานการณ์ปัญหาทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Phase) การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุที่มักถูกมองข้ามในกระบวนการเฝ้าระวังเชิงรุก ทั้งนี้เนื่องจากขาดระบบข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งบุคลากรในระดับชุมชนยังมีทักษะไม่เพียงพอในการประเมินสัญญาณเตือน (Warning signs) และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น[19] นอกจากนี้การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีเครื่องมือประเมินมาตรฐานที่สามารถใช้ได้ในทุกพื้นที่ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้นมีข้อจำกัดอย่างมาก[20] ระยะให้บริการในโรงพยาบาล (Hospital Phase) ต่อมาในระยะของการให้บริการภายในโรงพยาบาล พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ต้องรับภาระงานสูงและมักขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้การประเมินผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น[21] ยิ่งไปกว่านั้น การขาดแนวทางการคัดกรองที่เป็นระบบ

(Standardized protocol) และการใช้เครื่องมือประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ยิ่งทำให้คุณภาพการประเมินแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล[22] เมื่อพิจารณาในมิติของระบบบริหารจัดการ ยังพบว่าการบูรณาการทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัด ทั้งในด้านเวลา บุคลากร และงบประมาณ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศรายได้สูงแสดงให้เห็นว่าการมีทีมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตประจำหอผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ[23]

ระยะส่งต่อผู้ป่วย (Referral Phase) ปัญหาที่สำคัญในระยะการส่งต่อคือการขาดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในเครือข่ายอย่างเป็นเอกภาพ[20] หลายพื้นที่ยังไม่มีระบบการส่งต่อแบบ “ปิดวงจร” (Closed-loop referral) ที่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องจริง ทั้งนี้ การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วนและไม่ทันเวลาอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายหลุดจากระบบติดตามและเกิดความเสี่ยงซ้ำ[24] นอกจากนี้ การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลเครือข่ายยังเป็นอุปสรรคสำคัญ งานวิจัยเชิงระบบในต่างประเทศเสนอว่า การใช้ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ (Shared electronic record) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อและลดความล่าช้าในการดูแลได้อย่างมาก[25] และระยะติดตามหลังกลับบ้าน (Follow-up Phase) สุดท้ายระยะหลังการจำหน่ายถือเป็นช่วงที่มีความเปราะบางมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลมักยังมีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความเสี่ยงซ้ำสูง หากขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง การกลับมาพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจึงมีโอกาสสูงกว่ากลุ่มทั่วไปถึง 20 เท่า[21] อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลายประเทศจะมีการใช้ระบบโทรติดตาม (Telephone follow-up) หรือการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจิตร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าการติดตามเหล่านี้ยังไม่เป็นระบบและขาดความสม่ำเสมอ[25] ดังนั้น การพัฒนาระบบติดตามหลังการจำหน่ายที่ชัดเจน โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่สุด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[23]

2) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยครอบครัวและชุมชน มีหลายมิติเริ่มตั้งแต่การสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการจัดอบรมและกิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เช่น กลุ่มบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมจิตอาสาอันเป็นกลไกที่ช่วยลดความเปราะบางทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วม และเพิ่มความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา พบผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Woodward E N et al.[26] ซึ่งพบว่าการใช้เพียร์ (Peer) และทรัพยากรชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางจิตใจและลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของไทยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนครอบครัว ประการที่สอง การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน ชุมชน และสถานพยาบาล ช่วยระบุผู้มีความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และ Jeong H et al.[27] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมคัดกรองที่ดำเนินควบคู่กับบริการปฐมภูมิและทรัพยากรชุมชนสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้การคัดกรองต้องอาศัยเครื่องมือมาตรฐานและการฝึกอบรมบุคลากรในทุกระดับ และเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและสม่ำเสมอ

ประการที่สามการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงไปยังหน่วยบริการระดับสูงตามระบบที่กำหนด มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแล งานวิจัยทั้งสองชิ้นสนับสนุนแนวคิดของ Continuum of care ว่าการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ให้บริการเฉพาะทางจะลดความล่าช้าและป้องกันการหลุดออกจากระบบติดตาม ผลลัพธ์จากงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการมีระบบส่งต่อที่ชัดเจนและประสานงานได้จริงสามารถเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ประการสุดท้าย การให้บริการดูแลรักษาโดยทีมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้คำปรึกษา การบำบัด และการติดตามทางยา ถือเป็นหัวใจของแนวทางนี้ การเยี่ยมบ้าน

เพื่อประเมินสภาพจิตใจและความพร้อมของครอบครัว ช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว ผลวิจัยจาก Woodward E N et al.[26] สนับสนุนการใช้เพียร์หรือเจ้าหน้าที่ชุมชนติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

3) ประเมินแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลลัพธ์ดังกล่าวบ่งชี้ว่า กระบวนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้คำปรึกษาเชิงบวก และการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ มีส่วนสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจในประชากรกลุ่มเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยระดับนานาชาติพบว่าผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Cuijpers P et al.[28] ที่รายงานว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ช่วยลดคะแนนภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้ใหญ่ได้เฉลี่ยร้อยละ 50 รวมถึงรายงานขององค์การอนามัยโลก[29] ที่ระบุว่าการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้งานวิจัยของ Richards D A et al.[30] ยังยืนยันว่าการใช้แนวทางบำบัดแบบกลุ่มร่วมกับการติดตามหลังบำบัด ช่วยเพิ่มความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของโครงการในโรงพยาบาลชุมชนไทยที่มีระบบติดตาม และให้การสนับสนุนต่อเนื่องโดยพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสรุปผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบูรณาการแนวคิด CBT เข้ากับกระบวนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติการ นับเป็นแนวทางที่สามารถขยายผลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตของประชาชนได้ในระยะยาว

4) ผลการประเมินแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยครอบครัวและชุมชนนั้นแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์โดยพิจารณาจากตัวแปรหลักสามด้านคือ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการเฝ้าระวัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรเหล่านี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนภายหลังการดำเนินการพัฒนา ซึ่งสะท้อนถึงผลสำเร็จของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างการสนับสนุนเชิงสังคมในระดับชุมชน ในมิติของความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายนั้น ค่าเฉลี่ยของความรู้ได้เพิ่มขึ้นจาก 8.25 ก่อนการพัฒนาเป็น 12.16 ภายหลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 38.31 ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการฝึกอบรมและการให้ความรู้สามารถเพิ่มความเข้าใจของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับหลักการพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการสังเกตสัญญาณเตือน การประเมินความเสี่ยง ตลอดจนการส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงไปยังแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม

สำหรับทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายนั้น พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.49 เป็น 3.71 ซึ่งคิดเป็นร้อยละความแตกต่างถึง 39.35 การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคตินี้สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนมุมมองและความเชื่อของผู้เข้าร่วมต่อบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองและชุมชนในการป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดรับแนวคิดในการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น (Psychological first aid) และการลดอคติหรือการตีตราต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายนั้นมีการเพิ่มขึ้นในระดับสูงสุด เมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นๆ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.67 ก่อนการพัฒนาเป็น 4.00 ภายหลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่าง 39.88 การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้เข้าร่วมในการนำความรู้และทัศนคติที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนได้แก่ การสังเกต การพูดคุย การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ทั้งนี้ประสิทธิผลที่ปรากฏเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของครอบครัว ผู้นำชุมชนและ

อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen M-H et al.[31] ที่ระบุว่าโปรแกรมอบรมทักษะการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนสามารถเพิ่มระดับความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องได้ร้อยละ 30–40 ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการอบรม อีกทั้งยังสอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization[29] ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นกลยุทธ์หลักในการลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศรายได้ปานกลาง รวมถึงผลการศึกษาของ Rahman M et al.[32] ซึ่งพบว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติแบบชุมชนร่วมกับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งต่อได้อย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุปการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงพฤติกรรมและการรับรู้ โดยสามารถยกระดับศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้เป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของประชากรได้อย่างยั่งยืน อันเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “Mental Health for All” ขององค์การอนามัยโลก

การวิจัยนี้มีความโดดเด่นที่สำคัญที่สุด คือ การออกแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับการแก้ไขปัญหาในบริบทเฉพาะและก่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างการปฏิบัติและการวิจัยอย่างเป็นระบบ วิธีการนี้ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ (เช่น ผู้ป่วย ญาติ ทีมสุขภาพ และผู้นำชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผล จนก่อให้เกิด ความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) ในแนวทางที่พัฒนาขึ้น แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันใช้ กรอบแนวคิดเชิงระบบและองค์รวม (Holistic) โดยมองว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสังคมที่ต้องอาศัยการแก้ไขแบบบูรณาการ โครงสร้างดังกล่าวประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่ครอบคลุม ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง การส่งต่อ การดูแลรักษาไปจนถึงการเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง และมีการบูรณาการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เข้าไปในกระบวนการ และจุดเด่นสุดท้ายคือการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจาก ภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและกลไกทางสังคม (เช่น อสม., ครู, ตำรวจ) ซึ่งช่วยสร้างกลไกการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งในชุมชน

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การสรุปอ้างอิง (Generalizability) ที่มีจำกัด เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่เฉพาะ (โรงพยาบาลเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด) ทำให้ผลลัพธ์มีความจำเพาะต่อบริบทนั้นๆ ความท้าทายในการเฝ้าระวังเชิงรุก เพราะการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุที่มักถูกมองข้าม อันเป็นผลจากช่องว่างในระบบข้อมูล และข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในระดับชุมชนที่มีทักษะไม่เพียงพอในการประเมินสัญญาณเตือนและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการขยายผล นอกจากนี้การดำเนินงานของ อสม. ยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง เนื่องจากการขาดเครื่องมือประเมินมาตรฐานที่สามารถนำไปใช้ได้ในทุกพื้นที่ ข้อจำกัดเหล่านี้จึงเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลงทุนด้านการฝึกอบรมบุคลากรและการพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างเพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) ในทางปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพควรนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบคัดกรองเชิงรุกในชุมชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ควบคู่กับการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครและครอบครัวให้มีความรู้และทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือนภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานงานการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ควรส่งเสริมศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะพยาบาลและทีมสุขภาพจิต

ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาและการจัดการกรณีผู้มีภาวะเสี่ยงในเชิงจิตสังคม เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

2) ระดับระบบบริการ ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพจิตแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาผู้ป่วยหลุดจากระบบ และสามารถวิเคราะห์แนวโน้มเชิงระบาดวิทยาได้อย่างแม่นยำเพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายครอบครัวและชุมชนที่เข้มแข็งยังเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของประชาชนในพื้นที่ โดยอาจพัฒนา “ศูนย์ครอบครัวต้นแบบด้านสุขภาพจิต” เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

3) ในเชิงนโยบาย ผลลัพธ์ของการวิจัยครั้งนี้ควรถูกนำเสนอในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based policy) ในการกำหนดมาตรการด้านสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการติดตามผลลัพธ์ของแนวทางที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการเฝ้าระวังของครอบครัวและชุมชน รวมถึงประเมินอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังการได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรขยายการศึกษาสู่พื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่หลากหลายเพื่อเปรียบเทียบและปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละภูมิภาค

อีกทั้งการศึกษาปัจจัยเชิงจิตสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งของครอบครัว และกลไกการเผชิญปัญหา เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายของบุคคลได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาด้านต้นทุน–ประสิทธิผลของแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างคุ้มค่าและยั่งยืน และการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง เช่น การใช้แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพจิตหรือระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงอัตโนมัติ (Smart monitoring system) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและติดตามผู้ป่วย รวมถึงเสริมความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชนในยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นทิศทางสำคัญของระบบสุขภาพจิตไทยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates Geneva: WHO; 2023.
2. Global Burden of Disease (GBD) study/Institute for Health Metrics and Evaluation. Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: systematic analysis. HealthData.org; 2025.
3. Matthew F. Garnett M, Spencer C M, Julie D. Weeks. Suicide Among Adults Ages 55 and Older, 2021 [Internet]. NCHS Data Brief. 2023. [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db483.htm
4. Macrotrends. Thailand-Suicide rate (per 100,000). Data series (2019–2021) [Internet]. [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.macrotrends.net/globalmetrics/countries/tha/thailand/suicide-rate
5. Chaniang S, Klongdee K, Jompaeng Y. Suicide prevention: A qualitative study with Thai secondary school teachers / adolescents (example of Thailand data). BMJ Open/PMC article. 2022;8(1):60-6.
6. World Health Organization -Thailand. Suicide prevention in Thailand: a whole-of-society

approach (feature story/report) [Internet]. WHO Thailand; 2024. [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/suicide-prevention

7. โรงพยาบาลเมยวดี. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2567. งานยุทธศาสตร์; 2567.
8. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evid Based Ment Health. 2022;25:148-55.
9. Yu R, Chen Y, Li L, Chen J, Guo Y, Bian Z, et al. Factors associated with suicide risk among Chinese adults: a prospective cohort study of 0.5 million individuals. PLoS Med. 2021;18(3):e1003545.
10. Nie J, O'Neil A, Liao B, Lu C, Aune D, Wang Y. Risk factors for completed suicide in the general population: a prospective cohort study of 242,952 people. J Affect Disord. 2021;282:707-11.
11. Hegerl U, Heinz I, O'Connor A, Reich H. The 4-Level Approach: Prevention of suicidal behaviour through community-based intervention. Front Psychiatry. 2021;12:760491.
12. Linskens E J, Venables N C, Gustavson A M, Sayer N A, Murdoch M, MacDonald R, et al. Population- and community-based interventions to prevent suicide. Crisis. 2023;44(4):330–340.
13. Pearce T, Maple M, Wayland S, McKay K, Woodward A, Brooks A, et al. A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations. Health Res Policy Syst. 2022;20:40.
14. Bowersox N W, Jagusch J, Garlick J, Chen J I, Pfeiffer P N, Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. Am J Community Psychol. 2021;68(1-2):232-48.
15. Hilario C T, Kamanzi J, Kennedy M, Gilchrist L, Richteret S. Peer support for youth suicide prevention: a scoping review protocol. BMJ Open. 2021;11:e048837.
16. Sornpaisarn B, Rehm J, Tamdee D, Wisutthananon A, Thummathai K, Tongtua K, et al. Evaluating the efficacy of a community participatory intervention to prevent suicide in Thailand: a randomised controlled trial protocol. BMJ Open. 2023;13:e066201.
17. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q). กระทรวงสาธารณสุข; 2525.
18. Cole T J, Altman D G. Statistics Notes: What is a percentage difference?. BMJ. 2017;358:j3663.
19. World Health Organization. Suicide-Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2022.
20. Arnon S, Shahar G , Klomek A B. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. Front Public Health. 2024;11:1266717.
21. Mann J J, Michel A C, Auerbach P R. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies. American Journal of Psychiatry. 2021;178(7):611-24.
22. Pumariega A J, et al. Psychiatric emergency services and suicide prevention in general hospitals. Psychiatric Services. 2020.
23. The Action Alliance. Emergency Department Best Practices for Suicide Prevention. Washington, DC; 2024.
24. Soderlund M, et al. Communication failures in

suicide care transitions: A systematic review. BMC Health Services Research. 2023.

25. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: a scoping review. International Journal of Mental Health Systems. 2023;10:e15.
26. Woodward E N, Lunsford A, Brown R, Downing D, Ball I, Gan-Kemp J M, et al. Pre-implementation adaptation of suicide safety planning intervention using peer support in rural areas. Front Health Serv. 2023;3:1225171.
27. Jeong H, Yim H W, Lee S-Y, Park M, Ko W. The effectiveness of a suicide prevention program in primary care clinics supported by community public health resources: A difference-in-differences analysis. Psychiatry Res. 2024:334:115803
28. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, Straten A V. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2014;159:118-26.
29. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO; 2022.
30. Richards D A, Ekers D, Turner K, et al. Cost and outcome of stepped care for depression (CASPER): A pragmatic cluster randomized controlled trial. Lancet Psychiatry. 2023;10(2):135–45.
31. Nguyen M-H, Le T-T, Nguyen H-T, Ho M-T, Nguyen T-T, Vuong Q H. Alice in Suicide land: Exploring the suicidal ideation mechanism through the sense of connectedness and help-seeking behaviors. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3681.
32. Rahman M, Kabir M H M I, Sultana S, Shimu A T, Griffiths M D. Suicidal behaviors and associated factors among medical students in Bangladesh: protocol. BMJ Open. 2024;14:e083720.

การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Guideline for Community Participation Caring for Psychiatric Patients with Violent Behavior in Suwannaphum District, Roi Et Province

นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ* โชคนิติพัฒน์ วิสูญ**

Niphakon Uengcharoenthanakit, Chonitiphat Wisoon

Corresponding author: E-mail: nipakorn132517@gmail.com

(Received: October 16, 2025; Revised: October 22, 2025; Accepted: November 22, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงมีนาคม 2566 กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติผู้ดูแล รวม 120 คน ดำเนินการผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะพัฒนารูปแบบตามวงจร PAOR (Planning-Action-Observe-Reflex) และระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ระบบ Fast Track แบบไร้รอยต่อครอบคลุม Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital (2) ระบบการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ (สีแดง เหลือง เขียว) และ (3) กลไกการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยเครือข่ายพหุภาคีผ่านระบบ Line Group หลังการดำเนินงาน 1 ปี 8 เดือน พบว่าจำนวนผู้ป่วยระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) ลดลงจาก 9 รายเหลือ 1 ราย (ลดลง 88.9%) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 8.2 เป็นร้อยละ 2.1 และอัตราการส่งต่อด้วยอาการรุนแรงลดลงจากร้อยละ 15.3 เป็นร้อยละ 4.8 ทั้งหมดไม่มีผู้ป่วยก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมกับระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประสานงาน สามารถลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำและป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน; ผู้ป่วยจิตเวช; พฤติกรรมรุนแรง; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; ระบบดูแลต่อเนื่อง

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Abstract

Purposes : Psychiatric patients with violent behavior represent a significant mental health challenge affecting communities, particularly among those with substance abuse history. The absence of effective continuous care systems results in relapse and community violence incidents.

Study design : To develop a community participation approach for caring psychiatric patients with violent behavior in Suwannaphum District, Roi Et Province.

Materials and Methods : A participatory action research was conducted from October 2022 to March 2023. Co-researchers included 120 healthcare personnel, police officers, community leaders, village health volunteers, and caregivers. The research comprised three phases: preparation, development through PAOR cycle (Planning-Action-Observe-Reflex), and evaluation. Data were collected through questionnaires, in-depth interviews, focus group discussions, and participant observation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics while qualitative data underwent content analysis.

Main findings : The developed approach consisted of three main components: (1) Seamless Fast Track System covering pre-hospital, in-hospital, and post-hospital care; (2) Three-level patient classification system based on severity (red, yellow, green); and (3) Continuous follow-up mechanism through multi-sectoral network via Line Group system. After 20 months implementation, high-severity patients (red) decreased from 9 to 1 case (88.9% reduction), 28-day readmission rate decreased from 8.2% to 2.1%, and referral rate for severe symptoms decreased from 15.3% to 4.8%. No violent incidents recurred in the community.

Conclusion and recommendations : The community participation approach integrating multi-sectoral collaboration, seamless care system, and digital technology for coordination effectively reduced relapse rates and prevented community violence.

Keywords : Community participation; Psychiatric patients; Violent behavior; Participatory action research; Continuous care system

*Senior Expert Physician Suwannaphum Hospital.

**Senior Professional Nurse Suwannaphum Hospital.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้ว ยังก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยและสร้างความตื่นตระหนกในชุมชน[1] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในช่วงปี พ.ศ.2556-2558 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศเฉลี่ยเกือบ 4,000 รายต่อปี โดยส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย[2] สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะยาบ้า มีแนวโน้มทวีความรุนแรงและแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว[1] การใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะสารโดปามีน ทำให้ผู้เสพมีอาการทางจิตที่หลากหลาย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นไปชั่วคราวหรืออาจกลายเป็นอาการเรื้อรังและพัฒนาเป็นโรคจิตเภทในที่สุด[3] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักประสบปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน ขาดการดูแลตนเอง และมีแนวโน้มที่จะก่อเหตุรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้รับมอบหมายให้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยมีแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งการให้ยา การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางสังคม[1] แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นเอกภาพและการติดตามที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาตามนัดหมาย และกลับมาป่วยซ้ำ บางรายอาจก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

ในอดีต การติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการตระหนักมากขึ้นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งผู้นำชุมชน ญาติผู้ดูแล หน่วยงานปกครอง และเจ้าหน้าที่ตำรวจ[1] การพัฒนาระบบการดูแลที่เป็นรูปธรรมและสามารถบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายทั้งหมดจึงเป็นสิ่งจำเป็น

สถานการณ์ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว จากข้อมูลของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2563-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชสะสมทั้งหมด 1,088 คน โดย 756 คน รับยาต่อเนื่อง 161 คนขาดยาหรือรับยาไม่ต่อเนื่อง 114 คน ติดตามไม่ได้ 10 คนอยู่ในเรือนจำ และที่น่าเป็นห่วงคือมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถึง 127 คน[4] แต่เดิมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่งกลับชุมชน จะเป็นการติดตามดูแลต่อโดยทีมพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนน้อยมากทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมเมื่อเทียบกับกลุ่มเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง หยุดยาเอง ทำให้อาการกำเริบ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ถือเป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ เนื่องจากชุมชนมีความเข้าใจบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตนเองดีที่สุด การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลจะทำให้การแก้ปัญหามีความยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่[5] นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังช่วยเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ลดความตีตรา และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพในชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง ลงมือปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล และปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่อง[6] กระบวนการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทเท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างศักยภาพ และความเป็นเจ้าของของคนในชุมชนด้วย

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ ป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ผลการศึกษาจะเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่เน้นการปฏิบัติการจริงในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจร่วมกัน โดยอาศัยความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายด้วยวิธีการที่สามารถนำมาแก้ปัญหาได้จริง กระบวนการวิจัยดำเนินการตามวงจร PAOR (Planning-Action-Observe-Reflex) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

พื้นที่และระยะเวลาในการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ครอบคลุมทั้ง 18 ตำบล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน การเลือกพื้นที่นี้เนื่องจาก (1) เป็นพื้นที่ที่มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน (2) มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบบ่อยและมีพฤติกรรมรุนแรงสูง และ (3) มีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่มีวิถีชีวิตหลากหลาย ทำให้ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

ผู้ร่วมวิจัยและการคัดเลือก

ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 120 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 21 คน ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล จำนวน 18 คน

2) พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จำนวน 2 คน

3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิต จำนวน 1 คน

2. หน่วยงานภาครัฐ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรสุวรรณภูมิและหัวโทน

2) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล

3) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง

3. กลุ่มประชาชน จำนวน 69 คน ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 15 คน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18 คน

3) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 18 คน

4) ตัวแทนประชาชนทั่วไป จำนวน 18 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

1. เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนในการเป็นตัวแทนของประชาชน

3. สมัครใจเป็นผู้ร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้ตลอดกระบวนการ

กลุ่มเป้าหมายในการดูแล คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 127 คน ตามข้อมูลจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ (2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทั้งวิธีการเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยมีเครื่องมือดังนี้

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ร่วมวิจัย แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกการสังเกตและเหตุการณ์สำคัญตลอดกระบวนการวิจัย เครื่องบันทึกเสียงบันทึกการสัมภาษณ์และการประชุม

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

2) แบบติดตามอาการเตือนสำหรับญาติ/ผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ (1) นอนไม่หลับ (2) สนใจกิจวัตรประจำวันลดลง (3) ตึงเครียด วิตกกังวล (4) ซึมเศร้าเบื่อหน่าย และ (5) หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรง (สีเขียว สีเหลือง สีแดง)

3) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประกอบด้วย 18 รายการ วัดความรุนแรงของอาการในระดับ 1-7 คะแนน (1 = ไม่มีอาการ, 7 = มีอาการรุนแรงมาก) คะแนนรวม 18-126 คะแนน

4) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale (OAS) สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเมื่อมาที่แผนกฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย (เดือนที่ 1)

การเข้าศึกษาข้อมูลพื้นฐานเขตพื้นที่

1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับขอบเขตพื้นที่ ประชากร ภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง และสถานการณ์ด้านสุขภาพ

2) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจากโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ สถานีตำรวจ และชุมชน

3) คัดเลือกชุมชนที่จะเข้าร่วมการศึกษาโดยพิจารณาจากสถิติผู้ป่วยและความพร้อมในการให้ความร่วมมือ

การสร้างความสัมพันธ์และเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย

1) ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 วัน ประกอบด้วย (1) นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหา (2) ทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัย และ (3) สร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช

3) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 6 คน เพื่อรวบรวมประสบการณ์และแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 : พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม (เดือนที่ 2-5)

ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 3 รอบ ดังนี้ การวางแผน (Planning)

1) จัดการสนทนากลุ่มเพื่อร่างรูปแบบการดูแล โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก

2) นำเสนอข้อมูลหลักจากการบันทึกประสบการณ์และการดำเนินงานที่ผ่านมา

3) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ครอบคลุม (1) ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (2) การจัดการความเครียดของผู้ดูแล และ (3) การจัดการกรณีฉุกเฉินและระบบเฝ้าระวัง

4) นำร่างแนวทางไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้

2.2 การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ ประกอบด้วย

1) การจัดตั้งฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่

2) การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ (สีแดง สีเหลือง สีเขียว)

3) การจัดตั้ง Line Group สำหรับการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

4) การพัฒนาระบบ Fast Track แบบไร้รอยต่อครอบคลุม Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital

5) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพตามระยะที่กำหนด

6) ทดลองใช้สื่อและอุปกรณ์ที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การสังเกต (Observe)

1) สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการแสดงความคิดเห็น การซักถาม และการร่วมลงมือปฏิบัติ

2) บันทึกภาคสนามอย่างเป็นระบบ

3) ประเมินผลลัพธ์เบื้องต้น ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการส่งต่อด้วยอาการรุนแรง และการกระจายตัวของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง

การสะท้อนผล (Reflex)

1) จัดการประชุมทันทีหลังการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้ง

2) ใช้เทคนิคการสะท้อนผลโดยตั้งคำถาม (1) เป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังคืออะไร (2) สิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ที่สุดคืออะไร

3) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

4) นำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงแผนการดำเนินงานในวงจรถัดไป

ระยะที่ 3 : การนำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูลกลับสู่ระบบ (เดือนที่ 6)

1) จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย

2) คืนข้อมูลสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) วางแผนการขยายผลและการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) ถอดเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเป็นข้อความ

2) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการ (1) อ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจ (2) จำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล (3) หาความสัมพันธ์และสังเคราะห์ข้อมูล และ (4) นำเสนอในรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์

3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัย

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) วิเคราะห์ข้อมูลประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดหลัก (อัตราการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการส่งต่อ การกระจายตัวของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง) โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0262566 โดยยึดหลักการดังนี้

1) การยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ มีอิสระในการถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

2) การรักษาความลับและไม่ระบุตัวตน นำข้อมูลไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

3) การดูแลความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยในบ้าน

4) การเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย (2) แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น (3) ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และ (4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 120 คน ประกอบด้วย เพศหญิง ร้อยละ 65.0 (78 คน) และเพศชาย ร้อยละ 35.0 (42 คน) อายุเฉลี่ย 45.8 ปี (SD. = 12.3) โดยกลุ่มอายุ 40-59 ปี

มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 58.3 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ ข้าราชการ/พนักงานรัฐ ร้อยละ 28.3 และค้าขาย ร้อยละ 18.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,500 บาท (SD. = 8,200)

เมื่อจำแนกตามบทบาท พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 17.5 หน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 25.0 และกลุ่มประชาชน (ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป) ร้อยละ 57.5 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 68.3 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.2 ปี

สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการดูแล คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ มีจำนวนทั้งสิ้น 127 คน ก่อนการดำเนินงานสามารถติดตามดูแลได้เพียง 96 คน (ร้อยละ 75.6) จำแนกตามระดับความรุนแรง ได้แก่ สีแดง (ความรุนแรงสูง) 9 คน (ร้อยละ 9.4) สีเหลือง (ความรุนแรงปานกลาง) 22 คน (ร้อยละ 22.9) และสีเขียว (ความรุนแรงน้อย) 65 คน (ร้อยละ 67.7)

2. แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผ่าน 3 รอบของวงจร PAOR ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 ระบบ Fast Track แบบไร้รอยต่อ (Seamless Fast Track System)

ระบบนี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะอย่างต่อเนื่อง

ระยะ Pre-hospital (ก่อนเข้าโรงพยาบาล)

1) ญาติผู้ป่วย/ผู้นำชุมชนแจ้งเหตุผ่าน Line Group เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ประเมินสถานการณ์เบื้องต้นและสอบถามข้อมูล

3) เจ้าหน้าที่ตำรวจ/ปกครอง/กู้ชีพลงพื้นที่ประเมินอาการและปรึกษาทีมแพทย์-พยาบาลจิตเวช เพื่อนำส่งโรงพยาบาล

4) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดประสานงานเตรียมรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ระบบ Fast Track)

ระยะ In-hospital (ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล)

1) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดเตรียมรับผู้ป่วยทางโทรศัพท์/Line Group ทั้งในและนอกเวลาราชการ

2) ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale (OAS): คะแนน 1 = ส่งตรวจ OPD จิตเวช, คะแนน 2-3 = ส่งตรวจห้องฉุกเฉิน

3) กรณี Admit มี Standing Order และระบบ Consult ระหว่างแพทย์เวรกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4) เตรียมและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอย่างเป็นระบบ

ระยะ Post-hospital (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) การติดตามแบ่งเป็น 3 ระยะตามความรุนแรง:

ระยะที่ 1 (สัปดาห์แรก): ติดตามการกินยาและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนทุกวัน โดยตำรวจ ผู้นำชุมชน อสม. และ รพ.สต.

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-4): ตำรวจติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, ผู้นำชุมชนและอสม.ติดตามทุกวัน

ระยะที่ 3 (หลัง 4 สัปดาห์): ตำรวจติดตามเดือนละ 1 ครั้ง, ผู้นำชุมชนและอสม.ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (โรงพยาบาล รพ.สต. ตำรวจ ปกครอง อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน) ทุกเดือนเพื่อประเมินอาการ การกินยา และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

2.2 ระบบการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (Three-Level Classification System)

แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรง เพื่อกำหนดความเข้มข้นของการติดตาม:

กลุ่มสีแดง (ความรุนแรงสูง): ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ต้องเฝ้าอาการกำเริบและจำเป็นต้องพบแพทย์ต่อเนื่อง ติดตามอย่างใกล้ชิดตามระยะที่ 1-3

กลุ่มสีเหลือง (ความรุนแรงปานกลาง): ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตปานกลาง อาการคงที่ ดูแลตนเองได้บ้าง

แต่ต้องมีญาติดูแล ติดตามตามระยะที่ 2-3

กลุ่มสีเขียว (ความรุนแรงน้อย): ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตน้อย อาการคงที่ ดูแลตัวเองได้ดี → ติดตามตามระยะที่ 3

การประเมินระดับความรุนแรงใช้เครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบติดตามอาการเตือนสำหรับญาติ/ผู้ดูแล (2) แบบประเมินอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวช (รพ.สต.) และ (3) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยมีการประเมินซ้ำทุก 3 เดือนและปรับระดับตามอาการ

2.3 กลไกการประสานงานผ่านระบบ Line Group

จัดตั้ง Line Group "การดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอสุวรรณภูมิ" สำหรับประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ปกครอง 2) บุคลากรสาธารณสุข (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ, รพ.สต., อสม.) 3) นายกเทศบาล/อบต. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 4) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ 5) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย การใช้งาน Line Group มี 3 ลักษณะหลัก ดังนี้

1. การแจ้งเหตุฉุกเฉิน: เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติ/ชุมชนแจ้งพร้อมข้อมูล (ชื่อ-สกุล, ที่อยู่, อาการ, เบอร์ติดต่อ) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตอบรับและปฏิบัติการทันที

2. การให้คำปรึกษา: แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การจัดการอาการและการรับประทานยา

3. การรายงานผล: รพ.สต. และอสม.รายงานผลการติดตามผู้ป่วยเป็นประจำ

ข้อได้เปรียบของระบบนี้คือ (1) การสื่อสารรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง (2) ไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติม (3) ทุกฝ่ายเข้าถึงข้อมูลพร้อมกัน และ (4) สร้างความรู้สึกเป็นทีมและความรับผิดชอบร่วมกัน

3. ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

หลังการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 1 ปี 8 เดือน (ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2567) พบผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง

จำนวนผู้ป่วยที่สามารถติดตามดูแลได้เพิ่มขึ้นจาก 96 คน เป็น 210 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 118.8) ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยเกือบทั้งหมดในพื้นที่ การกระจายตัวของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชตามระดับความรุนแรงก่อนและหลังการดำเนินงาน

ระดับความรุนแรง	ก่อนดำเนินการ (n=96)	หลังดำเนินการ (n=210)	การเปลี่ยนแปลง
สีแดง (สูง)	9(9.4%)	1(0.5%)	ลดลง 88.9%
สีเหลือง (ปานกลาง)	22(22.9%)	85(40.5%)	เพิ่มขึ้น 286.4%
สีเขียว (น้อย)	65(67.7%)	124(59.0%)	เพิ่มขึ้น 90.8%

จากตารางพบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (ความรุนแรงสูง) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 9 รายเหลือเพียง 1 ราย (ลดลงร้อยละ 88.9) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองและสีเขียวเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่หายไปจากระบบกลับเข้ามารับการดูแล รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มสีแดงได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นจัดเป็นกลุ่มสีเหลืองหรือสีเขียว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือตลอดระยะเวลาการดำเนินงานไม่มีผู้ป่วยรายใดก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน

3.2 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (28-day Readmission Rate)

ก่อนการดำเนินงาน (ปี พ.ศ.2565) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันอยู่ที่ร้อยละ 8.2 (10 รายจาก 122 ครั้ง ที่จำหน่าย) หลังการดำเนินงาน (ปี พ.ศ.2566) ลดลงเหลือร้อยละ 2.1 (3 รายจาก 145 ครั้งที่จำหน่าย) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 74.4 การลดลงนี้เกิดจาก

การติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการปัญหาเมื่อมีอาการเตือนก่อนที่จะกำเริบรุนแรง

3.3 อัตราการส่งต่อด้วยอาการก้าวร้าวรุนแรง (Referral Rate for Severe Aggression)

ก่อนการดำเนินงาน พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชชั้นสูง (โรงพยาบาลร้อยเอ็ด) ร้อยละ 15.3 (19 รายจาก 124 ราย) หลังการดำเนินงานลดลงเหลือร้อยละ 4.8 (7 รายจาก 145 ราย) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 68.6 การลดลงนี้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลสุวรรณภูมิสามารถจัดการผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้ดีขึ้นด้วยระบบ Fast Track และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการสะท้อนผลในแต่ละรอบของวงจร PAOR พบปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ 5 ประการ

4.1 การมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม ทุกภาคส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและขั้นตอนการทำงานร่วมกัน ลดความสับสน และความซ้ำซ้อน

4.2 การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงการประสานงาน แต่เป็นการทำงานเป็นทีมเดียวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือความปลอดภัยของชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4.3 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Line Group) ในการประสานงาน ทำให้สื่อสารได้รวดเร็ว ทุกฝ่ายเข้าถึงข้อมูลเดียวกัน และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม โดยไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติม

4.4 ระบบ Fast Track ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน ตั้งแต่การป้องกัน การรักษา จนถึงการฟื้นฟู

4.5 การพัฒนาศักยภาพและสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน ผ่านการอบรมและประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ทำให้ชุมชนมีความพร้อมและกล้าที่จะดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตนเอง

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยสามารถลดจำนวนผู้ป่วยกลุ่มความรุนแรงสูง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดอัตราการส่งต่อ และที่สำคัญที่สุดคือป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญที่ควรอภิปรายดังนี้

1. ประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถลดจำนวนผู้ป่วยกลุ่มความรุนแรงสูง (สีแดง) ได้ถึงร้อยละ 88.9 และไม่มีผู้ป่วยก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชนตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel et al.[7] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าโปรแกรมที่ขับเคลื่อนโดยบุคลากรสุขภาพเพียงลำพัง ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ การยอมรับการรักษา และการลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ

ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการ 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ระบบ Fast Track แบบไร้รอยต่อที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ (2) ระบบการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเพื่อกำหนดความเข้มข้นของการติดตาม และ (3) กลไกการประสานงานผ่านระบบ Line Group องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ทำงานสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care) ที่กรมสุขภาพจิต[1] ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับป้องกัน การรักษา จนถึงการฟื้นฟูอย่างไร้รอยต่อ

อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันที่ลดลงจากร้อยละ 8.2 เป็นร้อยละ 2.1 เป็นผลลัพธ์ที่โดดเด่นและมีความหมายทางคลินิก ผลการศึกษานี้ดีกว่าที่ทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ[8] รายงานไว้ ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เน้นเพียงการวางแผนก่อนจำหน่ายเท่านั้น แต่ยังมีระบบการติดตามดูแลในชุมชนที่เข้มข้นและต่อเนื่อง

โดยเฉพาะในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของอาการ

2. บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้อยู่ในรูปแบบของการเป็นผู้รับบริการหรือผู้ช่วยเหลือเท่านั้น แต่เป็นการให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การร่วมออกแบบแนวทาง การลงมือปฏิบัติ ไปจนถึงการประเมินผลและปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ Kemmis & McTaggart[6] ได้เสนอไว้

การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ ประการแรก คือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช จากการที่มองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นภัยต่อชุมชนและต้องแยกออกไป กลายเป็นการมองว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องการความช่วยเหลือและการดูแล การเปลี่ยนแปลงทัศนคตินี้สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยา คงวัดใหม่[5] ที่พบว่าชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าชุมชนที่มีเพียงบริการดูแลที่บ้านเพียงอย่างเดียว

ประการที่สอง คือการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติจริง ชุมชนได้พัฒนาความรู้และทักษะในการสังเกตอาการเตือน การจัดการกรณีฉุกเฉิน และการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้ชุมชนกล้าที่จะดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตนเอง แทนที่จะหลีกเลี่ยงหรือปล่อยให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว

ประการที่สาม คือการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน เนื่องจากชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทาง จึงรู้สึกว่าแนวทางนี้เป็นของชุมชนและมีหน้าที่ต้องทำให้ประสบความสำเร็จ ความรู้สึกนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน แม้เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม

3. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประสานงาน

การใช้ Line Group เป็นเครื่องมือในการประสานงานถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญของการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพจะมีการศึกษามาก่อนหน้านี้[9] แต่การนำมาใช้ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนชนบทของประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัด

ข้อได้เปรียบของการใช้ Line Group ในการศึกษาครั้งนี้มีหลายประการ ประการแรก คือความรวดเร็วในการสื่อสารเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ญาติหรือชุมชนสามารถแจ้งได้ทันทีและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลพร้อมกัน ทำให้สามารถระดมกำลังและจัดการได้อย่างทันท่วงที ประการที่สอง คือการลดต้นทุนและความซับซ้อน เนื่องจาก Line เป็นแอปพลิเคชันที่คนไทยใช้กันอย่างแพร่หลายและไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่ต้องพัฒนาระบบใหม่หรือฝึกอบรมการใช้งานอย่างซับซ้อน ประการที่สาม คือการสร้างความรู้สึกเป็นทีมและความโปร่งใส เมื่อทุกคนอยู่ในกลุ่มเดียวกันและเห็นข้อมูลเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมและมีความรับผิดชอบร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม การใช้ Line Group ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ต้องคำนึงถึง เช่น ปัญหาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การรั่วไหลของข้อมูล และความเหมาะสมของข้อมูลที่แชร์ในกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการกำหนดแนวทางการใช้งานที่ชัดเจน เช่น ไม่แชร์ภาพถ่ายหรือข้อมูลส่วนตัวที่ละเอียดอ่อน ใช้เพื่อการประสานงานและให้คำปรึกษาเท่านั้น และสมาชิกในกลุ่มต้องเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายและรับทราบหลักจริยธรรม

4. ระบบ Fast Track แบบไร้รอยต่อ

ระบบ Fast Track ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากระบบ Fast Track ทั่วไปที่มักเน้นเพียงการลดเวลารอคอยในแผนกฉุกเฉิน[10] โดยระบบในการศึกษาครั้งนี้ขยายขอบเขตไปถึงการดูแลก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-hospital) และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-hospital) ทำให้เป็นระบบที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

ในระยะ Pre-hospital การมีกลไกการแจ้งเหตุที่รวดเร็วผ่าน Line Group และการประเมินเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหรือ

จัดการในชุมชนได้ ในบางกรณีที่อาการไม่รุนแรงมาก การให้คำปรึกษาและการปรับยาโดยแพทย์ผ่าน Line สามารถแก้ปัญหาได้โดยไม่ต้องนำส่งโรงพยาบาล ลดภาระของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล

ในระยะ In-hospital การเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยล่วงหน้าและการประเมินด้วย Overt Aggression Scale (OAS) ช่วยให้สามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย การมี Standing Order และระบบ Consult ระหว่างแพทย์เวรกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยให้การรักษามีคุณภาพทั้งในและนอกเวลาราชการ

ในระยะ Post-hospital การติดตามที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันตามระยะเวลาและความรุนแรงของผู้ป่วย ช่วยให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพ ในช่วงแรกที่มีความเสี่ยงสูงมีการติดตามอย่างใกล้ชิดทุกวัน และค่อยๆ ลดความเข้มข้นลงเมื่ออาการคงที่ การติดตามนี้ไม่ได้เน้นเพียงการตรวจสอบการรับประทานยาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว และการช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ตามความต้องการ

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก คือระยะเวลาในการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น (6 เดือนสำหรับการพัฒนา และ 1 ปี 8 เดือนสำหรับการประเมินผล) การศึกษาในอนาคตควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของแนวทาง

ประการที่สอง คือการศึกษาดำเนินการเพียงพื้นที่เดียว ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นควรคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่และอาจต้องปรับแนวทางให้เหมาะสม

ประการที่สาม คือการศึกษาไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์อย่างละเอียด การศึกษาในอนาคตควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายมีข้อมูลในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร

ประการที่ 4 การประเมินผลบางส่วนอาศัยข้อมูลจากการรายงานของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งอาจมีอคติได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในพื้นที่อื่นๆ สามารถนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การเริ่มต้นควรเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและการจัดตั้งระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพก่อน

2. ในการกำหนดนโยบาย ควรพิจารณาบรรจุแนวทางนี้เป็นนโยบายในระดับจังหวัดหรือระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ อย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน

3. ในชุมชนที่จะปรับใช้ ควรสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยอาจเริ่มจากการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนจะช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (3-5 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของแนวทางและผลกระทบระยะยาวต่อชุมชนและผู้ป่วย

5. ควรมีการศึกษาการขยายผล ไปยังกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชประเภทอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ เพื่อดูความเหมาะสมและความต้องการปรับแนวทาง

6. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนากลยุทธ์ในการรักษาและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านจากทุกภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานปกครององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ที่ให้ความร่วมมือและทุ่มเทในการพัฒนาแนวทางนี้ ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่สนับสนุน

การดำเนินงานวิจัย และขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ให้การรับรองโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยาสารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563.
2. โชคดำรงสุข เจษฎา. กรมสุขภาพจิตเผย ติดยาทำป่วยจิตเกือบ 4 พันรายต่อปี แนะพารักษาให้เร็ว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285
3. สถาบันราชานุกูล.2559. อาการทางจิตจากสารเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rajanukul.go.th/index.php
4. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ปี 2563-2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2566.
5. นาฏยา คงวัดใหม่. เจตคติของเพื่อนบ้านต่อผู้ป่วยจิตเวช: เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชนที่มีบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผ่านกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
6. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin N K, Lincoln Y S. editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications; 2005. p.559-603.
7. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392(10157):1553-98.
8. ทัศนีย์ เชื่อมทอง, อารีรัช จำนงค์ผล, กรรัตน์ ทองช้อย. ผลการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2564;46(3):180-92.
9. Chaet D, Clearfield R, Sabin J E, Skimming K. Ethical practice in telehealth and telemedicine. Journal of General Internal Medicine. 2017;32(10):1136-40.
10. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson K E, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2011;19:43.

ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่ออุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด และความปลอดภัยของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effectiveness of a Nursing Intervention Model for Preventing Preterm Birth on the Incidence of Preterm Delivery and Maternal Safety in Hua Chang Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province

ศศธร จันทะคาม*

Sasathon Chantakham

Corresponding author: E-mail: sasitorn391@gmail.com

(Received: October 16, 2025; Revised: October 22, 2025; Accepted: November 22, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลหัวช้างที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในระยะศึกษาสถานการณ์ 5 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ 22 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 14 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 6 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มกราคม - มิถุนายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ที่โรงพยาบาล (Hospital level) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดประกอบด้วยกิจกรรม 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและคู่มือการป้องกัน 2) การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง 3) การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรม 4) การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และ 5) การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดคือ เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด) (27.27%) ; หลังการพัฒนา พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI: 2.37-3.58) หลังการพัฒนาไม่พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (0.00%) และเจ้าหน้าที่, อาสาสมัครสาธารณสุข และหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สามารถใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกับภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ได้ และควรขยายไปใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์; การคลอดก่อนกำหนด; ระบบการเฝ้าระวังป้องกัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To assess the local situation, develop, and evaluate a nursing model for preterm-birth prevention among pregnant women in Hua Chang Subdistrict, Chaturaphak Phiman District, Roi Et Province.

Study Design : Action Research.

Materials and Methods : This action research, conducted from January to June 2025, engaged three groups of key informants: (1) pregnant women attending antenatal care (ANC) during the situation-analysis phase (n=5) and the model-development phase (n=22); (2) healthcare providers at Chaturaphak Phiman Hospital (n=14); and (3) core stakeholders involved in model development (n=6). Data were collected using a preterm-birth risk screening tool and semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Main finding : Situation analysis revealed multilevel gaps spanning the pre-hospital, hospital, and post-hospital continuum of care. The developed nursing model comprised five components: (1) structured education and a prevention handbook; (2) assessment of understanding and individualized risk-reduction planning; (3) follow-up and reinforcement of preventive behaviors; (4) systematic risk screening and questionnaire assessment; and (5) continuous monitoring with village health volunteer participation. The most common preterm-birth risk factor was prior uterine surgery, including cesarean section (27.27%). After implementation, mean knowledge scores regarding preterm-birth surveillance and prevention significantly improved (mean difference = 2.98; 95% CI: 2.37–3.58; $p < .001$). No preterm births were observed during the post-implementation period (0.00%). Satisfaction among healthcare providers, volunteers, and pregnant women was rated at the highest level.

Conclusion and recommendations : The developed nursing model effectively strengthened preterm-birth surveillance and prevention in a community hospital context. Its structured, collaborative, and continuity-of-care approach demonstrates high potential for scale-up and integration into routine maternal health services across similar healthcare settings.

Keywords : Pregnant women; Preterm birth; Surveillance system

*Professional Level Registered Nurse, Chaturaphak Phiman

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด โดยนิยามหมายถึงการคลอดที่อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ ภาวะนี้ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มักมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการดูแลแบบเฉพาะทาง การติดตามข้อมูลอุบัติการณ์จึงมีความสำคัญเพื่อวางแผนลดความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการด้านแม่และเด็ก[1]

ข้อมูลล่าสุดของประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 จากระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ ร้อยละ 9.98 ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มลดลงจากปีก่อนหน้า (อัตรา 12.47% ในปี พ.ศ.2564 และ 11.61% ในปี พ.ศ.2565) แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายเชิงนโยบายที่ต้องการลดอัตราให้ต่ำกว่าร้อยละ 8 ในระยะเวลา 2 ปีข้างหน้า ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าภาวะการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องการมาตรการป้องกัน การคัดกรองความเสี่ยง และการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง นอกจากนี้รายงานจากองค์การอนามัยโลกยังชี้ให้เห็นว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคตั้งแต่ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 18 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านบริการสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่[2] เช่นเดียวกับอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 13.51 และ 17.07 ของการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566[3] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของอุบัติการณ์ระหว่างพื้นที่ และบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและบริบทเฉพาะของพื้นที่อย่างลึกซึ้ง เพื่อวางแผนป้องกัน และลดการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในอนาคต กล่าวได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังคงเป็นภาวะที่ต้องให้ความสำคัญเชิงระบบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการติดตามหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนารูปแบบบริการในทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ เพื่อลดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดและยกระดับคุณภาพระบบบริการแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

สถานการณ์ในพื้นที่ศึกษาพบว่าการให้บริการในแต่ละระยะยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและติดตามในระดับชุมชนที่ไม่ครอบคลุม ตลอดจนการให้คำแนะนำและแนวปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ระบบการส่งต่อและการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาลยังขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมารับบริการล่าช้าหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในช่วงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้ช่องว่างการวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญในประเด็นนี้ คือ การขาดข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่มีคุณภาพและครอบคลุมระดับท้องถิ่น แม้จะมีการรายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดในระดับประเทศ แต่ข้อมูลในระดับจังหวัดหรืออำเภอยังไม่เป็นระบบและมีความแตกต่างกันในด้านการวินิจฉัยอายุครรภ์ วิธีการบันทึกข้อมูล และการติดตามผลทารกหลังคลอด ทำให้การวิเคราะห์เชิงสาเหตุและการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ทำได้ยาก อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) หรือแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ที่เน้นปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น อายุของมารดา โรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ โดยยังขาดการศึกษาที่ออกแบบเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงซับซ้อนในบริบทสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมในพื้นที่ชนบทโดยเฉพาะ[4]

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีช่องว่างในการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้งด้านพัฒนาการ การเจริญเติบโต และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญต่อการประเมินภาระโรคและการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพมารดาและทารก อีกทั้งระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทยังเผชิญ

ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์ และความไม่สม่ำเสมอในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน เช่น การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ก่อนคลอดในรายที่มีความเสี่ยง หรือการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด[5]

จากช่องว่างข้างต้น จึงเกิดความจำเป็นในการดำเนินการวิจัยที่มุ่งพัฒนาความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอจตุรพักตรพิมานที่มีอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แนวทางการแก้ไขปัญหาควรเริ่มจากการจัดทำ ระบบทะเบียนการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth Registry) เพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การฝากครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงของมารดาการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ จนถึงผลลัพธ์ของทารกหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามแนวโน้ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ควรส่งเสริมการวิจัยแบบ Cohort study หรือ Case–control study ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดในบริบทท้องถิ่น พร้อมทั้งดำเนินการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Implementation research) เพื่อทดสอบแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับทรัพยากรของพื้นที่ เช่น โปรแกรมการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสัญญาณอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด และระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแม่และทารกอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวดับในเชิงนโยบายควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการฝากครรภ์โดยเน้นการคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนาระบบเครือข่ายการอ้างอิงระหว่างสถานพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างทันท่วงที พร้อมทั้งส่งเสริมการให้ความรู้แก่ชุมชน และครอบครัวในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ยังคงมีอุบัติการณ์สูงในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอจตุรพักตรพิมาน ช่องว่างของข้อมูลเชิงสาเหตุและการขาดระบบติดตามผลที่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถระบุปัจจัยเฉพาะพื้นที่ได้อย่างชัดเจน การวิจัยเชิงระบาดวิทยาและเชิงปฏิบัติการในระดับท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดในอนาคต[6]

อย่างไรก็ตามการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป็นแนวทางหนึ่งในการเฝ้าระวังป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแต่ปัจจุบันยังไม่สามารถคัดกรองความเสี่ยงบางประการที่พบบ่อยในทางปฏิบัติได้กล่าวคือ การสังเกตหรือการรายงานในทางปฏิบัติพบว่า สตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดมักมีลักษณะพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน แต่พฤติกรรมบางอย่างไม่สามารถระบุหรือไม่ทราบแน่ชัดว่าต้องปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด ในขณะที่แบบคัดกรองส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นปัจจัยที่มีหลักฐานบ่งชี้ชัดเจนว่าก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงเท่านั้น เช่น ครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำเคยคลอดก่อนกำหนด และปากมดลูกไม่แข็งแรง รวมถึงเคยคลอดก่อนกำหนด อายุมากกว่า 35 ปี และมีภาวะซีด เป็นต้น[7] จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด พบว่า ประมาณร้อยละ 60-70 ของหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง” เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จการเฝ้าระวังป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เรื่องความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดภาวะแทรกซ้อนและค่ารักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยครอบครัวจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการตรวจสุขภาพก่อนการสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในส่วนของภาคชุมชนมีระบบ

การเฝ้าระวัง ป้องกัน และร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[8]

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญเร่งด่วนสำหรับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทโดยตรงในการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีรูปแบบการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับจะช่วยให้การประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำ การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติและการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการป้องกันยังช่วยส่งเสริม “ความปลอดภัยของผู้คลอด” (Maternal safety) ทั้งในด้านการลดภาวะแทรกซ้อนก่อน ระหว่าง และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และทีมสุขภาพจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการฝากครรภ์และห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอด ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดในตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2568

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์ในเขตตำบลหัวช้างที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 5 คน ระยะพัฒนาระบบบริการจำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่มีอายุครรภ์ 28 – 36^{+6} สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 (2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ (3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 14 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 6 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนก ANC โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ อายุครรภ์ วันกำหนดคลอด วันที่มาฝากครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก (การตั้งครรภ์ครั้งนี้) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ การแปลผลเบื้องต้นถ้าตอบใช่ ≥1 ข้อ: แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต้องส่งตรวจเพิ่มเติม/พบแพทย์เฉพาะทาง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ลักษณะเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ และไม่ใช่[9]

2) แบบสอบถามความพึงพอใจ สำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับการแปลผลการประเมินความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของประคอง กรรณสูต[9]

3) แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ประเมินด้วยการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และการแปลผลการประเมินความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของประคอง กรรณสูต[9]

4) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.40-0.75 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.36-0.82 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 14 คนประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 6 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน และหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนจากการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข และหญิงตั้งครรภ์ และ 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะการประเมินผล

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในผู้ตั้งครรภ์ โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่เจาะจงตัวบุคคลเพื่อรักษาความลับ และการทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง COE 1402567 รับรองเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวต่างๆ จะเก็บเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ ประชากรที่ศึกษาสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (เดือนมกราคม พ.ศ.2568) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด: บทวิเคราะห์เชิงระบบบริการสุขภาพ การคลอดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในปัญหาทางสูติกรรมที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกอย่างลึกซึ้ง ทั้งในด้านอัตราป่วย อัตราตาย และคุณภาพชีวิตในระยะยาว การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นพันธกิจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับอำเภอและชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ให้บริการฝากครรภ์และติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามการจัดบริการในหลายพื้นที่ยังประสบข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ของผู้ตั้งครรภ์ ระบบบริการที่ไม่ครอบคลุม และความไม่ต่อเนื่องในกระบวนการดูแล ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งยังเข้าถึงบริการล่าช้าและไม่ได้รับการป้องกันหรือเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัญหาในแต่ละช่วงของระบบบริการ ได้แก่ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะที่โรงพยาบาล และระยะส่งต่อ–ติดตาม เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ

ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะดังกล่าว เช่น การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการประเมินอาการผิดพลาด จากข้อมูลระดับประเทศพบว่า ร้อยละ 60–70 ของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถระบุอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ทำให้ตัดสินใจมารับบริการล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่ตำบลหัวช้าง นอกจากนี้ ระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนยังพบข้อจำกัดในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโดย รพ.สต. และอสม. ยังไม่มีแบบประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม จิตสังคม และสภาวะแวดล้อมขณะเดียวกัน การติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในชุมชนยังไม่เป็นระบบหรือไม่สม่ำเสมอ ทำให้สูญเสียโอกาสในการเฝ้าระวังเชิงรุกก่อนเข้าสู่ภาวะฉุกเฉิน

เมื่อพิจารณาระยะที่โรงพยาบาล (Hospital level) พบว่า แม้โรงพยาบาลจะมีบุคลากรและระบบบริการฝากครรภ์ แต่ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่าแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะการให้ความรู้และการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ยังเน้นเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่ปรากฏชัดเจน เช่น ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด หรือโรคประจำตัว แต่ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกิดจากการดำเนินชีวิตจริงในพื้นที่ เช่น ภาวะเครียด ทำงานหนัก หรือติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ระบบบันทึกข้อมูลและการประสานงาน ANC–รพ.สต.–ห้องคลอดยังแยกส่วน ทำให้ข้อมูลไม่เชื่อมโยงต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงไม่เป็นระบบ อีกทั้งการให้คำปรึกษาเชิงลึกด้านการเฝ้าระวังอาการและการปฏิบัติตนมักขึ้นอยู่กับประสบการณ์รายบุคคลของผู้ให้บริการมากกว่าการใช้

มาตรฐานกลาง จึงทำให้ประสิทธิผลของการดูแลไม่สม่ำเสมอในแต่ละราย

สำหรับระยะการส่งต่อและการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) พบว่า การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่มีแนวทางประสานงานที่ชัดเจน ระยะเวลาการส่งต่อขึ้นอยู่กับการประเมินของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิและอสม. ทำให้บางรายเกิดการส่งต่อล่าช้า นอกจากนี้หลังกลับบ้านหญิงตั้งครรภ์มักไม่ได้รับการติดตามอย่างเป็นระบบ ทั้งการประเมินซ้ำ การเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารให้คำปรึกษาในระยะต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสูงยังคงมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยไม่มีการแจ้งเตือนหรือกลับเข้ามารับบริการทันเวลา ความไม่ต่อเนื่องนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดช่องว่างในระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งสามระยะพบว่า ปัญหาการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น หากแต่เกิดจาก “ช่องว่าง (Research gap) ด้านระบบบริการสุขภาพ” ในหลายมิติ ได้แก่ ช่องว่างด้านความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ช่องว่างด้านมาตรฐานการดูแลของบุคลากร ช่องว่างด้านข้อมูลและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และช่องว่างด้านการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ปัญหาเหล่านี้เชื่อมโยงกันเป็นวงจร ซึ่งหากไม่มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ ย่อมทำให้ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดยังคงมีอยู่สูงและยากต่อการควบคุม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องเป็นรูปแบบที่เชื่อมโยงการทำงานของทุกระดับบริการ ตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาล มีระบบคัดกรองความเสี่ยงที่ครอบคลุม มีมาตรฐานการให้ความรู้และคำปรึกษาอย่างเป็นโครงสร้าง มีระบบติดตามแบบต่อเนื่องผ่านหลายช่องทาง และมีการประสานงานส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด รูปแบบการพยาบาลนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการพยาบาลมารดาและทารก แนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO) และแนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมุ่งเสริมสร้างความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเตือน และการเชื่อมประสานระบบบริการในทุกระดับ รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังต่อไปนี้

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและคู่มือการป้องกัน โดยพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ กลไก อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติตน พร้อมมอบคู่มือการป้องกันและเฝ้าระวังเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง

2) การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง (30–32 สัปดาห์) เป็นการประเมินความเข้าใจเรื่องอาการเตือน การนับการหดรัดตัวของมดลูก การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ รวมถึงการร่วมจัดทำแผนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงรายบุคคล

3) การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรม (32–34 สัปดาห์) เป็นการทบทวนการปฏิบัติตามแผน ตรวจสอบบันทึกอาการ และติดตามผ่านโทรศัพท์หรือกลุ่มไลน์ (Line) เพื่อรับข้อมูลอาการอย่างใกล้ชิด

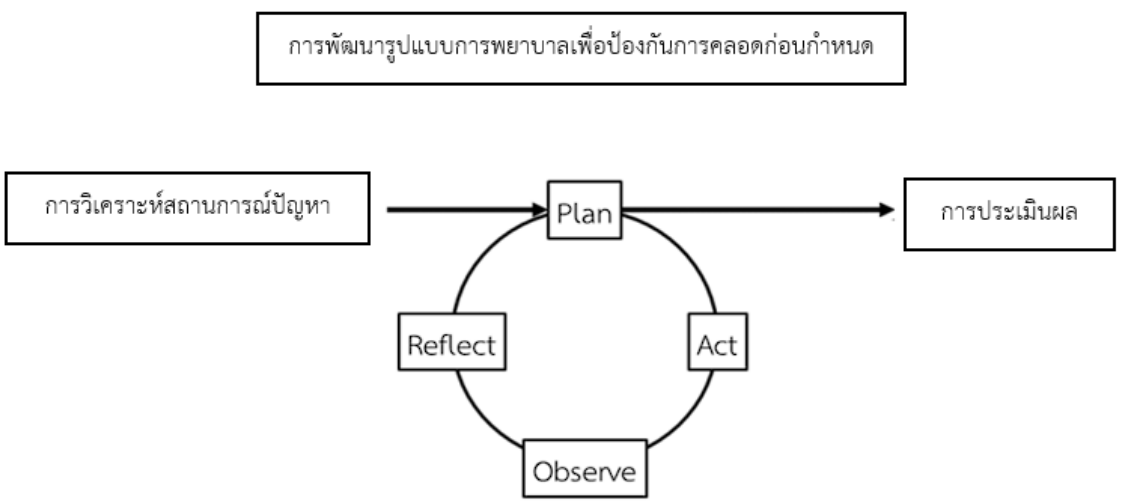
4) การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (36–36^{+6} สัปดาห์) โดยพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามและทำการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรวิทยา พฤติกรรม และจิตสังคม

5) การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการติดตามในการนัดฝากครรภ์ การโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ พร้อมให้อสม.ที่ผ่านการอบรมออกติดตามเยี่ยมบ้านและรายงานอาการผิดปกติ

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

องค์ประกอบ	เป้าหมายหลัก	เหตุผลเชิงวิชาการ
1. การให้ความรู้และคู่มือ	เพิ่มความรู้-การรับรู้ความเสี่ยง	ลดความล่าช้าในการตัดสินใจมารับบริการ
2. ประเมินความเข้าใจและวางแผน	สร้างพฤติกรรมลดความเสี่ยง	สอดคล้อง Self-Efficacy และ ANC คุณภาพ
3. ติดตามผลและทบทวน	เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	ลดการขาดการติดตาม เพิ่มการตรวจพบอาการเร็ว
4. คัดกรองรอบสุดท้าย	ประเมินความเสี่ยงใหม่ในช่วงใกล้คลอด	ป้องกัน Missed cases ตามแนวทาง ACOG
5. ติดตามหลายช่องทาง + อสม.	ขยายระบบเฝ้าระวังสู่ชุมชน	เสริม Community-Based Care ของ WHO

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2568) เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวงจร ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วงจรพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการให้บริการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 27 คน

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์

3. เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการจัดประชุม/อบรมภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก

4. พัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงมีครรภ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและคู่มือการป้องกัน การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยง การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรม การตอบแบบสอบถามและการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (36 -36^{+6} สัปดาห์) และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา การประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์มีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

3. การประเมินผล (เดือนมิถุนายน พ.ศ.2568)

3.1 ลักษณะทางประชากร หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 22 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาจบมัธยมศึกษา (50.0%) ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (40.91%) รายได้เฉลี่ย 11,000-20,000 บาทต่อเดือน (45.45%) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง (59.09%) และมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (95.45%)

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดคือ เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด) (27.27%) รองลงมา คือ เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน (18.18%) และใช้สารเสพติด (13.64%) และ อายุ ≤ 18 ปี, ≥35 ปี เมื่อครบกำหนดคลอด (13.64%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ (n=22)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	จำนวน(%)
1. เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน	4(18.18)
2. มีประวัติแท้งหลายครั้ง (≥2 ครั้ง)	0(0.00)
3. มีเลือดออกผิดปกติในไตรมาส 1 หรือ 2	1(4.55)
4. เคยผ่าตัดมดลูก (รวมถึงผ่าคลอด)	6(27.27)
5. ตั้งครรภ์แฝด (แฝดสองขึ้นไป)	1(4.55)
6. ปากมดลูกสั้นหรืองอ (จากการตรวจ Ultrasound)	0(0.00)
7. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องคลอด	2(9.09)
8. ใช้สารเสพติด	3(13.64)
9. ภาวะเครียดเรื้อรัง/ปัญหาสุขภาพจิต	0(0.00)
10. มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	2(9.09)
11. อายุ ≤ 18 ปี, ≥35 ปี เมื่อครบกำหนดคลอด	3(13.64)

3.4 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์หลังการพัฒนา พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI; 2.37-3.58) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการพัฒนา (n=22)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff (SE.)	95%CI	p
ความรู้					
ก่อนการพัฒนา	22	8.13 (2.46)	2.98(0.30)	2.37-3.58	< .001
หลังการพัฒนา	22	11.11 (1.68)			

3.5 การคลอดของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด หลังการพัฒนา พบว่าไม่พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (0.00%) โดยคลอดปกติ จำนวน 6 คน (27.27%) ผ่าตัดคลอด จำนวน 16 คน (72.73%) และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมการพัฒนา (n=22)

ข้อมูลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์	จำนวน(%)
1. คลอดก่อนกำหนด	0(0.00)
2. คลอดปกติครบกำหนด	6(27.27)
3. ผ่าตัดคลอดครบกำหนด	16(72.73)
4. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	22(100.00)

3.6 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมครสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, SD.=0.97) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ประเด็นเป็นการสร้างคุณค่า/ความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Mean = 4.82, SD.=1.10) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (Mean = 4.73, SD.=1.74) และทำให้เกิดความพึงพอใจจากผู้ป่วย และญาติ (Mean = 4.58, SD.=1.13) ตามลำดับ

3.6 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกัน และเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD.=0.57) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ บริการด้วยความสุภาพและไมตรีจิต พูดจาให้เกียรติเป็นกันเอง (Mean = 4.68, SD.=0.60) ความเหมาะสมในการแต่งกาย/

เจ้าหน้าที่มีบุคลิกดี มีท่าทีเป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส (Mean = 4.67, SD.=0.50) และมีการให้บริการเสมอภาคเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ (Mean = 4.63, SD.=0.57) ตามลำดับ

วิจารณ์

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: ช่องว่างด้านความรู้และระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวดับข้อมูลระดับประเทศและงานวิจัยระบุว่ากว่าร้อยละ 60–70 ของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถระบุอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการล่าช้า สถานการณ์ในพื้นที่ตำบลหัวช้างสะท้อนปัญหานี้อย่างชัดเจน หญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการไม่ประเมินอาการตนเองตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wastnedge et al.[10] ซึ่งระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะเสี่ยง นอกจากนี้การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชนยังไม่เป็นระบบ รพ.สต. และอสม. ไม่มีแบบประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยด้านพฤติกรรม จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ไม่สามารถระบุผู้มีความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ ความขาดตอนดังกล่าวทำให้ระยะ Pre-hospital เป็นจุดเริ่มต้นที่สร้างความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการและสร้างภาวะ “ช้าเกินไป” ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ระยะที่โรงพยาบาล (Hospital level) ชี้ให้เห็นว่าช่องว่างด้านมาตรฐานการปฏิบัติและการจัดการข้อมูลโรงพยาบาลในระดับอำเภอมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ แต่ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่าแนวปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงและการให้คำปรึกษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์รายบุคคลมากกว่ากรอบแนวทางที่เป็นระบบ การคัดกรองยังพุ่งเป้าเฉพาะปัจจัยชีวภาพ เช่น โรคประจำตัว หรือประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่ครอบคลุม “ปัจจัยเสี่ยงตามบริบทชีวิตจริง” เช่น ความเครียด การทำงานหนักหรือการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่งานวิจัยชั้นนำยืนยันว่ามีความสำคัญไม่แพ้กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ McLoughlin et al.[11] ได้ระบุช่องว่างเชิงหลักฐานว่าแม้จะมีการศึกษาหลากหลายรูปแบบเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แต่ความไม่สม่ำเสมอด้านคุณภาพของข้อมูลและความแตกต่างของบริบททำให้แนวปฏิบัติไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างตรงตัวในทุกพื้นที่ สิ่งนี้สอดคล้องกับปัญหาของโรงพยาบาลระดับอำเภอในไทยที่ยังขาดระบบข้อมูล ANC–รพ.สต.–ห้องคลอด ที่เชื่อมต่อกันเป็นเครือข่าย ทำให้การวางแผนการดูแลรายกรณี (Case management) ไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่องและระยะส่งต่อและติดตามหลังกลับบ้าน: ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการระยะ Post-hospital เป็นช่วงที่พบความไม่ต่อเนื่องของการดูแลมากที่สุด เช่น การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังขาดแนวทางประสานงานที่ชัดเจน การประเมินขึ้นอยู่กับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิและ อสม. ทำให้บางรายเกิดความล่าช้าจนเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อทารกโดยไม่จำเป็นการติดตามหลังกลับบ้านยังพบข้อจำกัดด้านการประเมินซ้ำและการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรได้รับการเยี่ยมบ้านหรือการติดตามผ่านโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ การทบทวนวรรณกรรมโดย Kim et al.[12] พบว่าเทคโนโลยีออนไลน์ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่ดีและลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้โดยตรง[3] อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยียังคงมีบทบาทสำคัญในการเสริมระบบบริการ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและความต่อเนื่องของการดูแลหลังกลับบ้าน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์และสถานการณ์ในพื้นที่สามารถสรุป “4 ช่องว่างสำคัญของระบบบริการสุขภาพ” ดังต่อไปนี้ คือ (1) ช่องว่างด้านความรู้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลจากหลายประเทศรวมถึงไทยบ่งชี้ว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการมารับบริการล่าช้า การให้ความรู้ผ่านโปรแกรมเชิงโครงสร้าง เช่น โปรแกรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ

Boobpamala et al.[13] พบว่า ช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จริง จึงสะท้อนถึงความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือมาตรฐานที่ใช้ได้ทั้งใน รพ.สต. และชุมชน (2) ช่องว่างด้านการคัดกรองและมาตรฐานวิชาชีพ ดังงานวิจัยของ Cochrane review สะท้อนว่าปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายระบบ ส่งผลให้การคัดกรองอย่างเดียวไม่เพียงพอ[2] โรงพยาบาลระดับอำเภอจึงจำเป็นต้องปรับปรุงแนวทางคัดกรองให้ครอบคลุมปัจจัยพฤติกรรม–จิตสังคมตามบริบทของพื้นที่ (3) ช่องว่างด้านระบบข้อมูล การที่ข้อมูล ANC–รพ.สต.–ห้องคลอดไม่เชื่อมโยงกันทำให้เสียโอกาสในการวางแผนดูแลกลุ่มเสี่ยง แม้งานวิจัยจำนวนมากจะสนับสนุน Telehealth และระบบออนไลน์ แต่ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข คือ การป้อนข้อมูลที่ไม่เป็นระบบและไม่สม่ำเสมอ และ (4) ช่องว่างด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังกลับบ้าน หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงจำนวนหนึ่งยังถูกปล่อยให้ดูแลตนเองโดยไม่มีการติดตามอย่างเพียงพอ แม้ผลลัพธ์จากโปรแกรมป้องกันจะชี้ถึงประโยชน์ด้านความรู้และทักษะ แต่ยังจำเป็นต้องเสริมด้วยระบบติดตามหลังคลอดที่เป็นสหสาขาวิชาชีพและใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างทุกหน่วยงาน

หลักฐานทั้งในและต่างประเทศชี้ชัดว่าการลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดต้องอาศัยรูปแบบการพยาบาลที่ “บูรณาการทุกระดับบริการ” ประกอบด้วยระบบคัดกรองที่ครอบคลุมและมีมาตรฐาน การให้ความรู้และคำปรึกษาที่สอดคล้องกันทุกหน่วยบริการ ระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ และระบบติดตามต่อเนื่องผ่านชุมชน โรงพยาบาล และเทคโนโลยีสนับสนุนรูปแบบดังกล่าวไม่เพียงลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด แต่ยังยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืนทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

2. รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สำหรับหญิงมีครรภ์ครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ การประเมินพฤติกรรม การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ล้วนเป็นองค์ประกอบที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ

ประการแรก การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการเตือนและวิธีการลดความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์ที่ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิผล โดยงานวิจัยแบบย้อนหลังของ Wang et al.[14] พบว่า การจัดการศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์แม้จะเป็นโปรแกรมแบบสั้น แต่สามารถลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีความหมาย ทั้งนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ตั้งแต่ไตรมาสแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยสร้างพื้นฐานความเข้าใจและปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้เร็วกว่าช่วงตั้งครรภ์ไตรมาสหลัง ดังนั้น การจัดทำคู่มือการป้องกันร่วมกับการบรรยายหรือการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวจึงเป็นองค์ประกอบที่ควรบูรณาการในรูปแบบการดูแล

นอกจากการให้ความรู้แล้ว การประเมินความเข้าใจและการวางแผนพฤติกรรมลดความเสี่ยงยังเป็นอีกขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากงานวิจัยเชิงทดลองของ Wheeler et al.[15] แสดงให้เห็นว่า การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมแบบเจาะจงรายบุคคล ประกอบกับการติดตามพฤติกรรมผ่านข้อความสื่อสารช่วยให้ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้ แม้ว่าการแทรกแซงดังกล่าวเป็นเพียงการทดลองเชิงนำร่อง แต่ผลลัพธ์กลับบ่งชี้ว่า “การวางแผนพฤติกรรม” เป็นหัวใจหลักที่ช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง และเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงในแต่ละวัน และประการต่อมา การติดตามผลและการทบทวนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบถือเป็นกลไกที่ช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดย Wheeler et al.[15] รายงานว่า การส่งข้อความเตือนและการติดตามอาการเป็นประจำมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และยังช่วยเพิ่มความรู้สึกว่าพวกเธอได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้ไม่ได้พบผู้ให้บริการสุขภาพแบบตัวต่อตัวบ่อยครั้ง นอกจากนี้ การติดตามผลยังช่วยให้สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ทันท่วงที ซึ่งมีส่วนช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ ในอีกมิติหนึ่ง

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในช่วงอายุครรภ์ 36–36^{+6} สัปดาห์ ก็เป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Campbell et al.[16] ซึ่งสรุปว่ารูปแบบการป้องกันที่มีประสิทธิผลมักประกอบด้วยการคัดกรองความเสี่ยงเชิงระบบ การประเมินอาการผิดปกติ การให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง และการจัดบริการสุขภาพแบบเฉพาะราย ทั้งนี้ การคัดกรองอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำปรึกษาและดำเนินมาตรการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ตรงกับสภาวะของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

สุดท้ายการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนถูกมองว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงสำคัญ งานวิจัยเชิงระบบและการทดลองหลายฉบับชี้ว่าการดูแลสุขภาพแบบชุมชน (Community-based care) ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูล การติดตามอาการ และความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วอีกทั้งยังช่วยลดช่องว่างระหว่างบริการระดับครอบครัวและบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิผล[15-16] โดยเฉพาะในบริบทชนบทหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

3. ผลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมการพัฒนา (n = 22) แสดงให้เห็นลักษณะสำคัญสองประการ คือ ไม่มีอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด (0.00%) และการคลอดที่เป็นการผ่าตัดคลอดครบกำหนดมีสัดส่วนสูงถึง 72.73% ข้อมูลเพิ่มเติมยังระบุว่า ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ (100.00%) ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างสม่ำเสมอและครบถ้วน ในการวิเคราะห์เชิงอธิบาย ผลลัพธ์ทั้งสองประการนี้สมควรถูกพิจารณาทั้งในมิติเชิงปฏิบัติการและเชิงระบบบริการอย่างแรก ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการฝากครรภ์อย่างเพียงพอและการลดความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดได้รับการสนับสนุนจากงานศึกษาระดับประชากร ผลการศึกษาของ Pervin et al.[17] พบว่าการเข้ารับการฝากครรภ์ในจำนวนครั้งที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์น้อยกว่ามีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[17] ซึ่งสอดคล้องกับการสังเกตในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่ไม่มีกรณีคลอดก่อนกำหนดเลยหลังจากที่ทุกคนได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ จึงเป็นไปได้ว่าการได้รับการดูแลก่อนคลอดที่สม่ำเสมอ ซึ่งรวมถึงการคัดกรองความเสี่ยง การให้คำแนะนำเชิงพฤติกรรม และการติดตามอาการมีบทบาทในการป้องกันการเกิดคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มผู้เข้าร่วมอย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่ง อัตราส่วนของการผ่าตัดคลอดครบกำหนดที่สูงถึง 72.73% จำเป็นต้องพิจารณาในบริบทของปัจจัยเชิงระบบและคลินิก

งานวิจัยของ Piva et al.[18] ซึ่งวิเคราะห์อัตราการผ่าตัดคลอดตามการจัดระดับการเข้าถึงการฝากครรภ์ (Adequacy of prenatal care) ชี้ให้เห็นว่าความเพียงพอของการฝากครรภ์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายอัตราการผ่าตัดคลอดได้ทั้งหมด โดยผลการศึกษาพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดแตกต่างกันตามบริบทและกลุ่มโรบสัน (Robson groups) และไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติอย่างชัดเจนระหว่างระดับการเข้าถึงการฝากครรภ์กับอัตราผ่าตัดคลอดในหลายกลุ่ม นัยสำคัญจากงานวิจัยนี้คือ แม้ว่าการฝากครรภ์เชิงคุณภาพจะช่วยลดความเสี่ยงต่อผลลัพธ์บางประการ เช่น การคลอดก่อนกำหนด แต่การเพิ่มหรือลดอัตราการผ่าตัดคลอดขึ้นกับปัจจัยทั้งเชิงคลินิก (เช่น ประวัติการผ่าตัดคลอดก่อนหน้า สภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์) และปัจจัยไม่ใช่คลินิก (เช่น นโยบายสถานพยาบาล แนวปฏิบัติของแพทย์ ความคาดหวังของผู้ฝากครรภ์)[18] ดังนั้น การสังเกตอัตราผ่าตัดคลอดสูงในกลุ่มศึกษา (72.73%) อาจสะท้อนถึงความจำเป็นทางการแพทย์ของแต่ละราย นโยบายหรือสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการ หรือลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้รับบริการ มากกว่าจะเป็นผลโดยตรงจากการมี ANC ครบตามเกณฑ์เพียงอย่างเดียว

การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ทำให้รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จริง และได้รับการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับ นอกจากนี้

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นสูง ส่งผลให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ อีกทั้งกระบวนการพัฒนารูปแบบครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การคัดกรอง การวางแผนพฤติกรรม และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลมีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยมีข้อจำกัด ได้แก่ ดำเนินการเฉพาะพื้นที่หนึ่ง ทำให้การอ้างอิงเชิงประชากรยังจำกัด กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และแม้รูปแบบจะครอบคลุมหลายปัจจัย แต่ยังไม่รวมปัจจัยเชิงบริบทบางด้าน เช่น ความเครียดและภาระงาน นอกจากนี้ ระบบข้อมูล ANC–รพ.สต.–ห้องคลอดยังไม่เชื่อมโยงอย่างสมบูรณ์ ทำให้การติดตามผลระยะยาวยังมีข้อจำกัด

ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กระบวนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความเป็นระบบมากขึ้น ทั้งในด้านการให้ความรู้ การประเมินพฤติกรรม และการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงช่วงใกล้คลอด นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้จัดการรายกรณีได้รับการย้ำชัดว่ามีความสำคัญต่อการติดตามหญิงตั้งครรภ์และการค้นหาภาวะเสี่ยงได้ทันท่วงที ระบบติดตามหลายช่องทางร่วมกับอสม. ทำให้การเฝ้าระวังในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งผลลัพธ์ที่ไม่พบการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบในการยกระดับคุณภาพ ANC อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษา ยังชี้แนะแนวทางให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาระบบข้อมูลร่วมและมาตรฐานการคัดกรองที่สอดคล้องกันในเครือข่ายบริการ ซึ่งช่วยเสริมสร้างการจัดบริการฝากครรภ์ที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ จากผลการดำเนินงานพบว่า รูปแบบการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การประเมินความเข้าใจ การวางแผนพฤติกรรม การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงช่วงใกล้คลอด และการติดตามโดย อสม. สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านความต่อเนื่องของบริการและความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น ข้อเสนอแนะที่ควรนำไปใช้ ได้แก่ ประการแรก ควรนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้เป็นมาตรฐานในระบบบริการฝากครรภ์ของทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้กระบวนการคัดกรอง การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษามีความเป็นระบบ ประการที่สอง ควรพัฒนาระบบข้อมูลร่วม ที่เชื่อมโยงระหว่าง ANC–รพ.สต.–ห้องคลอด เพื่อให้การติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดการขาดข้อมูล และเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนรายกรณี ประการที่สาม ควรเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้สามารถคัดกรองอาการผิดปกติและติดตามอาการรายวันได้ เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมต่อระบบบริการกับครอบครัวในชุมชน ควรรวมคู่มือมาตรฐานการให้ความรู้เรื่องสัญญาณอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับมีความสอดคล้องและเป็นระบบเดียวกันและสุดท้าย ควรพัฒนาช่องทางการติดตามที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การใช้โทรศัพท์ ไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันการหลุดติดตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้น้อย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป จากข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ พบประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาต่อยอดดังนี้ คือ สำหรับงานวิจัยการคลอดก่อนกำหนดในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มพลังทางสถิติและการประยุกต์ใช้ผลในระดับประเทศหรือจังหวัด พร้อมทั้งควรรวมปัจจัยเชิงบริบทที่หลากหลาย เช่น ความเครียด ภาระงานหนัก การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์เข้ามาประเมินอย่างเป็นระบบด้วย นักวิจัยควรพัฒนาการวิจัยในรูปแบบ Cohort study หรือ Case–control study เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดในบริบทท้องถิ่นอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลระยะยาวของมารดาและทารกหลังคลอด รวมถึง

ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในเชิงระบบ และควรศึกษานวัตกรรมการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบออนไลน์หรือ Telehealth ควบคู่กับการดูแลในชุมชน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth Dashboard) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงจาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm/index?year=2024
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติป้องกันและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2566.
3. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2566. กลุ่มงานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. ร้อยเอ็ด; 2566.
4. Zhang X, Zhou M, Chen L, Hao B, Zhao G. Risk factors for preterm birth: a case-control study in rural area of western China. Int J Clin Exp Med. 2015;8(3):4527-32.
5. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline: Management of preterm labour. Bangkok: RTCOG; 2023.
6. ฐิตินันท์ สมุทรไชยกิจ, สุนทรี คงสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการป้องกันการคลอดทารกก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดทารกก่อนกำหนดหรือปากมดลูกไม่แข็งแรง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565;37(6):1-9.
7. Thewintharapakti L. Development of a Model for Prevention and Surveillance of Premature Birth by Participation of the District Health Service Network, Nuea Khlong District, Krabi Province. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition). 2024;39(2):71-82.
8. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมในการคัดกรองการคลอดก่อนกาหนด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(1):S64-S69.
9. ประคอง กรรมสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
10. Wastnedge E, Waters D, Murray S R, McGowan B, Chipeta E, Nyondo-Mipando A L, et al. Interventions to reduce preterm birth and stillbirth, and improve outcomes for babies born preterm in low- and middle-income countries: A systematic review. J Glob Health. 2021;11:04050.
11. McLoughlin G, Campbell F, Sworn K. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: An overview of Cochrane systematic reviews. Nurs Health Sci. 2020;22(2):151-9.
12. Kim S-H, Park J H, Jung S-Y, De Gagne J C. Internet-based interventions for preventing premature birth among pregnant women: A systematic review. JMIR Pediatr Parent. 2024;7:e54788.
13. Boobpamala S, Jindapaisan S, Wanniyom N, Thetsahwatwong R. Effectiveness of the preterm labor prevention program for high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023;28(1):71-87.
14. Wang N, Lu J, Zhao Y, Wei Y, Gamble J, Creedy D K. The Use of a Brief Antenatal Lifestyle Education Intervention to Reduce Preterm Birth: A Retrospective Cohort Study. Nutrients. 2022;14(14):2799.

15. Wheeler S M, Massengale K E C, Fitzgerald T A, Truong T, Østbye T, Corneli A, Swamy G K. IMPaCT: A Pilot Randomized Trial of an Intervention to Reduce Preterm Birth Among Non-Hispanic Black Patients at High Risk. Health Equity. 2022;6(1):922-32.
16. Campbell F, Salam S, Sutton A, Jayasooriya S M, Mitchell C, Amabebe E, et al. Interventions for the prevention of spontaneous preterm birth: a scoping review of systematic reviews. BMJ Open. 2022;12(5):e052576.
17. Pervin J, Venkateswaran M, Nu U T, Rahman M, O'Donnell B F, Friberg I K, et al. Association between antenatal care visit and preterm birth: a cohort study in rural Bangladesh. BMJ Open. 2020;10(7):e036699.
18. Pervin J, Venkateswaran M, Nu UT, Rahman M, O'Donnell B F, Friberg I K, Rahman A, Frøen J F. Determinants of utilization of antenatal and delivery care at the community level in rural Bangladesh. PLoS One. 2021;16(9):e0257782.

การประเมินผลการบริหารโครงการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
An Evaluation of Project Management of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office

อนุวัฒน์ วภักดิ์เพชร*
Anuwat Wapagpat
Corresponding author: E-mail: anuwatwapagpat@gmail.com
(Received: October 30, 2025; Revised: November 5, 2025; Accepted: November 25, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการบริหารโครงการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบประเมินผล

วัสดุและวิธีวิจัย : ประเมินผลการบริหารโครงการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยใช้ซิปป์โมเดล กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่รับผิดชอบโครงการด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : กระบวนการโครงการด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานมี 2 ด้านหลัก ได้แก่ (1) ด้านปัจจัยนำเข้า พบปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่ายและไม่เพียงพอของงบประมาณ และภาระงานของบุคลากรที่มากเกินไป และ (2) ด้านกระบวนการ พบปัญหาระบบการติดตามและประเมินผลยังขาดคุณภาพ ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ควรมีการพัฒนาบุคลากรและระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้น (2) ปรับปรุงระบบงบประมาณเพิ่มความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ และ (3) เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและวางแผนโครงการตั้งแต่เริ่มต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : โครงการด้านสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นการประเมินด้านผลผลิต ดังนั้นควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบของโครงการที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลที่แท้จริงของโครงการ และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในอนาคต

คำสำคัญ : การประเมิน; โครงการด้านสาธารณสุข; ซิปป์โมเดล

*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

Abstract

Purposes : To evaluate the management of public health projects of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office and to study the problems, obstacles, and recommendations from the implementation.

Study design : Evaluation research.

Materials and Methods: The public health project management of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office was evaluated using the CIPP Model. The sample group consisted of 60 personnel responsible for health projects working at the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. The research instruments were quantitative and qualitative questionnaires. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis

Main findings : The evaluation of the public health projects of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office in terms of context, input, process, and product was found to be at a high level overall. Problems and obstacles in implementation were found in two main areas: (1) Input, where issues included delays in budget disbursement, insufficient budget, and excessive staff workload. and (2) Process, where the monitoring and evaluation system was found to be lacking in quality. Recommendations from the sample group were: (1) Personnel and work systems should be further developed. (2) The budget system should be improved to increase flexibility in its use. and (3) Staff should be given the opportunity to participate in expressing opinions and planning projects from the beginning.

Conclusion and recommendations : Current public health projects focus on product evaluation. Therefore, research should be conducted to evaluate the long-term impact of key projects on changes in people's health behaviors to determine the true effectiveness of the projects and use the findings to improve public health implementation strategies in the future.

Keyword : Evaluation; Public Health Projects; CIPP Model

*Plan and Policy Analyst, Professional Level, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office.

บทนำ

ในโลกยุคปัจจุบันที่การพัฒนาอย่างยั่งยืนและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) เป็นวาระสำคัญระดับโลก องค์กรสาธารณสุขทุกระดับได้ถูกผลักดันให้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การบริหารจัดการไปสู่ความเป็นเลิศ ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของประชาคมโลกได้แสดงเจตนารมณ์อันแน่วแน่ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ผ่านการขับเคลื่อนระบบราชการด้วยแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่สอดคล้องกับหลักการของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546[1] หลักการดังกล่าวได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องมุ่งเน้นการปฏิบัติภารกิจอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคส่วนสาธารณสุข ซึ่งเป็นงานที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้คน และต้องอาศัยการบูรณาการจากหลายภาคส่วน การดำเนินงานผ่านโครงการ (Projects) จึงถือเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการแปรนโยบายระดับชาติไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการบริหาร กำกับดูแล และสนับสนุนงานสุขภาพในระดับภูมิภาค โดยต้องเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลาย ทั้งในด้านระบาดวิทยาของโรค (Epidemiological Transition) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การบริหารโครงการที่ สสจ. ดำเนินการอยู่ จึงไม่ได้เป็นเพียงการทำกิจกรรมให้ครบตามแผน แต่ต้องสร้างผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ที่ยั่งยืนต่อสุขภาพของชุมชน การประเมินผลโครงการจึงเป็นเครื่องมือที่ขาดไม่ได้ในการสร้างหลักประกันถึงความสำเร็จและความคุ้มค่าของการลงทุนการเลือกใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลที่ครอบคลุม เช่น CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยมีคุณสมบัติในการประเมินตั้งแต่ก่อนเริ่มโครงการ (Context & Input) ระหว่างดำเนินการ (Process) และหลังสิ้นสุดโครงการ (Product) ทำให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจและปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างรอบด้านและทันท่วงที

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่ามีข้อจำกัดและความท้าทายที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในหลายพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานอย่างเป็นระบบ ปัญหาหลักที่ปรากฏชัดเจนคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับด้านปัจจัยนำเข้า (Input) งานวิจัยหลายชิ้นได้สะท้อนถึงความไม่สมดุลของทรัพยากรที่ได้รับกับภารกิจที่ต้องดำเนินการ อาทิ งานประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของ สสจ. มหาสารคาม[2] และ สสจ.ตรัง[3] ต่างยืนยันว่าหน่วยงานประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในบางสาขา งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ และวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่สอดคล้องต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยที่ศึกษาใน สสจ. อุตรดิตถ์[4] ก็ยังระบุถึงปัญหาเชิงคุณภาพที่สำคัญ นั่นคือ บุคลากรมีภาระงานสูง (High Workload) และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดขาดความต่อเนื่อง ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้สอดคล้องกับผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครในอดีตเอง[5] ที่พบว่าการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่จังหวัดสกลนครยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

นอกจากปัญหาด้านทรัพยากรแล้ว ด้านกระบวนการ (Process) ก็เป็นอีกหนึ่งจุดอ่อนที่พบในการบริหารโครงการ งานวิจัยส่วนใหญ่มักชี้ให้เห็นว่าระบบการติดตามและประเมินผลยังขาดประสิทธิภาพและขาดความต่อเนื่อง[2] การกำกับติดตามงานมักมุ่งเน้นที่การรวบรวมเอกสารรายงานมากกว่าการลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนและให้คำปรึกษา (Supportive Supervision) ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานจริง การขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการในการวางแผนตั้งแต่ต้น ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โครงการไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการในพื้นที่อย่างแท้จริง[4] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินงานโครงการไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

ได้อย่างเต็มศักยภาพ และยากต่อการสร้างผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

จากความสำคัญของการประเมินผลการบริหารโครงการภายใต้หลักการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ และความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบที่ปรากฏในงานวิจัยที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ ภาระงานที่มากเกินไป และระบบการกำกับติดตามที่ขาดคุณภาพในพื้นที่จังหวัดสกลนคร การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินผลการบริหารโครงการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครอย่างเป็นระบบและเจาะลึก โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เพื่อค้นหาต้นตอของปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างละเอียด ครอบคลุมทั้งด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย การปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของโครงการ และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสกลนครได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการบริหารโครงการด้านสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluative Research) โดยใช้รูปแบบการประเมินผลรูปแบบซิปป์ (CIPP model) ดำเนินการเก็บข้อมูลในไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่รับผิดชอบโครงการด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 60 คน เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนไม่มาก (60 คน) ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาในประชากรทั้งหมด (Census) โดยไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น ได้แก่ ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่, ประสบการณ์ในการทำงาน, และจำนวนโครงการที่รับผิดชอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) จำนวน 5 ข้อ, การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จำนวน 5 ข้อ, การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จำนวน 5 ข้อ, และการประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) จำนวน 5 ข้อ จากนั้นแปรผลข้อมูลทั้งหมด นำมาจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33), ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67), และมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ส่วนที่ 3 ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 2 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-ended Questions) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity

index: CVI) เท่ากับ 0.90 จากนั้น ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านโครงการสาธารณสุขของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ได้ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยระบุในแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยส่งหนังสือไปยังกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยแนบ QR code แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุกๆ วัน หากได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดแล้วผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขอนุมัติ SKN REC 2025-065 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาด ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ (Project Manager) ร้อยละ 66.67 ประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.67 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 18.45 ปี (SD.=8.30) รับผิดชอบ/มีส่วนร่วมจำนวน 4 โครงการ มากที่สุด ร้อยละ 48.33 และรับผิดชอบ/มีส่วนร่วมกับโครงการเฉลี่ย 3.37 โครงการ (SD.=1.09) ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=60)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ในโครงการ		
ผู้รับผิดชอบโครงการ (Project Manager)	40	66.67
คณะทำงาน/ผู้ปฏิบัติงานในโครงการ (Team Member/Staff)	15	25.00
ผู้บริหาร/ผู้กำกับดูแลโครงการ (Supervisor)	5	8.33
2. ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ		
1 ถึง 5 ปี	6	10.00
6 ถึง 10 ปี	8	13.33
11 ปีขึ้นไป	46	76.67
Mean=18.45, SD.=8.30		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. จำนวนโครงการที่รับผิดชอบ/มีส่วนร่วมกับโครงการ		
1 โครงการ	3	5.00
2 โครงการ	12	20.00
3 โครงการ	11	18.33
4 โครงการ	29	48.33
5 โครงการ	4	6.67
6 โครงการ	1	1.67
Mean=3.37, SD.=1.09		

2. การบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านบริบท คือ การประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการกับนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสกลนคร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลการบริหารโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านบริบท

ด้านบริบท (Context Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล	4.67	0.57	มาก
2. วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	4.68	0.60	มาก
3. วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับนโยบายของเขตสุขภาพที่ 8	4.60	0.62	มาก
4. โครงการสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสกลนครได้จริง	4.37	0.82	มาก
5. โครงการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในจังหวัดสกลนครได้จริง	4.17	0.89	มาก
เฉลี่ยรวม	**4.50**	**0.60**	**มาก**

3. การบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านปัจจัยนำเข้า คือ การประเมินความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผน, ความเหมาะสมของศักยภาพทีมงานในการดำเนินโครงการให้สำเร็จ, ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยี ที่ใช้สนับสนุนการทำงาน, และคุณภาพของแผนการดำเนินงาน คือ ความชัดเจน ความสมเหตุสมผล และความเป็นไป ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลการบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมีความเพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดตามแผน	4.13	0.93	มาก
2. จำนวนและศักยภาพของบุคลากรในทีมงานมีความเหมาะสมต่อการดำเนินโครงการ	4.22	0.80	มาก
3. วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้สนับสนุนการทำงานมีความพร้อมและเพียงพอ	4.02	0.91	มาก
4. แผนการดำเนินงานของโครงการมีความชัดเจน สมเหตุสมผลและนำไปปฏิบัติได้จริง	4.30	0.74	มาก
5. ระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับการดำเนินโครงการทั้งหมดมีความเหมาะสมและเพียงพอ	4.30	0.74	มาก
เฉลี่ยรวม	**4.19**	**0.70**	**มาก**

4. การบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านกระบวนการ คือ การประเมินการดำเนินกิจกรรมตามแผน ขั้นตอน และระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน, ความราบรื่นและประสิทธิภาพของการสื่อสารภายในทีมงานและการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง, ประสิทธิภาพของกระบวนการกำกับติดตามความก้าวหน้าและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ, และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานและตัดสินใจในโครงการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลการบริหารโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เป็นไปตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผน	4.23	0.77	มาก
2. การสื่อสารภายในทีมและการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ	4.15	0.68	มาก
3. มีกระบวนการกำกับติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ	4.08	0.77	มาก
4. ท่านได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและร่วมตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญของโครงการ	4.23	0.96	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
5. มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของโครงการและนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ	3.87	1.11	มาก
เฉลี่ยรวม	**4.11**	**0.66**	**มาก**

5. การบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านผลผลิต คือ การประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ที่กำหนดไว้, คุณภาพของผลงานหรือผลผลิตที่เกิดขึ้นจากโครงการในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน, ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อผลสำเร็จของโครงการ, และประโยชน์ของโครงการที่เกิดขึ้นจริงต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายและต่อองค์กร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลการบริหารโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ด้านกระบวนการ

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)	Mean	SD.	ระดับ
1. โครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ที่กำหนดไว้	4.23	0.74	มาก
2. ผลงานหรือผลผลิตที่เกิดขึ้นจากโครงการมีคุณภาพในมุมมองของท่าน	4.33	0.71	มาก
3. ท่านมีความพึงพอใจต่อผลสำเร็จโดยรวมของโครงการที่ท่านรับผิดชอบ	4.35	0.84	มาก
4. โครงการที่ทำได้สร้างประโยชน์ที่แท้จริงต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายและองค์กร	4.35	0.78	มาก
5. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการมีแนวโน้มที่จะเกิดความต่อเนื่องหรือยั่งยืนในระยะยาว	4.22	0.85	มาก
เฉลี่ยรวม	**4.30**	**0.69**	**มาก**

6. ปัญหาหรืออุปสรรคการบริหารโครงการ จากการรวบรวมและจัดกลุ่มข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบริหารโครงการด้านสาธารณสุข สามารถแบ่งประเด็นปัญหาที่สำคัญได้ 5 ด้านหลัก ดังนี้

6.1 ด้านบุคลากร เป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง ภาระงานที่มากเกินไปของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีงานประจำอยู่แล้ว ทำให้การทำงานโครงการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และปัญหาการขาดความต่อเนื่องของบุคลากร เนื่องจากการโยกย้ายหรือลาออก ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงัก

6.2 ด้านงบประมาณ ปัญหาสำคัญคือ ความไม่เพียงพอ

ของงบประมาณ ที่ได้รับจัดสรร และ ความล่าช้าของกระบวนการอนุมัติและเบิกจ่าย ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการจัดกิจกรรมตามแผนงาน

6.3 ด้านการวางแผนและการสั่งการ ปัญหาหลักเกิดจากนโยบายจากส่วนกลางไม่ชัดเจนและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สับสน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนการวางแผน ทำให้แผนงานไม่สอดคล้องกับบริบทจริง

6.4 ด้านการสื่อสารและการประสานงาน พบปัญหาการสื่อสารสั่งการที่ไม่ชัดเจนและล่าช้า จากระดับบนสู่ระดับปฏิบัติ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังขาดความราบรื่น

6.5 ด้านการติดตามและประเมินผล ปัญหาคือขาดรูปแบบการติดตามผลที่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การรวบรวมเอกสารมากกว่าการลงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหา และ ขาดการนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาโครงการต่อไปอย่างเป็นระบบ

7. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการบริหารโครงการ จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะแนวทางในการพัฒนากระบวนการบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยสามารถจัดกลุ่มข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับปัญหาข้างต้นได้ดังนี้

7.1 ด้านบุคลากร เสนอให้มีการจัดอบรมเพิ่มทักษะการบริหารโครงการ อย่างต่อเนื่อง และ สร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เพื่อช่วยเหลือผู้รับผิดชอบโครงการรายใหม่

7.2 ด้านงบประมาณ เสนอให้เพิ่มความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณ และพัฒนาระบบเพื่อ เร่งรัดกระบวนการเบิกจ่ายให้รวดเร็วยิ่งขึ้น

7.3 ด้านการวางแผน เสนอให้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ตั้งแต่ขั้นตอนการริเริ่มและวางแผนโครงการ และผู้บริหารควร สร้างความชัดเจนของนโยบายก่อนถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

7.4 ด้านการสื่อสารและการติดตามผล เสนอให้ใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและรวดเร็ว เช่น การใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ และพัฒนารูปแบบการติดตามผลเชิงคุณภาพที่เน้นการลงพื้นที่ให้คำแนะนำ (Supportive Supervision) ควบคู่ไปกับการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดำเนินโครงการ

วิจารณ์

1. ด้านบริบท (Context Evaluation) ผลการวิจัยพบว่า โครงการที่จัดทำขึ้น มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สำคัญ แสดงให้เห็นถึงความสามารถขององค์กรในการแปลงนโยบายระดับชาติมาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ได้อย่างมีทิศทาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam[6] ที่ระบุว่าการประเมินบริบท (Context) ที่ดีจะช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมายที่ตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นได้อย่างแท้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[2-4] พบว่า มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยท่านอื่นที่ประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาการประเมินแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร[5] กลับพบว่าผลการประเมินด้านบริบทโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่อยู่ในระดับมาก ความแตกต่างนี้อาจมาจากขอบเขตของการประเมิน (การประเมินแผนยุทธศาสตร์เทียบกับการประเมินการบริหารโครงการ) หรือ กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล (บุคลากรด้านนโยบายและแผนเทียบกับผู้รับผิดชอบโครงการและคณะทำงาน) รวมถึงช่วงเวลาของการประเมินที่ต่างกัน อาจทำให้อัตราการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามต่อความสอดคล้องของนโยบายและโครงการแตกต่างกันได้

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในเรื่องของความเหมาะสมของศักยภาพบุคลากรและคุณภาพของแผนการดำเนินงาน แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหา/อุปสรรค ที่สำคัญที่สุดด้านหนึ่งคือ ภาระงานที่มากเกินไปและการขาดความต่อเนื่องของบุคลากร ซึ่งเป็นประเด็น

ที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับรู้ว่ามีอยู่จริง แม้จะให้คะแนนด้านความเหมาะสมของจำนวนและศักยภาพบุคลากรในเชิงปริมาณอยู่ในระดับมากก็ตาม

3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลด้านกระบวนการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องของการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[2-3] พบว่ามีข้อค้นพบที่คล้ายกันในหลายประเด็น แต่จุดที่ต้องพัฒนา/อุปสรรคที่สอดคล้องกันคือ (1) การติดตามและประเมินผลที่มีคุณภาพ (เน้นการให้คำแนะนำและ Feedback ไม่ใช่แค่การรายงาน) และ (2) การมีส่วนร่วมและการสื่อสาร ซึ่งเป็นช่องว่างช่องว่างในการพัฒนาด้านการสื่อสารแนวดิ่ง (นโยบาย) และแนวราบ (การประสานงาน)

4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation) ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลด้านผลผลิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นด้านที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในบรรดา 4 ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความพึงพอใจต่อผลสำเร็จและการสร้างประโยชน์ที่แท้จริงต่อประชาชนและองค์กร แม้ตัวชี้วัดจะบรรลุผล แต่ยังมีข้อสังเกตเกี่ยวกับผลลัพธ์ระยะยาวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ[2,7] เห็นตรงกันว่าผลลัพธ์ด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน หรือยังไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาความยั่งยืนของโครงการ และการนำผลลัพธ์มาใช้ในการวางแผนโครงการต่อไป

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีการประเมินที่ครอบคลุมและเป็นระบบ กล่าวคือเป็นการประเมินโครงการครอบคลุม 4 มิติ (บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต) ตลอดวงจรชีวิตโครงการอย่างเป็นระบบ โดยไม่มุ่งเน้นเพียงผลลัพธ์ปลายทาง (Product) เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เฉพาะเจาะจงและปฏิบัติได้จริงใน 4 ด้าน (บุคลากร งบประมาณ การวางแผน การติดตาม) แต่การวิจัยครั้งนี้ก็ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) และใช้ข้อมูลจากบุคลากรใน สสจ.สกลนครเท่านั้น ดังนั้นการนำผลการสรุปและข้อเสนอแนะไปใช้กับ สสจ.อื่น ๆ ที่มีบริบท งบประมาณ หรือโครงสร้างบุคลากรที่แตกต่างกัน อาจต้องใช้ความระมัดระวัง รวมถึงการประเมินนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามความคิดเห็น (Self-Reported Data) ซึ่งผู้ตอบเป็นผู้รับผิดชอบโครงการโดยตรง อาจมีความเสี่ยงที่ผู้ตอบจะให้คะแนนด้านกระบวนการและผลผลิตสูงกว่าความเป็นจริงเพื่อแสดงให้เห็นว่าโครงการที่ตนเองรับผิดชอบประสบความสำเร็จ แม้ผลเชิงคุณภาพจะชี้ว่ามีปัญหาก็ตาม เป็นต้น และที่สำคัญคือ โครงการสาธารณสุขยังขาดการประเมินผลกระทบระยะยาว (Impact) ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบร่วมกันในงานวิจัยอื่น งานวิจัยนี้จึงยังไม่สามารถสรุปผลของโครงการในเชิงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งรัดกระบวนการเบิกจ่ายและบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารจัดการภาระงานและบุคลากร พัฒนาระบบการกำกับติดตามที่มีคุณภาพ และออกแบบตัวชี้วัดที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based KPIs) โดยเพิ่มตัวชี้วัดผลกระทบ นอกเหนือจากตัวชี้วัดผลผลิต และควรเพิ่มการติดตามตัวชี้วัดที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือการลดอัตราความเสี่ยงโรค (Outcome/Impact) เพื่อประเมินความยั่งยืนของโครงการ

2. ปรับปรุงนโยบายการจัดสรรงบประมาณให้มีความยืดหยุ่นและรวดเร็วยิ่งขึ้น และปรับปรุงนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยพิจารณาทบทวนโครงสร้างการบริหารงานและภาระงาน (Workload) โดยเฉพาะงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธกิจหลัก ควรมีการมอบหมายงานอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับขีดความสามารถและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริง เพื่อลดความเครียดและ

ภาระงานที่มากเกินไป

3. ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบ (Impact) ของโครงการที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลที่แท้จริงของโครงการ และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และคณะผู้บริหารทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอแนะแนวทางการวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีและขอขอบคุณบุคลากรที่รับผิดชอบโครงการด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ ทำให้การวิจัยเสร็จสิ้นทันภายในเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2546.
2. สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, อุดม บุบผาทาเต. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):159-73.
3. เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์. การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567. 2567;9(4):159-73.
4. สุภาณี สุขะนาคินทร์. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2563;2(1):14-27.
5. สว่างทิพย์ มีดี. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(3):380-9.
6. Stufflebeam D L. For applying CIPP evaluation model checklist: A tool the CIPP model to assess projects and programs. Western Michigan University [Internet]. 2015 [cited 3 Sep 2025]. Available from: http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/dzienne/cipp-model-stufflebeam2015.pdf
7. วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี. การประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(1):59-71.

ผลของโปรแกรมให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง
Effects of maternal education program on newborn care behavior to prevent jaundice

ศจี สุวรรณศรี* ดวงใจ นิ่มวัฒนกุล**
Sajee Suwannasri, Duangjai Nimwattanakul
Corresponding author: E-mail: sajeesuwannasri2521@gmail.com
(Received: October 26, 2025; Revised: November 3, 2025; Accepted: November 29, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองกับกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอดบุตรที่ไม่จำกัดวิธีการคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและทารกแรกเกิดครบกำหนดตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย วัดหลังการทดลองครั้งเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการให้นมมารดาและแบบสอบถามพฤติกรรมการประเมินทารกตัวเหลือง ผ่านการตรวจสอบโดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 และ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง กลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมมารดามากกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .017$) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการประเมินภาวะตัวเหลืองในทั้งสองกลุ่มมีค่าไม่แตกต่างกัน ($p = .134$) ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลร้อยละในตาราง พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติทำทุกครั้งสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะช่วยให้มารดาสามารถประเมินภาวะตัวเหลืองได้อย่างถูกต้อง

สรุปและข้อเสนอแนะ : การนำโปรแกรมไปใช้ในการบริการพยาบาลผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มทักษะการให้นมมารดา ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดทุกคนโดยเฉพาะมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองเพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอและถูกวิธี

คำสำคัญ : พฤติกรรม; ทารกแรกเกิด; ภาวะตัวเหลือง; โปรแกรมการให้ความรู้

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare maternal behavior in caring for newborns to prevent hyperbilirubinemia between the group of mothers who received the educational program on newborn care for hyperbilirubinemia prevention and the group of mothers who received routine nursing care.

Study Design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The participants were full-term mothers who delivered at Roi Et Hospital, special monk's ward, 3rd floor, regardless of delivery method and without complications, and their full-term newborns, between May 1, 2025, and July 31, 2025. The study involved two groups, totaling 40 subjects, divided into a control group20 and an experimental group 20. Measurements were taken once after the experiment. Data were collected using questionnaires on maternal breastfeeding behavior and questionnaires on hyperbilirubinemia assessment behavior, which were validated by three experts. The Cronbach's alpha coefficients were 0.76 and 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, percentage, and standard deviation.

Main finding : The comparison of behavior scores between the group of mothers who received routine nursing care and the group of mothers who received the educational program for hyperbilirubinemia prevention showed that the experimental group had significantly better breastfeeding skills than the control group ($p = .017$), which was statistically significant ($p < .05$). The assessment of hyperbilirubinemia in both groups was not significantly different ($p = .134$), which was statistically greater than the determined significance level ($p > .05$). However, a consideration of the percentage data in the table revealed that the experimental group performed "always" higher than the control group for every item, indicating a tendency for the program to help mothers correctly assess hyperbilirubinemia.

Conclusion and recommendations : The application of the program in nursing services confirmed that the program for hyperbilirubinemia prevention was clearly effective in enhancing maternal breastfeeding skills. Therefore, this program should be applied to educate all postpartum mothers, especially those with risk factors for hyperbilirubinemia, to ensure their infants receive adequate and proper milk.

Keywords : Behavior; Newborn; Hyperbilirubinemia; Educational Program

*Professional Nurse, Roi-Et Hospital.

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดหลังคลอดที่พบบ่อยในประเทศสหรัฐอเมริกามีสถิติการเกิด ภาวะตัวเหลืองร้อยละ 60-70 ในทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด และร้อยละ 80 ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด สำหรับประเทศไทย ภาวะตัวเหลืองพบร้อยละ 50.0 ของปัญหาสุขภาพในทารกแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองเป็นภาวะความผิดปกติที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด โดยพบได้ถึงร้อยละ 25.0 – 60.0[1] ทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่มีระดับบิลิรูบินสูงเกิน 20 มล.ดล. และทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีระดับบิลิรูบินอยู่ระหว่าง 20 - 25 มล.ดล. หรือสูงกว่าหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า บิลิรูบินจะผ่านแนวกั้นสมอง (Blood brain barrier) เข้าไปสะสมในเนื้อสมองบริเวณ Basal ganglia ก่อให้เกิดพยาธิสภาวะทางสมองอย่างฉับพลัน (Acute bilirubin encephalopathy) ซึ่งจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้องเสียงแหลม ดูดนมได้น้อย ซึ่งถ้าหากภาวะนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะพัฒนาทำให้เกิดความผิดปกติที่เห็นได้ชัด คือ อาการเกร็งหลังแอ่นและชักได้ (Kernicterus)[2] ภาวะชักจากสารบิลลิรูบิน จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติแบบเรื้อรัง และเกิดความสูญเสียแบบถาวรได้ เช่น สมองพิการ สูญเสียการได้ยิน ความบกพร่องด้านสติปัญญา[3] และส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าจนทำให้ปริมาณน้ำนมมารดาหลังคลอดมีน้อยไม่ เพียงพอต่อความต้องการของทารก สำหรับประเทศไทยภาวะตัวเหลืองพบร้อยละ 50.0 ของปัญหาสุขภาพในทารกแรกเกิดทั้งหมดส่วนใหญ่พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาพ (Physiological jaundice) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวทางการป้องกัน ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เน้นที่การให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาและแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองยังมีน้อย เมื่อกลับไปอยู่ บ้านทารกเกิดภาวะตัวเหลืองได้เนื่องจากได้รับการดูแลจากมารดาไม่ถูกต้อง ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ โดยพบว่ามารดาไม่ปลุกทารกดูดนมเมื่อหลับนานเลยเวลาให้นม ไม่มีการอุ้มเรอหลังดูดนมและให้ทารกกินนมผสมและนมมารดาแล้วตามด้วยน้ำ[4] ป้อนนมทารกไม่เพียงพอ ไม่ตรงเวลา ไม่สังเกตการขับถ่ายของทารก นอกจากนี้ มารดายังขาดความรู้ในการประเมินภาวะตัวเหลือง[5]

จากสถิติการให้บริการทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ พ.ศ.2565, 2566 และ 2567 ทั้งหมด 2,879 ราย 2,831 ราย และ 2,411 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีทารกมีภาวะตัวเหลืองต้องรับการรักษาโดยการส่องไฟ 1,180 ราย 1,105 ราย และ 833 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 40.98, 39.03 และ 34.54[6] ภาวะตัวเหลืองดังกล่าวแพทย์ได้มีการรักษาโดยการส่องไฟส่งผลให้ทารกมีระยะเวลาในการนอนรักษาที่โรงพยาบาลที่นานขึ้นและกระทบทั้งด้านครอบครัว สภาพจิตใจของบิดามารดา เศรษฐกิจ สังคม ตัวชี้วัดในโรงพยาบาลและตัวทารกเอง ในการดำเนินการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลจะให้การดูแลโดยแนะนำมารดาให้เข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding และสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก แต่ยังพบว่ามารดาบางรายยังไม่พร้อมในการดูแลทารก ไม่นำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมโดยไม่สังเกตการขับถ่ายของทารกและขาดความรู้ในการสังเกตอาการเหลืองของทารกที่ผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล บริบทข้างต้นสะท้อนว่า มารดายังขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดที่ไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่การให้ คำแนะนำมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดมักเป็นแบบอธิบายด้วยคำพูด ไม่มีสื่อที่ใช้ประกอบการสอน ตลอดจนยังไม่มีรูปแบบการสอน การให้ข้อมูลความรู้สำหรับมารดาให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในปัจจุบัน ซึ่งการเรียนรู้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในห้องเรียนอีกต่อไป เราสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้จากแพลตฟอร์มต่างๆ ไม่ว่าจะอยู่สถานที่แห่งใดก็สามารถรับข้อมูลข่าวสารได้แค่มี โทรศัพท์เคลื่อนที่และอินเทอร์เน็ต การที่มารดาจะกระทำการดูแลทารกได้นั้นต้องได้รับความรู้และสิ่งสนับสนุนที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรม

การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองโดยใช้แนวคิดทฤษฎีขอโอเร็ม (Orem) ประกอบด้วยการให้ความรู้โดยการสอนข้างเตียง ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ท่าในการให้นมบุตรที่ถูกวิธี ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด และการสังเกตอาการตัวเหลืองของบุตรร่วมกับแอปพลิเคชัน QR code ประกอบสื่อการสอน ฝึกทักษะในการดูแลทารกโดยการสอนสาธิตและให้มารดาสาธิตย้อนกลับและการเตรียมพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้มารดาเห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน เนื้อหา และสื่อการนำเสนอที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย สะดวกในการนำมาใช้ สามารถทบทวนเนื้อหาต่างๆ ได้ตามต้องการทุกเวลา ช่วยมารดาในการ ตัดสินใจ นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง จากผลการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองของกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมความรู้ สูงกว่ากลุ่มให้การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.5$)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองกับกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียวที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองในกลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอดบุตรที่ไม่จำกัดวิธีการคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองกับกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีสุขภาพดี (Well baby) จากการวินิจฉัยของแพทย์มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่า 2,500 กรัม และมารดาทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดโดยไม่จำกัดชนิดของการคลอด มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ ถึง 42 สัปดาห์ ที่เข้ารับการบริการในแผนกสูติกรรมหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ

1. ทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีสุขภาพดี (Well baby) จากการวินิจฉัยของแพทย์มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ตึกพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงระยะเวลาเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2568

2. มารดาคลอดครบกำหนดโดยไม่จำกัดชนิดของการคลอด มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ ถึง 42 สัปดาห์ ที่เข้าการักษาพยาบาลในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ตึกพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงระยะเวลาเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกำหนดการคัดแยกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. มารดาไม่มีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด

2. มารดาวางแผนให้นมมารดาแก่ทารก และมารดายินดี และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. มารดาไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน พูดมองเห็นและใช้ภาษา

4. มารดาสามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

5. มารดามีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันได้

6. มารดา ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ตลอดการวิจัย โดยลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล บุตรมีอาการตัวเหลืองจนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะตัวเหลือง

2. มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังคลอด รวมทั้งหมด 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง ขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Orem ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการสอนข้างเตียงผ่านแอปพลิเคชั่น QR CODE ประกอบการสอน ฝึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกวิธี ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด การสังเกตอาการตัวเหลืองของบุตร ฝึกทักษะในการดูแลทารกโดยการสอนสาธิตและให้มารดาสาธิตย้อนกลับและการเตรียมพร้อมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน การประเมินความสามารถในดูแลทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก

1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วย อายุ เบอร์โทรศัพท์ ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับการคลอด รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส เคยคลอดบุตรที่มีภาวะตัวเหลือง ประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

2) ข้อมูลทั่วไปทารกประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกเกิด วิธีการคลอด ภาวะสุขภาพทารก

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกเกิด แบ่งเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการให้นมมารดา 14 ข้อ พฤติกรรมการประเมินทารกตัวเหลือง 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ทำเลย (1 คะแนน)

2.3 แบบบันทึกระดับ Bilirubin ในกระแสเลือดของทารก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. คัดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดไม่จำกัดวิธีคลอด มาคลอดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในช่วงระยะเวลาเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 หอผู้ป่วยตึกพิเศษสงฆ์ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ มารดาได้รับคำแนะนำและความรู้จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีลักษณะเป็นรายบุคคล มีเนื้อหาครอบคลุมการให้นมมารดาและการประเมินภาวะตัวเหลือง ในวันที่ 1 หลังคลอด โดยพยาบาลประเมินความพร้อมและเต้านมของมารดา ก่อนให้คำแนะนำแก่มารดาในการให้นมแก่ทารก ทำการประเมินการให้นมของมารดาหากมารดามีปัญหาเรื่องการให้นม เช่น หัวนมสั้น บอด เป็นต้น จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและการประเมินภาวะตัวเหลือง พยาบาลให้คำแนะนำแก่มารดาในการสังเกตอาการตัวเหลือง และแนะนำให้ปลุกทารก

ดูดนมทุก 2- 3 ชั่วโมง และได้แจกหนังสือคำแนะนำมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่ จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยมีการดำเนินกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาทีและมีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังคลอด) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ซักถามด้วยความเป็นกันเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ

2. การให้ข้อมูล โดยการประเมินความรู้ของมารดาก่อนจึงดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกวิธี ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด การสังเกตอาการตัวเหลืองของบุตร

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 หลังคลอด) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1. การทบทวนความรู้ โดยทำการสอบถามมารดาถึงเนื้อหาสาระที่สำคัญ ตามแผนการสอน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถาม และมารดาเป็นผู้ตอบ เมื่อมารดามีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายให้มารดาได้รับข้อมูลความรู้ในหัวข้อที่มารดาเกิดความไม่เข้าใจซ้ำจนกว่าจะเข้าใจ

2. การสร้างทักษะ การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง โดยการสอนสาธิตการให้นมบุตรที่ถูกวิธี ด้านมารดา เช่นสอนท่าในการเข้าเต้าที่ถูกวิธี ด้านทารก เช่น การอมหัวนม การกลืน ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุปกรณ์ในการจัดท่าเพื่อช่วยในการให้นม มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ผ่อนคลาย และเตรียมมารดาให้พร้อมก่อนทำกิจกรรม สรุปผลการปฏิบัติ นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 หลังคลอด) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1. การทบทวนความรู้ซ้ำ โดยสอบถามมารดาถึงเนื้อหาที่สำคัญตามแผนการสอน

2. การทบทวนทักษะ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกวิธี การสังเกตอาการตัวเหลืองของบุตร เพื่อให้มารดาเกิดความชำนาญ และได้เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชำนาญและแก้ไขปัญหาที่พบ ก่อนจำหน่าย

3. วัดระดับ Bilirubin ทางผิวหนังก่อนจำหน่ายทุกราย

4. ใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมของมารดาประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการให้นมมารดา และแบบสอบถามพฤติกรรมการประเมินทารกตัวเหลือง

ระยะที่ 2 (ที่บ้าน) 2 สัปดาห์หลังคลอด

1. มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์

2. มี ไลน์กลุ่ม เพื่อให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยและมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลข่าวสาร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อพิจารณาความเห็นชอบ

2. เมื่อได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว รับรองเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2568 เลขที่ RE104/2568 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย มารดาหลังคลอดเมื่อมารดาหลังคลอดยินยอมจึงได้เซ็นใบยินยอมโดยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและจะได้รับการรักษาตามปกติที่เคยปฏิบัติมา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะประชากร

ที่ค่อนข้างใกล้เคียงกันมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 50.0 และ 52.5 กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 และ 45.0 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาร้อยละ 50.0 และ 45.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านร้อยละ 30.0 และ 45.0 ลำดับการคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดลำดับที่ 2 ร้อยละ 45.0 และ 55.0 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 85.0 และ 65.0 สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 95.0 และ 70.0 เคยคลอดบุตรที่มีภาวะตัวเหลือง ร้อยละ 80.0 และ 90.0 ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา ร้อยละ 65.0 และ 50.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองทารกแรกเกิดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 30 ปี	10	50.0	11	52.5
มากกว่า 30 ปี	10	50.0	9	45.0
การศึกษา				
มัธยมศึกษา	10	50.0	9	45.0
ปวช. /ปวส.	2	10.0	5	25.0
ปริญญาตรี	8	40.0	6	35.0
อาชีพ				
แม่บ้าน	6	30.0	9	45.0
ค้าขาย	3	15.0	6	30.0
รับจ้าง	7	35.0	4	20.0
รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	0	0.0
ข้าราชการ	1	5.0	1	5.0
พนักงานราชการ	2	10.0	0	0.0
ลำดับการคลอด				
1	7	35.0	8	40.0
2	9	45.0	11	55.0
3	4	20.0	1	5.0
รายได้				
เพียงพอ	17	85.0	13	65.0
ไม่เพียงพอ	3	15.0	7	35.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส				
คู่	19	95.0	14	70.0
โสด	1	5.0	6	30.0
เคยคลอดบุตรที่มีภาวะตัวเหลือง				
ไม่เคย	16	80.0	18	90.0
เคย	4	20.0	2	10.0
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา				
มี	13	65.0	10	50.0
ไม่มี	7	35.0	10	50.0

พบว่า ทักษะการให้นมมารดากลุ่มทดลองมีสัดส่วนการปฏิบัติทักษะ “ทำทุกครั้ง” ในทุกข้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในข้อที่สำคัญ เช่น การกระตุ้นมุมปากทารกร้อยละ 90.0 และ 65.0 การสังเกตการตึงตัวของเต้านมร้อยละ 95.0 และ 65.0 และการให้ทารกดูดนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 90.0 และ 60.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามทักษะโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อที่	ทักษะที่ปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)		
		จำนวน(ร้อยละ)			จำนวน(ร้อยละ)		
	การให้นมมารดา	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
1	ล้างมือก่อนให้นมทารกทุกมื้อ	13(65.00)	7(35.00)	0(0.00)	17(85.00)	3(15.00)	0(0.00)
2	อุ้มทารกวางขวางไว้บนตักให้ท้ายทอยของทารกวางอยู่ที่บริเวณแขนของมารดาปลายแขนของมารดาซ้อนไปที่ส่วนหลังและก้นของทารก ตะแคงตัวลูกเข้าหาเต้านมให้หน้าอกลูกและมารดาชิดกันมืออีกข้างพยุงเต้านม	15(75.00)	5(25.00)	0(0.00)	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	ทักษะที่ปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)		
		จำนวน(ร้อยละ)			จำนวน(ร้อยละ)		
	การให้นมมารดา	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
3	ให้ทารกดูดนมโดยปากของทารกงับถึงลานนม	15(75.00)	5(25.00)	0(0.00)	17(85.00)	3(15.00)	0(0.00)
4	สังเกตว่าได้ยินเสียงกลืนนมขณะดูด	13(65.00)	7(35.00)	0(0.00)	19(95.00)	1(5.00)	0(0.00)
5	ให้ทารกดูดนมเต้าแรกเต้าจนเต้านมนิ่มจึงเปลี่ยนให้ดูดอีกข้างระยะเวลาไม่เกิน 15-20 นาที/มื้อ	1050.00	9(45.00)	1(5.00)	14(70.00)	6(30.00)	0(0.00)
6	กระตุ้นทารก โดยการเขี่ยมุมปากทารก เมื่อทารกหยุดดูดนม	13(65.00	7(35.00)	0(0.00)	18(90.00)	2(10.00)	0(0.00)
7	สังเกตความตึงของเต้านมก่อนและหลังให้นมทารก	13(65.00)	6(30.00)	1(5.00)	19(95.00)	1(5.00)	0(0.00)
8	ไม่ให้ทารกดูดน้ำหลังให้ดูดนมมารดาอิ่ม	17(85.00)	2(10.00)	1(5.00)	18(90.00)	2(10.00)	0(0.00)
9	ไล่ลมเพื่อให้ทารกเรอหลังดูดนมโดยการอุ้มฟาดบ่าทุกครั้ง	15(75.00)	5(25.00)	0(0.00)	17(85.00)	3(15.00)	0(0.00)
10	ปลุกทารกให้ดูดนมเมื่อทารกหลับนานเลยมื้อนมนานกว่า 2-3 ชั่วโมง	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)	17(85.00)	3(15.00)	0(0.00)
11	ให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมงหลังคลอดหรือตามความต้องการของทารก	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)
12	ให้ทารกดูดนมมารดาอย่างเดียว	12(60.00)	8(40.00)	0(0.00)	18(90.00)	2(10.00)	0(0.00)
13	ให้ทารกดูดนมโดยปากของทารกงับถึงลานนม	14(70.00)	6(30.00)	0(0.00)	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)
14	ห้ทารกดูดนมจนกว่าทารกจะหยุดดูดนมเอง	18(90.00)	2(10.00)	0(0.00)	19(95.00)	1(5.00)	0(0.00)

กลุ่มทดลองมีทักษะการประเมินทารกตัวเหลืองที่ดีกว่าอย่างชัดเจน เช่น การใช้นิ้วมือรีดผิวหนังเพื่อประเมิน ร้อยละ 60.0และ 10.0 การประเมิณสีผิวทารกในที่สว่าง ร้อยละ 70.0 และ 55.0 ขณะดูดนมมีการสังเกตอาการตัวเหลืองร้อยละ 75.0 และ 40.0 การประเมินตัวเหลืองทุกวันเช้าเย็นร้อยละ 80.0 และ 55.0 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามทักษะโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อที่	ทักษะที่ปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)		
		จำนวน(ร้อยละ)			จำนวน(ร้อยละ)		
	การประเมินทารกตัวเหลือง	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
1	ประเมินสีผิวของทารกในที่สว่างเพียงพอ	11(55.00)	9(45.00)	0(0.00)	14(70.00)	5(25.00)	1(5.00)
2	สังเกตอาการตัวเหลืองของทารกโดยเริ่มจากใบหน้าก่อน	14(70.00)	6(30.00)	0(0.00)	15(75.00)	4(20.00)	1(5.00)
3	ประเมินสีผิวของทารกบอกได้ว่าทารกเหลืองหรือไม่	8(40.00)	11(55.00)	1(5.00)	13(65.00)	5(25.00)	2(10.00)
4	สังเกตอาการตัวเหลืองของทารกโดยใช้นิ้วมือรีดผิวหนังบริเวณท้องหรือต้นขาของทารก	2(10.00)	7(35.00)	11(55.00)	12(60.00)	5(25.00)	3(15.00)
5	ปล่อยมือจากการกดลงบนผิวหนังบริเวณหน้าท้องทารก มารดาสามารถตอบได้ว่าทารกมีผิวเหลืองหรือไม่	5(25.00)	3(15.00)	12(60.00)	11(55.00)	3(15.00)	6(30.00)
6	ขณะให้ทารกดูดนมท่านมีการสังเกตอาการตัวเหลืองด้วย	8(40.00)	10(50.00)	2(10.00)	15(75.00)	4(20.00)	1(5.00)
7	สังเกตลักษณะสีอุจจาระและปัสสาวะของทารกหรือไม่	16(80.00)	4(20.00)	0(0.00)	17(85.00)	3(15.00)	0(0.00)
8	สังเกตจำนวนครั้งของอุจจาระและปัสสาวะใน 24 ชม. หรือไม่	19(95.00)	1(5.00)	0(0.00)	18(90.00)	2(10.00)	0(0.00)
9	ประเมินภาวะตัวเหลืองของทารกทุกวัน เช้า-เย็น โดยมีการสังเกตลักษณะสีผิว เพื่อประเมินว่าทารกมีอาการตัวเหลืองหรือไม่	11(55.00)	9(45.00)	1(5.00)	16(80.00)	3(15.00)	1(5.00)

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลือง กลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมมารดามากกว่ากลุ่มควบคุม ค่า p เท่ากับ .017 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการประเมินภาวะตัวเหลืองในทั้งสองกลุ่มมีค่าไม่ต่างกันค่า p เท่ากับ .134 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองทารกแรกเกิด

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
การให้นมมารดา					
กลุ่มควบคุม	20	23.85(3.40)	-2.20	-4.06, -0.34	.017
กลุ่มทดลอง	20	26.05(2.28)			
การประเมินภาวะตัวเหลือง					
กลุ่มควบคุม	20	12.40(3.11)	-2.40	-4.92, -0.12	.134
กลุ่มทดลอง	20	14.80(4.61)			

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วยมารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปีร้อยละ 50.0 และ 52.5 สถานะภาพสมรสพบว่ากลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่สูงถึงร้อยละ 95.0 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีสถานะภาพคู่ร้อยละ 70.0 และมีสถานภาพโสดร้อยละ 30.0 ในด้านลำดับคลอดพบว่าการคลอดบุตรลำดับที่ 2 เป็นลำดับที่สูงสุดในทั้งสองกลุ่มร้อยละ 45.0 และ 55.0 และในด้านประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาพบว่ากลุ่มควบคุมมีประสบการณ์มากกว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 65.0 และ 50.0 ด้านทักษะการให้นมมารดาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการให้นมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean ทดลอง=26.05 เทียบกับ Mean ควบคุม=23.85) และความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.39, p=.017$) ($p<0.5$) ด้านทักษะการประเมินภาวะเหลืองพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean ทดลอง=14.80 เทียบกับ Mean ควบคุม=12.40) อย่างไรก็ตามความแตกต่างของคะแนนทักษะการประเมินตัวเหลืองนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.92, p=.134$) ($p>0.5$) การที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่าแต่ไม่ถึงเกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก (n=20 ต่อกลุ่ม) หรือความหลากหลายของคะแนนในกลุ่มทดลอง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.61 เทียบกับ 3.11 ในกลุ่มควบคุม) อย่างไรก็ตามร้อยละที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทักษะสำคัญเช่นการสังเกตอาการตัวเหลืองขณะให้ทารกดูดนมกลุ่มทดลองมีร้อยละทำทุกครั้งสูงกว่าร้อยละ 75.0 และ 40.0 และการประเมินภาวะตัวเหลืองทุกเช้าเย็น โดยสังเกตสีผิวกลุ่มทดลองมีร้อยละทำทุกครั้งสูงกว่าร้อยละ 80.0 และ 55.0 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะช่วยให้มารดาสามารถประเมินภาวะตัวเหลืองของทารกได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรี มอญทวี และรัตน์คิริ ทาโต[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะ

ตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอในทารกแรกเกิด ครบกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอ ระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีภาวะสุขภาพดีจากการวินิจฉัยของแพทย์และมารดาทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Hefer and Wilson ที่ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารดาในการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมมารดาไม่เพียงพอในทารกแรกเกิดครบกำหนด ของกลุ่มที่มารดาได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรษมน ปาพรม[8] ศึกผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้โปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ สาธิตวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับนาฎยา ศรีสวัสดิ์ และนิลาวรรณ ฉันทะปรีดา[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาคลอดปกติ และทารก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน และกลุ่มทดลอง 32 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ แบบประเมินภาวะตัวเหลืองขอทารกแรกเกิด โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) และทารกกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของภาวะตัวเหลืองน้อยว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05)

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัย คือ ความแตกต่างของทักษะการให้นมมารดาในกลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความสำคัญในพัฒนาทักษะการให้นมบุตรซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็กทั้งหมดมีเพียง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งเป็นขนาดค่อนข้างเล็กอาจทำให้ขาดอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) ที่เพียงพอในการตรวจจับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรบางตัว เช่น ทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองทำให้การสรุปผลไปสู่ประชากรที่กว้างขึ้นทำได้ยาก

2. ความแตกต่างเดิมของข้อมูลพื้นฐานบางส่วน แม้ข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่จะใกล้เคียงกันแต่มีบางประเด็นที่มีความแตกต่างเดิมระหว่างกลุ่มอาจส่งผลกระทบต่อการวิจัยได้ เช่น สถานะภาพสมรส กลุ่มควบคุมสมรส 95.0%เทียบกับกลุ่มทดลอง 70.0% และกลุ่มทดลองมีสถานะโสด 30.0%เทียบกับกลุ่มควบคุม 5.0% สถานภาพอาจส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติทักษะหลังคลอด

3. ผลของโปรแกรมต่อทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองไม่ชัดเจนคะแนนเฉลี่ยรวมของทักษะการประเมิน

ตัวเหลืองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่นำเสนออาจจะไม่ได้มีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองโดยรวมเท่าทีควรเมื่อเทียบกับทักษะการให้นมมารดา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. การนำโปรแกรมไปใช้ในการบริการพยาบาล ผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะตัวเหลืองมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มทักษะการให้นมมารดา ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดทุกคนโดยเฉพาะมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองเพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอและถูกวิธี

2. การเน้นการฝึกทักษะเฉพาะด้านแม้ว่าทักษะการให้นมมารดาจะดีขึ้นแต่ทักษะการประเมินภาวะเหลืองยังต้องการการส่งเสริมเพิ่มเติมบุคคลากรทางการพยาบาลควรเน้นการสอนและฝึกปฏิบัติจริงในเรื่องที่มารดายังปฏิบัติได้น้อยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเช่นการใช้เทคนิคการรีดผิวหนังและการประเมินภาวะเหลืองขณะให้ทารกดูดนม เพื่อประเมินภาวะเหลือง

3. การปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มที่มีความเสี่ยง พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองส่วนหนึ่งมีสถานะภาพโสดสูงถึงร้อยละ 30.0 ซึ่งอาจต้องการการสนับสนุนทางสังคมและการพยบาลที่แตกต่างออกไป ควรมีการปรับเนื้อหาของโปรแกรมและวิธีการให้คำปรึกษาให้เข้ากับความต้องการของมารดาที่มีสถานะภาพแตกต่างกันหรือกลุ่มรายได้ไม่เพียงพอ เพื่อให้ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองพบว่ามีความแตกต่างกันในเชิงบวก (กลุ่มทดลองสูงกว่า) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.134) ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ (Power of the test) และเพิ่มโอกาสในการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติของโปรแกรมในทักษะการประเมินภาวะตัวเหลือง

2. ควรปรับปรุงโปรแกรมหรือเพิ่มความเข้มข้น/เวลาในการฝึกฝนทักษะการประเมินภาวะตัวเหลืองแบบปฏิบัติจริงและทบทวนความชัดเจนของคำถามหรือตัวเลือกในการประเมินทักษะให้คลอบคลุมและละเอียดมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น 1 เดือนหรือ 3 เดือนหลังคลอดเพื่อประเมินความคงทนของทักษะการให้นมมารดาและการประเมินภาวะตัวเหลือง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เรื่องผลของโปรแกรมให้ความรู้มารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานวิจัยและเรียบเรียงงานวิจัยฉบับนี้จนมีความสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ณรงค์ชัย สังชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คุณจุฬาไล ไชยหานาม หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และคุณดวงใจ นิ่มวัฒนกุล หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 ที่ได้อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยตึกพิเศษสงฆ์เฉลิมพระเกียรติชั้น 3 ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตลอดจนให้การสนับสนุนด้านสถานที่และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิด. ใน: สุขชาติ เกิดผล, อวยพร ปะนะมณฑา, จามรี ธีรตกุลพิศาล, ชาญชัย พานทอง วิริยะกุล, ณรงค์ เอื้อวิชญาแพทย์, จรรยา จิระประดิษฐ์. บรรณาธิการ. วิชากุมารเวชศาสตร์. ขอนแก่น:

แอนนาออฟเซ็ตการพิมพ์; 2552. น. 75-90.

2. Bhutani V K, Johnson LH, Keren R. Treating acute bilirubin encephalopathy-before too late. Contempt Pediatric 2005;22(5):57-74.
3. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on hyperbilirubinemia: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation [published correction appears in Pediatrics. Pediatrics 2004;114(1):297-316.
4. Chandran, L, Navaie W M, Sumandh A, Downs T, Lagamma E F. Maternal education: An alternative strategy for ensuring safety with early newborn discharge. Journal of Perinatal Education. 1997;6(1):1-12.
5. ขนิษฐา ประสมศักดิ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลในบิดา-มารดาที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการ ส่องไฟในระยะหลังคลอด [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
6. สารสนเทศโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการให้บริการทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2567. สารสนเทศโรงพยาบาลร้อยเอ็ด: จังหวัดร้อยเอ็6ด; 2567.
7. สุนทรี มอญทวี, รัตน์คิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกัน ภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมมารดาไม่เพียงพอในทารกแรกเกิดครบกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558;27:22-34.
8. วรรษมน ปาพรม. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชันให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):167-78.
9. นาฎยา ศรีสวัสดิ์, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา. ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมารดาต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(3):34-44.

งานวิจัยและพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ระบบ First Expired, First Out (FEFO) และเทคนิคการประเมินความถูกต้องสถานะคงคลังรายวัน โรงพยาบาลมุกดาหาร

Research and Development of Pharmaceutical Inventory Management Using the First Expired, First Out (FEFO) System and Daily Inventory Accuracy Assessment Technique at Mukdahan Hospital

วิภาดา ชาญธนบดีสมบัติ*

Wipada Chanthanabhordeesombat

Corresponding author: E-mail: Jajuaig@hotmail.com

(Received: November 1, 2025; Revised: November 7, 2025; Accepted: December 1, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โดยใช้ระบบ First Expired, First Out (FEFO) ร่วมกับเทคนิคการประเมินความถูกต้องสถานะคงคลังรายวัน โรงพยาบาลมุกดาหาร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือเวชภัณฑ์ยาและวัสดุเภสัชกรรม 1,053 รายการ ที่จัดเก็บในคลังเวชภัณฑ์ยาหลัก โรงพยาบาลมุกดาหาร ภายใต้การจัดการด้วยระบบโปรแกรม INVS ดำเนินการประเมินความถูกต้องของข้อมูลคงคลังทุกวัน โดยใช้แบบฟอร์ม DIAAF–FEFO (Daily Inventory Accuracy Assessment Form with FEFO System) เป็นเวลา 9 เดือน (ธันวาคม 2567 - สิงหาคม 2568) รวม 24 รอบการตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: CI)

ผลการวิจัย : ตรวจสอบเวชภัณฑ์ทั้งหมด 21,908 รายการ พบว่าความถูกต้องของจำนวนคงคลังเฉลี่ย 99.99% (95%CI = 99.97-99.99) ความถูกต้องของลอตและวันหมดอายุเฉลี่ย 99.68% (95%CI = 99.60-99.75) ความถูกต้องของการติดสติ๊กเกอร์แยกลอตเฉลี่ย 98.33% (95%CI = 98.15-98.49) และความถูกต้องของการจัดเรียงตามหลัก FEFO เฉลี่ย 99.75% (95%CI = 99.68-99.81) มูลค่ายาที่ต้องคืนหรือแลกเปลี่ยนลดลงจาก 1,377,678.66 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เหลือ 956,585.64 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ลดลงร้อยละ 30.60

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้ระบบ DIAAF–FEFO Model ช่วยเพิ่มความถูกต้องในทุกขั้นตอนของการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา ยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพของการควบคุมภายใน ให้สามารถติดตาม ตรวจสอบ และป้องกันความคลาดเคลื่อนได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ข้อมูลคงคลังมีความถูกต้อง โปร่งใส และนำไปใช้วางแผนจัดซื้อได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการต่อเนื่องเพื่อรักษามาตรฐานความถูกต้องของข้อมูลและพัฒนาระบบการควบคุมภายในของคลังเวชภัณฑ์ให้มีความยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ : ระบบ First Expired, First Out (FEFO); เทคนิคการประเมินความถูกต้องสถานะคงคลังรายวัน; การควบคุมภายใน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร

Abstract

Purposes : To develop and evaluate a pharmaceutical inventory management system applying the First Expired, First Out (FEFO) principle combined with the Daily Inventory Accuracy Assessment Form with FEFO System (DIAAF–FEFO Model) at Mukdahan Hospital.

Study Design : Action research.

Materials and Methods : The study included 1,053 pharmaceutical and material items stored in the main drug warehouse of Mukdahan Hospital, managed by the INVS inventory system. Inventory data were assessed daily using the DIAAF–FEFO form over a nine-month period (December 2024–August 2025), encompassing 24 inspection cycles. Data were analyzed using descriptive statistics-frequency, percentage, and 95% confidence intervals (95% CI).

Main findings : A total of 21,908 items were inspected across 24 cycles. The average inventory accuracy was 99.99% (95% CI = 99.97–99.99). The average accuracy of lot and expiration-date records was 99.68% (95% CI = 99.60–99.75). The accuracy of lot-identifying sticker placement averaged 98.33% (95% CI = 98.15–98.49), while FEFO arrangement accuracy averaged 99.75% (95% CI = 99.68–99.81). The total value of drugs returned or exchanged decreased from 1,377,678.66 THB in fiscal year 2024 to 956,585.64 THB in fiscal year 2025, representing a 30.60% reduction.

Conclusion and Recommendations : The implementation of the DIAAF–FEFO Model improved accuracy in all aspects of pharmaceutical inventory management, strengthened the quality and efficiency of internal control, and supported precise procurement planning. Continuous application is recommended to maintain data accuracy standards and ensure sustainable improvement in pharmaceutical warehouse quality.

Keywords : First Expired, First Out (FEFO); Daily Inventory Accuracy Assessment Form with FEFO System; DIAAF–FEFO; Action Research

*Pharmacist, Professional Level, Mukdahan Hospital.

บทนำ

การบริหารเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข ความถูกต้องของการจัดเก็บและการใช้ยามีผลต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย หากขาดระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดปัญหายาขาดแคลน ยาหมดอายุ หรือการจัดเก็บไม่ถูกต้อง ซึ่งเพิ่มภาระงบประมาณและความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบริหารจัดการคงคลังอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการสูญเสียเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและรักษาความต่อเนื่องของบริการทางการแพทย์ โดยได้แนะนำให้ใช้ระบบ First Expired, First Out (FEFO) ซึ่งกำหนดให้ใช้ยาที่มีวันหมดอายุใกล้ที่สุดก่อน ทั้งนี้ WHO ระบุว่าระบบ FEFO มีความเหมาะสมกว่า FIFO ในบริบทของโรงพยาบาลที่มียาหลายลอตและวันหมดอายุแตกต่างกัน[1]

ปัญหาความคลาดเคลื่อนของคงคลังยาในโรงพยาบาลถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความโปร่งใส และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของรัฐ หากขาดการตรวจสอบและควบคุมภายในที่ดี ยาอาจหมดอายุ สูญหายหรือถูกจัดซื้อเกินจำเป็น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและการควบคุมภายในของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อส่งเสริมความถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579 ภายใต้ยุทธศาสตร์ “การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)”[2] นอกจากนี้ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐตรวจสอบพัสดุประจำปีและจัดทำรายงานส่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)[3-4] หากพบความคลาดเคลื่อนของทรัพย์สินหรือข้อมูลคงคลัง อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและความโปร่งใสของหน่วยบริการโดยตรง

ในบริบทของโรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard & Referral Hospital) ขนาด 350 เตียง และให้บริการจริง 485 เตียง มีภารกิจครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งในจังหวัดและเขตสุขภาพที่ 10 ความต้องการใช้ยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยและความซับซ้อนของโรคเฉพาะทาง ปัจจุบันมีรายการยาและเวชภัณฑ์รวม 1,053 รายการ ซึ่งต้องอาศัยการบริหารคงคลังที่มีความถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้อย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาความคลาดเคลื่อนย้อนหลังจากระบบรายงานความเสี่ยงในช่วงก่อนดำเนินการวิจัย (กันยายน 2566 – พฤษภาคม 2567) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา (Retrospective data) พบว่ามีรายงานความคลาดเคลื่อนรวมทั้งสิ้น 235 ครั้ง หรือเฉลี่ยประมาณ 26.11 ครั้งต่อเดือน โดยส่วนใหญ่เกิดจากการจัดการลอตและวันหมดอายุไม่ถูกต้อง ข้อมูลดังกล่าวแม้ไม่ครอบคลุมเชิงระบบ แต่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาที่แท้จริงของการบริหารคลังยาในระยะก่อนการวิจัย ทั้งนี้แม้โรงพยาบาลได้ดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความสูญเสีย เช่น การคืนยาและการแลกเปลี่ยนยา ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีมูลค่ารวม 1,377,678.66 บาท ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงถึงความพยายามอย่างเป็นระบบในการควบคุมความเสี่ยง แม้ยังไม่ใช่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกันความสูญเสียล่วงหน้า ซึ่งตอกย้ำความจำเป็นในการพัฒนากลไกควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น จากปัญหา และผลกระทบดังกล่าว โรงพยาบาลมุกดาหารจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาและวิจัยระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาเพื่อเพิ่มความถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลคงคลัง และยกระดับการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับมาตรฐาน First Expired, First Out (FEFO) เพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพของการควบคุมภายในในระบบคลังเวชภัณฑ์ยา

แม้ระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาในประเทศไทยจะมีแนวทางควบคุมภายในที่ชัดเจน แต่การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลคงคลังส่วนใหญ่ยังดำเนินการเป็นรายเดือนหรือรายปี ซึ่งไม่เพียงพอต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการหมุนเวียนยาในกระบวนงานรับ–จ่ายเวชภัณฑ์ที่มีความถี่สูงและภาระงานจำนวนมาก นอกจากนี้

ข้อมูลอ้างอิงในประเทศเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบ First Expired, First Out (FEFO) ร่วมกับการประเมินความถูกต้องของสถานะคงคลังแบบรายวันยังมีจำกัด ส่งผลให้ยังไม่มีงานวิจัยในบริบทไทยที่ศึกษาระดับ “ความถูกต้องวันต่อวัน (Daily accuracy)” ของข้อมูลคงคลังยา หรือประเมินผลของ FEFO ภายใต้การติดตามอย่างสม่ำเสมอในสภาพการทำงานจริง

ช่องว่างดังกล่าวทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการเพิ่มความถี่ของการตรวจสอบและการใช้เครื่องมือช่วยแยกลอตจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนและลดความสูญเสียจากยาหมดอายุได้จริงในระดับปฏิบัติการเพียงใด จึงก่อให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนาและประเมินระบบ DIAAF–FEFO Model เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและสนับสนุนหลักฐานที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการคงคลังยาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้ระบบ First Expired, First Out (FEFO) และเทคนิคการประเมินความถูกต้องสถานะคงคลังรายวันเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาโดยใช้เทคนิคการประเมินความถูกต้องของสถานะคงคลังรายวัน (Daily Inventory Accuracy Assessment Technique) ร่วมกับระบบ First Expired, First Out (FEFO) ที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่เน้นการปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดการคงคลังยาในโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือการเพิ่มความโปร่งใสและความแม่นยำในการจัดการคงคลังยา ด้วยระบบ First Expired, First Out (FEFO) และเทคนิคการประเมินความถูกต้องของสถานะคงคลังรายวัน การออกแบบการวิจัยนี้จะครอบคลุมทั้งการวางแผน การดำเนินการ การสังเกตผลและการประเมินผลในลักษณะวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่วนซ้ำเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเวชภัณฑ์ยาและวัสดุเภสัชกรรมทั้งหมดที่จัดเก็บอยู่ในคลังเวชภัณฑ์ยาหลัก โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมและการบริหารจัดการโดยระบบโปรแกรม INVS

กลุ่มตัวอย่าง คือเวชภัณฑ์ทุกรายการที่ได้รับการตรวจสอบจริงในแต่ละรอบการตรวจสอบ (Cycle) ของการศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวนรายการที่ตรวจสอบในแต่ละรอบอาจแตกต่างกันตามการปรับปรุงบัญชีรายการยา เวชภัณฑ์ที่ถูกเพิ่มเข้าระบบใหม่จะถูกนำเข้าสู่การตรวจสอบในรอบถัดไปทันที เพื่อให้ผลการวิจัยสะท้อนสภาพจริงของการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาได้อย่างครอบคลุม

การศึกษาครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูลแบบครบถ้วน (Census) โดยไม่ได้ใช้การสุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ เวชภัณฑ์ทุกหน่วยที่จัดเก็บอยู่ในคลังเวชภัณฑ์ยาหลักและบันทึกในระบบ INVS ถูกนำมาตรวจสอบและบันทึกผลอย่างต่อเนื่องในแต่ละรอบการตรวจสอบ การเลือกใช้วิธี Census มีข้อดีคือ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ลดความเอนเอียงจากการสุ่มตัวอย่าง และสะท้อนสภาพจริงของระบบบริหารคงคลังยาได้อย่างเที่ยงตรงและครบถ้วน ดังนั้น ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกลุ่มเดียวกัน แตกต่างกันเพียงในเชิงนิยามทางระเบียบวิธีเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบจำลอง DIAAF–FEFO Model (Daily Inventory Accuracy Assessment Form with FEFO System) ซึ่งเป็นแบบจำลองการบริหารจัดการคงคลังเวชภัณฑ์ยาเชิงปฏิบัติการ โดยประกอบด้วยเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบฟอร์มประเมินความถูกต้องของสถานะคงคลังเวชภัณฑ์รายวัน (Daily Inventory Accuracy

Assessment Form: DIAAF) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการจัดการคงคลังเวชภัณฑ์ยาในคลังยาหลักโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยครอบคลุมเวชภัณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 1,053 รายการ กำหนดให้ตรวจสอบ วันละ 105-140 รายการ หมุนเวียนจนครบทุกรายการ จากนั้นเริ่มต้นตรวจสอบรอบใหม่ (Cycle) ต่อเนื่องในทุกวันทำการ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ทั้งนี้ในแต่ละวันก่อนปิดงานประจำวัน หลังจากสิ้นสุดการเบิกจ่ายและรับยาเข้าในระบบโปรแกรม INVS ทุกรายการ ระบบจะทำการบันทึกยอดสถานะคงคลังประจำวันอัตโนมัติ โดยระบบโปรแกรม INVS จะดึงรายงานตามรูปแบบเครื่องมือที่ออกแบบไว้จากนั้นผู้รับผิดชอบจะส่งออกข้อมูลเป็นไฟล์ Excel เพื่อเลือกใช้ช่วงข้อมูลของรายการยาที่จะทำการตรวจนับ ซึ่งเป็นข้อมูลยอดคงเหลือ ณ สิ้นวัน ข้อมูลดังกล่าวถือเป็น ฐานข้อมูลคงคลังรายวัน ที่จะถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบในเช้าวันถัดไป ทำให้ข้อมูลที่ใช้ตรวจสอบมีความเป็นปัจจุบันภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังการเคลื่อนไหวล่าสุด

แบบฟอร์มดังกล่าวถูกออกแบบให้มีประเด็นตรวจสอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

1) ความถูกต้องของจำนวนคงคลัง โดยตรวจสอบข้อมูลจำนวนยาที่ปรากฏในระบบโปรแกรม INVS เปรียบเทียบกับบัญชีวัสดุ (Stock card) และจำนวนยาที่ตรวจนับได้จริงในชั้นเก็บยา

2) ความถูกต้องของข้อมูลลอตและวันหมดอายุ ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลลอตและวันหมดอายุที่บันทึกในระบบโปรแกรม INVS เทียบกับเวชภัณฑ์ที่มีอยู่จริง

3) ความถูกต้องของการติดสติ๊กเกอร์แยกลอต ตรวจสอบการติดสติ๊กเกอร์สีเพื่อแยกแต่ละลอต โดยต้องไม่มีการใช้สีซ้ำกัน และบันทึกความผิดพลาดที่เกิดจากการติดสีไม่ตรงตามกำหนด นอกจากนี้ยังมีการระบุ “สีของสติ๊กเกอร์” ที่ใช้แยกลอตของเวชภัณฑ์ที่ตรวจพบในแต่ละครั้ง เพื่อให้สามารถตรวจสอบการแยกลอตได้อย่างเป็นระบบ

4) ความถูกต้องของการจัดวางตำแหน่งยา ตรวจสอบการจัดเรียงเวชภัณฑ์บนชั้นเก็บตามหลักการ First Expired, First Out (FEFO)

กำหนดรูปแบบการประเมินโดยใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

เครื่องหมาย √ (ถูกต้อง) = ถูกต้องตามองค์ประกอบ

เครื่องหมาย x (ผิด) = พบความไม่สอดคล้องอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ

เครื่องหมาย “–” = ไม่มีข้อมูลให้ตรวจสอบในวันนั้น

2. สติ๊กเกอร์สีเพื่อการแยกลอต (Colored Stickers for lot Identification) ในขั้นตอนการวิจัย ได้กำหนดให้ใช้สติ๊กเกอร์สีเป็นเครื่องมือเสริมเพื่อการแยกลอต โดยกำหนดเกณฑ์การใช้สติ๊กเกอร์สีว่า ‘สีที่แตกต่างแทนความแตกต่างของลอตยา’ ทั้งนี้ ไม่ได้ระบุปีหมดอายุบนสติ๊กเกอร์ เพื่อบังคับใช้ให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลลอตจริงจากฉลากยา ก่อนการจ่ายยาแก่หน่วยเบิกทุกครั้ง

การดำเนินการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ลดความผิดพลาดจากการหยิบยาผิดลอตเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถอ้างอิงปี หมดอายุบนสติ๊กเกอร์ได้โดยตรง 2) กำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องตรวจสอบลอตจริงทุกครั้งก่อนการจ่ายยา และ 3) เสริมระบบการใช้หลักการ First Expired, First Out (FEFO) ในการบริหารจัดการคงคลัง

สติ๊กเกอร์สีถูกนำมาใช้ครอบคลุมรายการยาที่มีหลายลอตในคลัง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบในการลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลคงคลัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบฟอร์ม DIAAF–FEFO ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามวิธีของ Rovinelli & Hambleton (1977)[5] โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่าค่า IOC ของข้อคำถามทั้งหมดเท่ากับ 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (IOC ≥ 0.50) แสดงว่าแบบฟอร์มดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี เหมาะสมต่อการนำไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยกำหนดให้

เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ 2 คน ตรวจนับเวชภัณฑ์ร่วมกันทุกครั้ง โดยทั้งสองฝ่ายต้องตรวจสอบและยืนยันผลการนับ หากพบความไม่ตรงกันจะทำการตรวจซ้ำจนได้ผลตรงกัน วิธีนี้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากความผิดพลาดส่วนบุคคล (Human error) และเพิ่มความเที่ยงของข้อมูล เนื่องจากการตรวจสอบซ้ำและการยืนยันร่วมกันทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในคลังเวชภัณฑ์ยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบ (Baseline data)

ข้อมูล Baseline เก็บจากการบันทึกปัญหาความคลาดเคลื่อนย้อนหลัง ซึ่งถูกรวบรวมจากระบบรายงานความเสี่ยง โดยข้อมูลดังกล่าวมิได้จัดเก็บในลักษณะเป็นระบบหรือการตรวจสอบครบถ้วนเช่นเดียวกับช่วงการเก็บข้อมูลในการวิจัย แต่ถูกนำมาใช้เป็นจุดตั้งต้นเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงก่อนการวิจัย และใช้เปรียบเทียบกับผลการตรวจสอบที่ได้จากการดำเนินการวิจัย การรวบรวมข้อมูล Baseline ครอบคลุมช่วงเวลา 9 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน 2566 – พฤษภาคม 2567 ซึ่งเป็นระยะเวลาก่อนที่โครงการวิจัยนี้จะเริ่มต้นดำเนินการจริง ข้อมูลทั้งหมดเป็นการเก็บย้อนหลัง (Retrospective data) โดยอาศัยเอกสารและบันทึกที่มีอยู่เดิม ไม่ได้มีการตรวจสอบรายการคงคลังแบบครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้นข้อมูล Baseline จึงมีข้อจำกัดในเชิงความครอบคลุม แต่สามารถใช้เพื่อสะท้อนภาพรวมของปัญหาการบริหารจัดการคงคลังยาในช่วงก่อนการวิจัยได้อย่างเหมาะสม

ผลการรวบรวมข้อมูล Baseline พบว่า ในช่วง 9 เดือนดังกล่าวมีรายงานความคลาดเคลื่อนรวมทั้งสิ้น 235 ครั้ง คิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณ 26.11 ครั้งต่อเดือน ความคลาดเคลื่อนที่บันทึกส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการจัดการลอตและวันหมดอายุไม่ถูกต้องจากลักษณะดังกล่าว ข้อมูล Baseline จึงมีบทบาทสำคัญในการแสดงให้เห็น สภาพปัญหาเดิมของระบบบริหารคลังยา ซึ่งยังไม่มีการกำหนดขั้นตอนตรวจสอบเชิงระบบอย่างเป็นประจำวัน ข้อมูลนี้ถูกใช้เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มกับผลลัพธ์ที่ได้หลังการนำ DIAAF–FEFO model มาประยุกต์ใช้ โดยจะถูกนำไปกล่าวถึงอีกครั้งใน ผลการวิจัย และอภิปรายผล เพื่อชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงและผลของการพัฒนาระบบ กล่าวโดยสรุป ข้อมูล Baseline เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive comparison) ไม่ใช่ข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสะท้อนปัญหาและใช้เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการพัฒนาระบบบริหารจัดการคงคลังยาในครั้งนี้

2. ข้อมูลระหว่างการวิจัย ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการตรวจสอบคงคลังเวชภัณฑ์ด้วยแบบฟอร์ม DIAAF–FEFO Model (Daily Inventory Accuracy Assessment Form with FEFO System) ในคลังยาหลักโรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

การตรวจสอบดำเนินการทุกวันทำการ โดยตรวจวันละประมาณ 105–140 รายการ จนครบทุกรายการในแต่ละรอบ และวนซ้ำอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาเก็บข้อมูล ผลการตรวจสอบในแต่ละวันถูกบันทึกลงในแบบฟอร์ม DIAAF–FEFO และประมวลผลตามประเด็นที่กำหนดไว้ ได้แก่ ความถูกต้องของจำนวนคงคลัง ข้อมูลลอตและวันหมดอายุ การติดสติ๊กเกอร์แยกลอต และการจัดเรียงตามหลัก First Expired, First Out (FEFO) ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ในรอบระยะเวลา 9 เดือนของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินความถูกต้อง และประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการคงคลังเวชภัณฑ์ยาอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval: CI) โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นสัดส่วน (Proportion) เช่น ความถูกต้องของจำนวนคงคลังและความถูกต้องของลอตยา นำเสนอด้วยร้อยละและค่าช่วงความเชื่อมั่น โดยไม่ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากข้อมูลไม่ใช่ตัวแปรเชิงต่อเนื่อง การคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% ใช้ สูตร Wilson’s

Score Interval ผ่านโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อให้ได้ค่าประมาณที่แม่นยำกว่าวิธี Normal approximation โดยเฉพาะในกรณีที่สัดส่วนความถูกต้องสูงและจำนวนข้อผิดพลาดน้อยมากซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลในงานวิจัยนี้

การวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ได้ทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ (Hypothesis testing) หรือหาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) เนื่องจากลักษณะของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินระบบมากกว่าการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการวิเคราะห์จึงนำเสนอในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เพื่อสะท้อนระดับความถูกต้องแนวโน้ม และความสม่ำเสมอของระบบบริหารจัดการคงคลังยา ซึ่งเพียงพอต่อการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธี การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจำแนก จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ประเด็นจากการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และรายงานสะท้อนผลของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อใช้ประกอบการตีความเชิงระบบและสนับสนุนผลเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 12/68 และออกหนังสือรับรองวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 การศึกษานี้เป็นการพัฒนาระบบงานภายใน ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และไม่มีการระบุชื่อหรือตัวตนของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงระบบที่ไม่ระบุตัวบุคคล ใช้เพื่อการปรับปรุงคุณภาพและพัฒนาระบบเท่านั้น โดยเริ่มเก็บข้อมูลจริงตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 เป็นต้นไป

ผลการวิจัย

ก่อนการวิจัยพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การตรวจสอบคงคลังที่เน้นเพียงจำนวนเวชภัณฑ์ ไม่ครอบคลุมข้อมูลลอตและวันหมดอายุ การใช้สติ๊กเกอร์ระบุปีหมดอายุไม่เพียงพอ และพบยาที่ใกล้หมดอายุค้างในชั้นเก็บโดยไม่ถูกหมุนเวียนใช้ก่อนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้พัฒนาแบบจำลอง DIAAF–FEFO Model โดยนำเทคนิคการตรวจสอบความถูกต้องรายวัน (DIAAF) ร่วมกับหลัก FEFO และระบบสติ๊กเกอร์สี “ต่างสี = ต่างลอต” เพื่อแยกลอตโดยไม่ผูกติดกับปีหมดอายุ

การตรวจสอบดำเนินการทุกวันทำการ (เวลา 08.15–09.00 น.) ทีมตรวจสอบ 7 ทีม ทีมละ 2 คน ใช้เวลา 30–45 นาทีต่อครั้ง บันทึกลงในแบบฟอร์ม DIAAF–FEFO และเมื่อครบหนึ่งวงรอบ (Cycle) จะเริ่มต้นใหม่อย่างต่อเนื่อง ยกเว้นวันหยุดราชการ ผลการดำเนินงานภายใต้ระบบดังกล่าวได้ถูกประเมินโดยใช้แบบฟอร์มตรวจสอบความถูกต้องสถานะคงคลังรายวัน (Daily Inventory Accuracy Assessment Form: DIAAF) ร่วมกับหลักการบริหารเวชภัณฑ์ยาแบบ First Expired, First Out (FEFO) หรือเรียกรวมว่า ระบบ DIAAF–FEFO

ผลการประเมินจากการดำเนินงานจริงในคลังเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งเก็บข้อมูลต่อเนื่องระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ทำการตรวจสอบจำนวนคงคลังเวชภัณฑ์รายวัน ครอบคลุมทั้งหมด 24 รอบการตรวจสอบ (Cycles) รวมทั้งหมด 21,908 รายการตลอดการศึกษา การนำเสนอผลในลักษณะรายเดือนช่วยให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการจัดการคงคลังก่อนและหลังการพัฒนาระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับการดำเนินงานประจำของโรงพยาบาลได้โดยตรง สามารถสรุปผลการพัฒนาและประสิทธิภาพของระบบได้ดังต่อไปนี้ 1. ความถูกต้องของจำนวนคงคลัง 2. ความถูกต้องของลอตและวันหมดอายุ 3. ความถูกต้องของการติดสติ๊กเกอร์แยกลอต 4. ความถูกต้องของการจัดเรียงตามหลัก FEFO และ 5. การลดความสูญเสียโดยการป้องกันยาหมดอายุและการคืนยาตามเงื่อนไขก่อนยาหมดอายุ ผลการประเมินแสดงในตารางสถิติ ดังนี้

ตารางที่ 1 ประเภทและจำนวนเวชภัณฑ์ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัย (n=1,053)

ลำดับ	ประเภทกลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
1	ยาในบัญชียาโรงพยาบาล (ยาทั่วไป)	858	81.48
2	ยาในโครงการยาวัณโรค	17	1.61
3	ยาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์	54	5.13
4	ยาในโครงการยาต้านพิษ	12	1.14
5	ยาในโครงการวัคซีน	37	3.51
6	ยาในโครงการอื่นๆ	38	3.61
7	วัสดุเภสัชกรรม	37	3.51

ตารางที่ 2 ความถูกต้องของจำนวนคงคลัง ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2568

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
ธ.ค. 67	1,995	0	1,995	100.00%	99.81%	100.00%
ม.ค. 68	2,310	0	2,310	100.00%	99.83%	100.00%
ก.พ. 68	1,995	0	1,995	100.00%	99.81%	100.00%
มี.ค. 68	2,646	1	2,645	99.96%	99.77%	99.99%
เม.ย. 68	2,268	0	2,268	100.00%	99.83%	100.00%
พ.ค. 68	2,394	0	2,394	100.00%	99.84%	100.00%
มิ.ย. 68	2,700	0	2,700	100.00%	99.86%	100.00%
ก.ค. 68	2,800	0	2,800	100.00%	99.86%	100.00%
ส.ค. 68	2,800	1	2,799	99.96%	99.80%	99.99%
รวม	**21,908**	**2**	**21,906**	**99.99%**	**99.97%**	**99.99%**

ตารางที่ 3 ความถูกต้องของลอตและวันหมดอายุ

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
ธ.ค. 67	1,995	14	1981	99.29%	98.82%	99.58%
ม.ค. 68	2,310	9	2301	99.61%	99.26%	99.79%
ก.พ. 68	1,995	5	1990	99.75%	99.41%	99.89%
มี.ค. 68	2,646	11	2635	99.58%	99.26%	99.76%

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
เม.ย. 68	2,268	6	2262	99.73%	99.42%	99.87%
พ.ค. 68	2,394	5	2389	99.79%	99.51%	99.91%
มิ.ย. 68	2,700	5	2695	99.81%	99.57%	99.92%
ก.ค. 68	2,800	8	2792	99.71%	99.44%	99.85%
ส.ค. 68	2,800	6	2794	99.78%	99.53%	99.90%
รวม	**21908**	**69**	**21839**	**99.68%**	**99.60%**	**99.75%**

ตารางที่ 4 ความถูกต้องของการติดสติ๊กเกอร์แยกลอต

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
ธ.ค. 67	1,995	44	1,951	97.79%	97.05%	98.35%
ม.ค. 68	2,310	59	2,251	97.45%	96.72%	98.01%
ก.พ. 68	1,995	30	1,965	98.49%	97.86%	98.94%
มี.ค. 68	2,646	46	2,600	98.26%	97.69%	98.69%
เม.ย. 68	2,268	34	2,234	98.50%	97.91%	98.92%
พ.ค. 68	2,394	43	2,351	98.20%	97.59%	98.66%
มิ.ย. 68	2,700	46	2,654	98.30%	97.73%	98.72%
ก.ค. 68	2,800	18	2,782	99.36%	98.99%	99.59%
ส.ค. 68	2,800	46	2,754	98.36%	97.82%	98.77%
รวม	**21,908**	**366**	**21,542**	**98.33%**	**98.15%**	**98.49%**

ตารางที่ 5 ความถูกต้องของการจัดเรียงตามหลัก FEFO

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
ธ.ค. 67	1,995	31	1,964	98.45%	97.80%	98.90%
ม.ค. 68	2,310	14	2,296	99.39%	98.98%	99.64%
ก.พ. 68	1,995	2	1,993	99.90%	99.63%	99.97%
มี.ค. 68	2,646	2	2,644	99.92%	99.72%	99.98%

ตารางที่ 5 (ต่อ)

เดือน/ปี	จำนวนที่ตรวจ (N)	จำนวนคลาดเคลื่อน (n)	จำนวนที่ถูกต้อง (Correct)	ความถูกต้อง (%)	95%CI (Lower)	95%CI (Upper)
เม.ย. 68	2,268	5	2,263	99.78%	99.48%	99.91%
พ.ค. 68	2,394	0	2,394	100.00%	99.84%	100.00%
มิ.ย. 68	2,700	0	2,700	100.00%	99.85%	100.00%
ก.ค. 68	2,800	0	2,800	100.00%	99.86%	100.00%
ส.ค. 68	2,800	0	2,800	100.00%	99.86%	100.00%
รวม	**21,908**	**54**	**21,854**	**99.75%**	**99.68%**	**99.81%**

ตารางที่ 6 มูลค่าการป้องกันความสูญเสียยาโครงการและยาทั่วไป ปี พ.ศ.2567 - 2568

ปีงบประมาณ พ.ศ.	รวมมูลค่าคืนยาโครงการ (บาท)	มูลค่าการแลกเปลี่ยนยาทั่วไป (บาท)	รวมมูลค่าที่ป้องกันความสูญเสีย (บาท)
2567	543,762.17	833,916.49	1,377,678.66
2568	290,411.33	666,174.31	956,585.64
รวม	**834,173.50**	**1,500,090.80**	**2,334,264.30**

ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชภัณฑ์ยาแบบ DIAAF–FEFO Model ในคลังเวชภัณฑ์ยาหลักของโรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – สิงหาคม 2568 ครอบคลุมการตรวจสอบ 24 รอบ (24 Cycles) รวม 21,908 รายการ พบความถูกต้องของจำนวนคงคลังเฉลี่ย 99.99% (95%CI = 99.97–99.99) มีความคลาดเคลื่อนเพียง 2 รายการตลอด 9 เดือน สะท้อนถึงความเสถียรของระบบในการควบคุมข้อมูลคงคลังให้ถูกต้องต่อเนื่อง

สำหรับความถูกต้องของข้อมูลลอตและวันหมดอายุ ซึ่งสะท้อนคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลในระบบโปรแกรม INVS เทียบกับข้อมูลลอตและวันหมดอายุของยาที่มีอยู่จริง พบอัตราความถูกต้องเฉลี่ย 99.68% (95%CI = 99.60–99.75) โดยค่าต่ำสุด 99.29% ในเดือนธันวาคม 2567 และสูงสุด 99.81% ในเดือนมิถุนายน 2568 เมื่อเทียบกับข้อมูล Baseline ก่อนการพัฒนา (ความคลาดเคลื่อนเฉลี่ย 26.11 ครั้งต่อเดือน) ลดลงเหลือเพียง 7.6 ครั้งต่อเดือน หรือร้อยละ 70.9 แสดงถึงการพัฒนาความถูกต้องของระบบข้อมูลในโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์ INVS การติดสติ๊กเกอร์แยกลอตตามหลัก “ต่างสี = ต่างลอต” มีอัตราความถูกต้องเฉลี่ย 98.33% (95% CI = 98.15–98.49) ค่าต่ำสุด 97.45% (มกราคม 2568) และสูงสุด 99.36% (กรกฎาคม 2568) แสดงถึงความสม่ำเสมอและประสิทธิผลของสติ๊กเกอร์สีในการช่วยแยกลอตยาได้ถูกต้อง ลดความผิดพลาดจากการหยิบจ่ายยา

การจัดเรียงเวชภัณฑ์ตามหลัก First Expired, First Out (FEFO) มีความถูกต้องเฉลี่ย 99.75% (95% CI = 99.68-99.81) ค่าต่ำสุด 98.45% (ธันวาคม 2567) และตั้งแต่พฤษภาคม 2568 เป็นต้นมาไม่พบความคลาดเคลื่อนเลย (100%) สะท้อนว่าหลัก FEFO ได้รับการปฏิบัติเป็นมาตรฐานในคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล

ในด้านผลลัพธ์เชิงเศรษฐศาสตร์ พบว่ามูลค่าการคืนยาโครงการและการแลกเปลี่ยนยาในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 รวม 1,377,678.66 บาท ลดลงเหลือ 956,585.64 บาท

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 (ลดลงร้อยละ 30.6) การลดลงนี้ไม่ใช่ผลจากการลดประสิทธิภาพของระบบคืนยา แต่สะท้อนว่าระบบสามารถควบคุมและบริหารยาคงคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่มียาใกล้หมดอายุจนต้องส่งคืนในปริมาณมากเหมือนเดิม แสดงให้เห็นว่าระบบ DIAAF–FEFO สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการหมุนเวียนยาและลดความสูญเสียจากยาหมดอายุได้อย่างชัดเจน

วิจารณ์

ผลการดำเนินงานของระบบ DIAAF–FEFO Model ในคลังเวชภัณฑ์ยาหลัก โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งตรวจสอบระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - สิงหาคม 2568 (ระยะเวลา 9 เดือน รวม 24 รอบการตรวจสอบ; 24 Cycles) ครอบคลุมรายการยา 21,908 รายการ พบอัตราความถูกต้องของข้อมูลคงคลังเฉลี่ยร้อยละ 99.99 และความถูกต้องของการจัดเรียงตามหลัก First Expired, First Out (FEFO) ร้อยละ 99.75 โดยมีแนวโน้มคงที่ในระดับสูงตลอดระยะเวลาการศึกษา ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถรักษาความถูกต้องของข้อมูลคงคลังได้สูงกว่ามาตรฐานขั้นต่ำของ U.S. Government Accountability Office (GAO, 2002) ซึ่งกำหนดว่าระบบบริหารคงคลังที่มีประสิทธิภาพควรรักษาความถูกต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 และควรดำเนินการตรวจนับแบบหมุนเวียน (Cycle Counting) ควบคู่กับการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนเพื่อคงความถูกต้องอย่างต่อเนื่อง[6] ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลมุกดาหารที่มีค่าความถูกต้องเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 99 และมีช่วงความเชื่อมั่นแคบ สะท้อนถึงความเสถียรของระบบและวินัยในการตรวจสอบรายวันอย่างเป็นระบบ

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนา (กันยายน 2566–พฤษภาคม 2567) ซึ่งพบความคลาดเคลื่อนของลอตและวันหมดอายุเฉลี่ย 26.11 ครั้งต่อเดือน พบว่าความคลาดเคลื่อนลดลงเหลือเฉลี่ยเพียง 7.60 ครั้งต่อเดือนหลังการพัฒนา แสดงถึงแนวโน้มการปรับปรุงที่สอดคล้องกับแนวคิด Continuous Quality Improvement (CQI) ที่เน้นการควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่องผ่านการเฝ้าระวังและทบทวนผลในระดับปฏิบัติการ ข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวแม้เป็นบันทึกย้อนหลังที่ไม่ได้เก็บเชิงระบบ แต่สามารถใช้สะท้อนแนวโน้มการพัฒนาได้อย่างชัดเจน

แนวทางการตรวจสอบรายวันด้วยแบบฟอร์ม DIAAF สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) และ USAID | DELIVER Project (2019) ที่แนะนำให้ตรวจสอบสินค้าคงคลังอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ข้อมูลใกล้เคียงความจริงมากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความปลอดภัยในห่วงโซ่อุปทานยา[1-4,6-7] การดำเนินการตรวจรายวันของโรงพยาบาลมุกดาหารจึงเป็นการยกระดับแนวปฏิบัติจากรายเดือนให้ถี่ขึ้น เพื่อลดการสะสมของข้อผิดพลาดและรักษาความถูกต้องของข้อมูลให้ต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักการ Cycle Counting ที่ GAO[6] เสนอว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการคงความถูกต้องของคงคลังมากกว่าการตรวจปีละครั้ง

ผลการดำเนินงานยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศ โดย Rossetti et al.[8] พบว่าการตรวจนับรอบสินค้า (Cycle Counting) ช่วยรักษาความถูกต้องของข้อมูลคงคลังให้มากกว่าร้อยละ 99 เมื่อดำเนินการร่วมกับการวิเคราะห์สาเหตุข้อผิดพลาด งานของ Anandani et al.[9] และ Ummah & Siyamto[10] ยืนยันว่าการใช้ระบบ FEFO ในคลังยาโรงพยาบาลช่วยลดอัตรายาหมดอายุและความสูญเสียทางงบประมาณได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่มีอัตราความถูกต้องของการจัดเรียง FEFO สูงต่อเนื่องขณะที่ Iqbal et al.[11] รายงานว่าการขาดระบบตรวจสอบรายวันเป็นสาเหตุสำคัญของความไม่ถูกต้องของข้อมูลและยาหมดอายุ ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบในงานวิจัยนี้

สำหรับบริบทประเทศไทย ผลการดำเนินงานของระบบ DIAAF–FEFO Model สอดคล้องกับงานของ ลักขณา รินทะไชย[12] ที่เพิ่มความถี่การตรวจนับจากเดือนละหนึ่งครั้งเป็นสามครั้งจนลดความคลาดเคลื่อนได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการตรวจแบบรายวันที่ยกระดับความถี่ขึ้นอีกขั้นเพื่อรักษาความถูกต้องให้อยู่ในระดับใกล้เคียง 100%

เมื่อพิจารณากรอบกฎหมายและธรรมาภิบาล ผลการดำเนินงานของระบบนี้สอดคล้องกับระเบียบ

กระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 หมวด 9 ข้อ 213 ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐตรวจสอบพัสดุประจำปีเพื่อยืนยันการรับ–จ่ายและยอดคงเหลือว่าตรงตามบัญชีจริง การตรวจสอบรายวันช่วยให้หน่วยงานเตรียมข้อมูลพร้อมต่อการตรวจประจำปีตามระเบียบได้ครบถ้วน อีกทั้งยังสนับสนุนตัวชี้วัด Integrity and Transparency Assessment (ITA) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้หน่วยงานผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ภายใต้ยุทธศาสตร์ “การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล” ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (2560–2579)[2-4]

การใช้สติ๊กเกอร์สีในระบบ DIAAF–FEFO มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถจำแนกลอตยาได้ถูกต้องและรวดเร็ว โดยใช้หลัก “ต่างสี = ต่างลอต” เพื่อแยกลอตตามการรับเข้าจริง ไม่ยึดตามปีปฏิทิน ช่วยลดความสับสนจากการใช้สีซ้ำและป้องกันการหยิบจ่ายผิดลอต แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิด Visual Management ที่ระบุว่าการใช้สัญญาณทางสายตา เช่น สี หรือสัญลักษณ์ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้สถานะงานและความผิดปกติได้ทันที[13] ซึ่งตรงกับแนวทางของ USAID | DELIVER Project[7] และ WHO ที่แนะนำให้แต่ละลอตติดฉลากให้เห็นหมายเลขลอตและวันหมดอายุชัดเจน ผลลัพธ์จากการใช้สติ๊กเกอร์สีจำแนกลอตในงานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Loske et al.[14] ที่พบว่าการใช้รหัสสีช่วยเพิ่มความถูกต้องและความรวดเร็วในการหยิบสินค้าภายในคลังสินค้าได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม U.S. Food and Drug Administration[15] เตือนว่าการใช้สีในฉลากยาควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากการพึ่งพาสีเพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดการตีความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้น ระบบ DIAAF–FEFO จึงกำหนดให้ “สี” เป็นเพียงเครื่องมือช่วยควบคุมเชิงสายตา ควบคู่กับการตรวจสอบข้อมูลลอตและวันหมดอายุในระบบโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์ INVS เพื่อให้การบริหารเวชภัณฑ์ยามีความถูกต้อง ปลอดภัย และโปร่งใสสูงสุด

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้

1. เป็นการประเมินความถูกต้องของคงคลังแบบรายวัน (Daily Cycle Counting) ซึ่งยังไม่พบการรายงานในระบบมาก่อน การตรวจสอบครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ จำนวน ลอตยา วันหมดอายุ และความถูกต้องตามหลัก FEFO จึงให้ความละเอียดและแม่นยำสูงกว่าแนวทางที่ประเมินเป็นรายไตรมาสหรือรายปี

2. ใช้ข้อมูลปฏิบัติงานจริงจำนวนมาก รวม 21,908 รายการ จาก 24 วงรอบ การตรวจสอบ (Cycles) ทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือสูงและสะท้อนการทำงานจริงของคลังเวชภัณฑ์ได้ดีกว่างานเชิงสำรวจทั่วไป

3. แบบจำลอง DIAAF–FEFO สามารถประยุกต์ใช้ได้ทันทีโดยใช้เครื่องมือพื้นฐาน ได้แก่ แบบฟอร์มซึ่งใช้ข้อมูลที่ประมวลผลจากโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์และสติ๊กเกอร์สี ซึ่งมีต้นทุนต่ำ ใช้งานง่าย

4. การรักษาความถูกต้องของข้อมูลคงคลัง (Inventory Accuracy) ช่วยให้การวางแผนจัดซื้อยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงยาขาดคลัง และป้องกันปัญหายาหมดอายุ

5. ระบบ DIAAF–FEFO สามารถปรับความถี่ของวงรอบการตรวจสอบได้ตามความจำเป็น ซึ่งเป็นจุดเด่นสำคัญที่ช่วยเสริมธรรมาภิบาลและการควบคุมภายในของภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม ความสามารถในการเพิ่มหรือลดจำนวนรายการตรวจสอบประจำวันทำให้หน่วยงานสามารถเร่งวงรอบการตรวจสอบได้ทันทีเมื่อพบสัญญาณความเสี่ยง เช่น ความคลาดเคลื่อนของลอตยา วันหมดอายุ การป้องกันยาสูญหาย หรือรายการที่มีความสำคัญสูง ขณะเดียวกันยังสามารถผ่อนความถี่ของการตรวจสอบในช่วงที่ภาระงานสูง เพื่อรักษาคุณภาพงานโดยไม่เพิ่มภาระให้เจ้าหน้าที่มากเกินไป การตรวจสอบรายวันช่วยให้เวชภัณฑ์ยาทุกรายการสามารถตรวจพบและแก้ไขความคลาดเคลื่อนได้ภายใน 1 วงรอบการตรวจสอบ (5–10 วันทำการ ขึ้นกับการกำหนดจำนวนรายการที่ทำการตรวจสอบในแต่ละวัน) ลดปัญหาการสะสมความผิดพลาดและลดปัญหาการตรวจสอบหาสาเหตุย้อนหลัง ซึ่งมักเป็นสาเหตุของความล่าช้าและความตึงเครียดของเจ้าหน้าที่

ในช่วงตรวจคลังประจำปี ก่อนการใช้ระบบนี้ เจ้าหน้าที่มักต้องเตรียมเอกสารจำนวนมากและจัดลำดับการตรวจนับเพื่อรองรับคณะกรรมการตรวจสอบ หลังจากนำระบบ DIAAF–FEFO มาใช้ การตรวจสอบสามารถดำเนินการได้ทุกวันอย่างต่อเนื่องและหมุนวนไปจนครบทุกรายการ ทำให้ข้อมูลคงคลังถูกต้องและพร้อมสำหรับการตรวจสอบจากคณะกรรมการหรือหน่วยงานกำกับดูแลได้ทุกเมื่อ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความพร้อมตรวจสอบตามหลักธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาอยู่ในคลังเวชภัณฑ์ยาเพียงแห่งเดียว อาจจำกัดความสามารถในการขยายผลไปยังบริบทโรงพยาบาลอื่นที่มีโครงสร้างการทำงานต่างกัน

2. ข้อมูล Baseline เป็นข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) ไม่ได้เก็บเชิงระบบ จึงไม่สามารถทำการเปรียบเทียบเชิงสถิติอย่างเป็นทางการ แต่ใช้เพื่อสะท้อนแนวโน้มก่อนการพัฒนาเท่านั้น

3. การตรวจนับรายวันต้องอาศัยความร่วมมือและวินัยของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องความแปรผันของภาระงานรายวันอาจส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลบางช่วงเวลา

4. เครื่องมือ สติ๊กเกอร์ต่างสีต่างลอตเป็นแบบ Manual เมื่อจำนวนรายการและปริมาณยามากขึ้นอาจเพิ่มภาระงานและเวลาได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการดำเนินงานของระบบ DIAAF–FEFO Model แสดงให้เห็นว่าสามารถเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลคงคลังและลดความคลาดเคลื่อนของการจัดเรียงเวชภัณฑ์ได้อย่างต่อเนื่อง ระบบดังกล่าวช่วยให้การตรวจสอบข้อมูลเป็นไปอย่างแม่นยำ ใกล้เคียงกับสภาพจริง และลดความผิดพลาดสะสมจากการบันทึกในระบบโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ การนำแบบฟอร์มตรวจสอบรายวันและการใช้หลัก “ต่างสี = ต่างลอต” ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถจำแนกยาได้ชัดเจนและปฏิบัติงานตามหลัก First Expired, First Out (FEFO) ได้ถูกต้องมากขึ้น หน่วยงานทุกระดับสามารถพิจารณานำระบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ เพื่อเสริมความถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้ของข้อมูลคงคลัง ตลอดจนป้องกันความสูญเสียจากยาหมดอายุในระยะยาว นอกจากนี้ ควรกำหนดให้การตรวจสอบคงคลังรายวันด้วยแบบฟอร์มมาตรฐานเป็นกิจวัตร เพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความรับผิดชอบร่วมกันในทีมคลังเวชภัณฑ์ ทั้งยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการประเมินธรรมาภิบาลและการควบคุมภายในของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Technical Report Series No. 1025: Annex 7 – Good storage and distribution practices for medical products [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015203
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf
3. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 24 ก (ประกาศวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560). [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/024/13.PDF
4. กระทรวงการคลัง. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนพิเศษ 210 ง (ประกาศวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2560). [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/

PDF/2560/E/210/1.PDF

5. Rovinelli R J, Hambleton R K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Educational and Psychological Measurement. 1977;37(2):49-60.
6. U.S. Government Accountability Office (GAO). Best practices in inventory counts and accuracy (GAO-02-447G) [Internet]. Washington, DC: GAO; 2002 [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.gao.gov/assets/ gao-02-447g.pdf
7. USAID | DELIVER Project. Guidelines for warehousing of health commodities [Internet]. Arlington (VA): USAID | DELIVER Project, Task Order 1; 2019 [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.psmtoolbox.org/wp-content/uploads/2019-07/Guidelines WarehousingHealthComm.pdf
8. Rossetti M D, Collins D, Kurgun O. Inventory cycle counting – A review [Internet]. Fayetteville: University of Arkansas, Industrial Engineering Department; 2001 [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.academia.edu/26680591/Inventory_Cycle_Counting_A_Review
9. Anandani G I, Fauziah R, Rusmana W E. Evaluasi sistem penyimpanan obat antibiotik dengan menggunakan metode FIFO dan FEFO di gudang farmasi Rumah Sakit X. Cerdika J Ilm Indones. 2022;2(3):364–72.
10. Ummah N F, Siyamto Y. Efisiensi dan efektivitas dengan menggunakan metode FIFO dan FEFO pada obat generik tahun 2020-2021. J Ilm Keuangan Akuntansi Bisnis. 2022;1(1):39-50.
11. Iqbal Q, Geer M I, Dar P A. Indicator-based assessment of medicine storage and inventory management practices in various public sector hospitals of District Srinagar. Int Arch BioMed Clin Res. 2015;1(1):24-31.
12. ลักขณา รินทะไชย. การพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ยา โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2565–2566. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):834-41.
13. Galsworth G D. Visual workplace / visual thinking: Creating enterprise excellence through the technologies of the visual workplace. New York: Visual-Lean Enterprise Press; 2005.
14. Loske D, Frehe V, Bendul J. The colors of performance – Assessing the impact of color-coding on worker behavior in retail order picking. In: Proceedings of the International Conference on Information Systems (ICIS 2022); 2022; Copenhagen. Association for Information Systems; 2022.
15. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Safety considerations for container labels and carton labeling design to minimize medication errors (p. 10, Section E.1 “Use of Color”) [Internet]. Silver Spring, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research; 2022 [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.fda.gov/media/158522/download

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง

Effectiveness of a Teacher Mentorship Development Program for Early Childhood Care Centers in Promoting Early Childhood Development through a Child-Centered

นงนุช แก้วจิตร์*

Nongnoot Kaewjit

Corresponding author: E-mail: nuchsongsermlomkao65@gmail.com

(Received: November 1, 2025; Revised: November 7, 2025; Accepted: December 1, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงในการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางที่ส่งผลต่อการยกระดับความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยง คุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน พฤติกรรมเด็กปฐมวัย พัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM และทักษะสมองส่วนหน้า EF

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครูพี่เลี้ยงจำนวน 12 คน และเด็กปฐมวัยจำนวน 100 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 12 แห่ง ในเขตอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย : พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนความรู้ (Mean=17.25, SD.=0.75) และพฤติกรรมการจัดการเรียนรู้ (Mean=28.67, SD.=0.89) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนคุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเพิ่มขึ้น (Mean = 29.25, SD.= 1.22) และพฤติกรรมเด็กปฐมวัยดีขึ้น (Mean=25.79, SD.=3.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับพัฒนาการ DSPM พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก Mean= 4.57 (SD. = 0.79) เป็น Mean=4.96 (SD.=0.20) โดยพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา มีอัตราการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ คะแนนทักษะสมองส่วนหน้าเพิ่มจาก Mean =72.82 (SD.=22.38) เป็น Mean=100.29 (SD.= 18.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิผลในการยกระดับสมรรถนะครูและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้งในมิติพัฒนาการพื้นฐาน (DSPM) และทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ควรพิจารณาขยายผลโปรแกรมฯ และบรรจุเนื้อหาในหลักสูตรอบรมครูเพื่อเป็นรากฐานการพัฒนาเด็กในระยะยาว

คำสำคัญ : การจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง; พัฒนาการเด็กปฐมวัย; ทักษะสมองส่วนหน้า; ครูพี่เลี้ยง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract

Purposes : To evaluate the effectiveness of a capacity-building program for teacher assistants in implementing child-centered learning, focusing on teacher assistants' knowledge and behavior, classroom environment quality, preschool children's behavior, child development according to DSPM criteria, and executive function (EF) development.

Study design : This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest design.

Materials and Methods : The sample consisted of 12 teacher assistants and 100 preschool children from child development centers in Lom Kao District, Phetchabun Province, selected through purposive sampling. The intervention program was implemented over a period of 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, with statistical significance set at the .05 level.

Main findings: After participating in the program, caregivers demonstrated significantly higher knowledge scores (Mean = 17.25, SD. = 0.75) and learning management behavior scores (Mean = 28.67, SD. = 0.89) compared to pre-intervention levels ($p < .001$). Classroom environment quality scores increased (Mean = 29.25, SD. = 1.22), and early childhood behavior improved (Mean = 25.79, SD. = 3.04), with both changes being statistically significant ($p < .001$). For DSPM developmental outcomes, the overall mean score increased from Mean = 4.57 (SD. = 0.79) to Mean = 4.96 (SD. = 0.20), with gross motor, receptive language, and expressive language domains achieving a 100% pass rate. Furthermore, executive function scores increased from Mean = 72.82 (SD. = 22.38) to Mean = 100.29 (SD. = 18.91), demonstrating statistically significant improvement ($p <.001$).

Conclusion and recommendations : The capacity-building program for teacher assistants in child development centers using a child-centered learning approach proved to be highly effective in enhancing teacher competence and promoting preschool children's development in both fundamental developmental domains (DSPM) and executive function (EF). Relevant agencies should consider scaling up this program and integrating EF-related content into teacher training curricula to establish a strong foundation for long-term child development.

Keywords : Child-centered learning; Early childhood development; Executive functions; Caregivers

*Professional Nurse Practitioner, Somdej Phra Yupparat Lomkao Hospital, Phetchabun Province.

บทนำ

วัยปฐมวัย (ตั้งแต่ในครรภ์มารดาถึง 6 ปี) ถือเป็นรากฐานสำคัญสูงสุดของพัฒนาการมนุษย์และเป็นช่วงเวลาที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและมีพลวัตสูง[1] คุณภาพของประสบการณ์ที่เด็กได้รับในช่วงวัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการของสมอง การเรียนรู้ สุขภาพ และพฤติกรรมตลอดช่วงชีวิต[2] การพัฒนาศักยภาพเด็กในวัยนี้จึงมิได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้พื้นฐานเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการบ่มเพาะพัฒนาการรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างสมบูรณ์และพร้อมเผชิญความท้าทายในอนาคต[3] เด็กจำเป็นต้องได้รับความรักและการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและกระตุ้นการเรียนรู้ตามธรรมชาติ เพื่อสร้างทักษะสำคัญที่นำไปสู่โอกาสในการเจริญเติบโตอย่างเข้มแข็ง[2]

สถานการณ์และปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยแม้จะตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัย แต่สถานการณ์พัฒนาการเด็กระดับประเทศและระดับพื้นที่ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2565 ถึง 2567 อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับประเทศยังมีแนวโน้มไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ต่ำกว่าร้อยละ 90) โดยพบผลงานร้อยละ 87.3, 82.1 และ 79.5 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการพบเด็กสงสัยล่าช้ายังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 24.3, 22.5 และ 20.8) และอัตราเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยลดลงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 85.1, 79.7 และ 76.2)[4] เมื่อพิจารณาข้อมูลในระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าอัตราเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามีค่าอยู่ที่ ร้อยละ 24.10, 23.03 และ 21.89 ตามลำดับ ขณะที่ในระดับอำเภอหล่มเก่าพบอัตราเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและแก้ไข[4] อยู่ที่ ร้อยละ 30.61, 19.35 และ 13.86 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2565 อำเภอหล่มเก่ามีอัตราเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าสูงถึงร้อยละ 30.61 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาและดำเนินมาตรการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเข้มแข็งในพื้นที่

บทบาทของครูพี่เลี้ยงกับการจัดการเรียนรู้ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีบทบาทสำคัญและเป็นแกนกลางในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำแนวทางการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง (Child-Centered Approach) มาใช้ ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นให้เด็กเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง การลงมือปฏิบัติ และการเชื่อมโยงความรู้กับชีวิตจริง[5] การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน เช่น ดนตรี ศิลปะ หรือกิจวัตรประจำวัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย กล้ามเนื้อมัดเล็ก/มัดใหญ่ ทักษะภาษาและสังคม ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) ซึ่งเป็นทักษะสมองขั้นสูงในการรู้คิดและบริหารจัดการ[6] งานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่าการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมของครูปฐมวัยส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะ EF รายด้านของเด็กปฐมวัย[7] และบทบาทของครูผู้ดูแลเด็กเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการพยากรณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงที่สุด[8]

แม้จะมีการพัฒนาหลักสูตรและนโยบายที่สนับสนุนการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง แต่การนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติจริงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากครูพี่เลี้ยงหลายส่วนยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเพียงพอ ทำให้การจัดการเรียนรู้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของเด็กและยังไม่สามารถแก้ปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพครูพี่เลี้ยงในด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการจัดการเรียนรู้ที่เน้นเด็กเป็นศูนย์กลางจึงเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วน งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้น ศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงในการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ซึ่งส่งผลต่อการยกระดับความรู้และพฤติกรรมครู คุณภาพสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมเด็กปฐมวัย และพัฒนาการเด็ก (DSPM และ EF) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงในการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางที่ส่งผลต่อการยกระดับความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยง คุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน พฤติกรรมเด็กปฐมวัย พัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM และทักษะสมองส่วนหน้า EF

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ตามรูปแบบการวิจัยแบบ กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาคือเด็กปฐมวัย อายุ 2–6 ปี (447 คน) และครูพี่เลี้ยง (49 คน) ที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 17 แห่ง ในเขตอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เด็กปฐมวัย 100 คน (จากการคัดเลือกโดยผู้วิจัยให้เหลือ 100 คน ในขั้นตอนการวิเคราะห์) และครูพี่เลี้ยง 12 คน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง จำนวน 12 ห้องเรียน ในเขตอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ให้ความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย
2. มีอายุการทำงานด้านครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ (Mean 4.72, SD.=0.2) อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินครูพี่เลี้ยง (ความรู้และพฤติกรรม) (16 ข้อ) ประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (ระดับคะแนน 0–3)
2. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (10 ข้อ) ประเมินโดยครูพี่เลี้ยง (ระดับคะแนน 0–3)
3. แบบประเมินสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน (10 ข้อ) ประเมินโดยครูพี่เลี้ยง (ระดับคะแนน 0–3)
4. แบบติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับปี 2566 (5 ด้าน) ประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (คะแนน 1=ผ่าน, 0 =ไม่ผ่าน)
5. แบบประเมินทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ในเด็กวัยก่อนเรียน (5 ทักษะ) ของ สวรส. ประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (ระดับคะแนน 0–4)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) สำหรับแบบประเมินครูพี่เลี้ยง (0.97), พฤติกรรมเด็ก (0.97), และสิ่งแวดล้อม (0.93) และ 2) ความเที่ยง (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินครูพี่เลี้ยง (0.95), พฤติกรรมเด็ก (0.75), และสิ่งแวดล้อม (0.75)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ

รวมระยะเวลา 14 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 14)

ระยะที่ 1: การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest: สัปดาห์ที่ 1)

1) ผู้วิจัยชี้แจงโครงการและขอความยินยอมจากผู้บริหาร ครู และผู้ปกครอง

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest)

โดยใช้แบบประเมินทั้ง 5 ชุด (โดยเจ้าหน้าที่ รพ. และครูพี่เลี้ยงตามที่กำหนด)

ระยะที่ 2: ระยะทดลองโปรแกรม (Intervention: สัปดาห์ที่ 1)

1) สัปดาห์ที่ 1 : ทำร่วมกับระยะที่ 1 ร่วมกับครูพี่เลี้ยงปรับสภาพแวดล้อมในห้องเรียน (มุมประสบการณ์, พื้นที่สุขอนามัย) และปรับกระบวนการเรียนการสอน (ตารางกิจกรรมรายวัน, กิจกรรมการเล่นที่เน้นพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า EF) โดยแนวคิดยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง

2) สัปดาห์ที่ 2–13 (12 สัปดาห์) : ดำเนินการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงฯ โดยครูพี่เลี้ยงนำการจัดการเรียนรู้ที่ได้รับการปรับปรุงไปใช้จริงอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3: การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest: สัปดาห์ที่ 14)

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมทั้ง 5 ชุด

2) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1) ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเชิงพรรณนา: วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

2) ข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Pretest-Posttest) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามทั้งหมด (ความรู้ครู, พฤติกรรมครู, พฤติกรรมเด็ก, สิ่งแวดล้อม, DSPM, EF) ด้วยสถิติ Paired t-test โดยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ค่า $p < .05$ ของสถิติก่อนการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (ทะเบียนเลขที่ 103/2568)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยทั้งหมด 100 คน (จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจำแนกตามเพศและอายุ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันในด้านเพศ โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 51 คน (ร้อยละ 51.00) และเพศชายจำนวน 49 คน (ร้อยละ 49.00) สำหรับการกระจายตัวของอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 3.44 ปี (SD.=0.76) โดยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 3 ปี ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด คือ 51 คน (ร้อยละ 51.00) รองลงมาคือเด็กอายุ 4 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 33.00) ขณะที่เด็กอายุ 5 ปี และ 2 ปี มีจำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.00) และ 7 คน (ร้อยละ 7.00) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	49.00
หญิง	51	51.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
2 ปี	7	7.00
3 ปี	51	51.00
4 ปี	33	33.00
5 ปี	9	9.00
ค่าเฉลี่ยอายุ (Mean)	3.44	-
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)	0.76	-

ประสิทธิผลของของโปรแกรมต่อความรู้ และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยง

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของของโปรแกรมต่อครูพี่เลี้ยงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=12) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองด้าน ด้านความรู้ ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean =7.08 (SD.=1.73) เป็น Mean=17.25 (SD.=0.75) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=18.55, p<.001)

ด้านพฤติกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean =12.67 (SD.)=1.78) เป็น Mean =28.6 (SD.=0.89) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=27.10, p<.001) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประสบความสำเร็จในการยกระดับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสอนของครูพี่เลี้ยงให้สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางอย่างมีประสิทธิผล

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมครูพี่เลี้ยง ระยะก่อนและ หลังการทดลอง (n=12)

ตัวแปร	Mean ± SD.	Mean Diff.	95% CI	p
ความรู้ครูพี่เลี้ยง				
ก่อนทดลอง	7.08 ± 1.73	10.17	8.91, 11.43	<.001
หลังทดลอง	17.25 ± 0.75			
พฤติกรรมครูพี่เลี้ยง				
ก่อนทดลอง	12.67 ± 1.78	16.00	14.79, 17.21	<.001
หลังทดลอง	28.67 ± 0.89			

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมเด็กปฐมวัยและสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนและสภาพแวดล้อมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองตัวแปร ด้านพฤติกรรมเด็กปฐมวัย (n=100) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean=15.15 (SD.=2.90)

เป็น Mean=25.79 (SD.=3.04) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=47.11, p<.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาครูพี่เลี้ยงส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน (n=12 ห้อง) พบว่าคะแนนเฉลี่ยมีการยกระดับขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยเพิ่มจาก Mean=16.00 (SD.=2.17) เป็น Mean=29.25 (SD.=1.22) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง (p<.001) ผลการวิเคราะห์นี้แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องในการพัฒนาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กปฐมวัยและสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n (หน่วย)	Mean ± SD.	Mean Diff.	95%CI	p
พฤติกรรมเด็กปฐมวัย	100 (คน)				
ก่อนทดลอง		15.15 ± 2.90	10.64	10.18, 11.10	<.001
หลังทดลอง		25.79 ± 3.04			
สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน	12 (ห้อง)				
ก่อนทดลอง		16.00 ± 2.17	13.25	11.86, 14.64	<.001
หลังทดลอง		29.25 ± 1.22			

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแบบคัดกรอง DSPM

1. ผลการเปรียบเทียบร้อยละการผ่านเกณฑ์ประเมินพัฒนาการรายด้าน

การวิเคราะห์ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการ DSPM รายด้าน ดังนี้ ด้านที่มีอัตราการผ่าน 100% หลังการทดลองพบว่าพัฒนาการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM), ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL), และด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) มีอัตราการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจนถึง 100.00% โดยก่อนการทดลองอัตราการผ่านของด้านการเคลื่อนไหว อยู่ที่ 91.00% และด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาอยู่ที่ 93.00% ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor: FM) มีอัตราการผ่านเพิ่มขึ้นจาก 90.00% เป็น 97.00% ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social: PS) มีอัตราการผ่านเพิ่มขึ้นจาก 90.00% เป็น 99.00% รายละเอียดดังตารางที่ 4

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแบบคัดกรอง DSPM

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแบบคัดกรองพัฒนาการ DSPM ระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมเพิ่มจาก Mean=4.57 (SD.=0.79) ก่อนการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น Mean= 4.96 (SD.=0.20) หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.39 และ p< .001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน DSPM รายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง (n=100)

ด้านพัฒนาการ DSPM	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ด้านการเคลื่อนไหว Gross Motor (GM)	91.00	100.00
2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา Fine Motor (FM)	90.00	97.00
3. ด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL)	93.00	100.00
4. ด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL)	93.00	100.00
5. ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม Personal and Social	90.00	99.00

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการ DSPM ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n=100)

พัฒนาการ DSPM	Mean ± SD.	Mean Diff.	95%CI	p
ก่อนทดลอง	4.57±0.79	0.39	0.25, 0.53	<.001
หลังทดลอง	4.96±0.20			

ผลการประเมินทักษะสมองส่วนหน้า (EF)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Functions: EF) ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงฯ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการ EF เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน

ทักษะสมองส่วนหน้าโดยรวม คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองส่วนหน้า EF โดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก Mean=72.82 (SD.= 22.38) ก่อนการทดลอง เป็น Mean= 100.29 (SD.= 18.91) หลังการทดลอง แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 17.29, p <.001)

ทักษะสมองส่วนหน้ารายด้าน ทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) ในทุกด้าน

1) ด้านการวางแผนการจัดการมีค่าสถิติ t สูงที่สุด (t=16.96) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.69 เป็น 19.04

2) ด้านการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 23.60 เป็น 31.57 (t = 14.62)

3) ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.43 เป็น 15.78 (t = 14.50)

4) ด้านการควบคุมอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.94 เป็น 15.32 (t=14.25)

5) ด้านความจำขณะทำงาน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.16 เป็น 18.58 (t=13.25)

ผลการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงฯ ที่เน้นการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิผลอย่างยิ่งในการส่งเสริมและทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการวางแผนการจัดการ และการยับยั้งพฤติกรรม ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะพื้นฐานที่สำคัญต่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิต ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ก่อนและหลังการทดลอง (n=100)

พัฒนาการสมองส่วนหน้า (EF)	Mean± SD.	Mean Diff.	95% CI	p
1. การหยุดและยับยั้งพฤติกรรม				
ก่อนทดลอง	23.60 ± 7.67	7.97	6.89, 9.05	<.001
หลังทดลอง	31.57 ± 6.37			
2. การเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด				
ก่อนทดลอง	11.43 ± 3.86	4.35	3.75, 4.95	<.001
หลังทดลอง	15.78 ± 3.15			
3. การควบคุมอารมณ์				
ก่อนทดลอง	10.94 ± 3.72	4.38	3.76, 4.99	<.001
หลังทดลอง	15.32 ± 3.20			
4. ความจำขณะทำงาน				
ก่อนทดลอง	13.06 ± 4.53	5.52	4.79, 6.25	<.001
หลังทดลอง	18.58 ± 4.08			
5. การวางแผนและการจัดการ				
ก่อนทดลอง	13.69 ± 4.75	5.35	4.72, 5.98	<.001
หลังทดลอง	19.04 ± 3.74			
พัฒนาการโดยรวม				
ก่อนทดลอง	72.82 ± 22.38	27.47	24.32, 30.62	<.001
หลังทดลอง	100.29 ± 18.91			

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงในการยกระดับความรู้และพฤติกรรมครู คุณภาพสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมเด็ก พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และทักษะสมองส่วนหน้า (EF) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย (n=100) และครูพี่เลี้ยง (n=12) ผลการวิเคราะห์แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรตามทั้งหมด ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย (n=100)

ประกอบด้วยเพศหญิงร้อยละ 51.00 (n=51) และเพศชายร้อยละ 49.00 (n=49) โดยมีอายุเฉลี่ย 3.44 ปี (SD.=0.76) การกระจายตัวของอายุสะท้อนว่าเด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 3 ปี (ร้อยละ 51.00) และ 4 ปี (ร้อยละ 33.00)

2. ประสิทธิผลต่อครูพี่เลี้ยง (ความรู้และพฤติกรรม)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งสองด้าน ด้านความรู้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean=7.08 (SD.=1.73) เป็น Mean=17.25 (SD.)=0.75) (t=18.55, p<.001) ด้านพฤติกรรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean=12.67 (SD.=1.78) เป็น Mean=28.67

(SD.=0.89) (t=27.10, p<.001)

3. ประสิทธิผลต่อสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเด็กปฐมวัย โปรแกรมฯ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กปฐมวัยและสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ด้านพฤติกรรมเด็กปฐมวัย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean=15.15 (SD.=2.90) เป็น Mean =25.79 (SD.=3.04) (t=47.11, p<.001) ด้านสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean =16.00 (SD.=2.17) เป็น Mean =29.25 (SD.=1.22) (t=21.06, p<.001)

4. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแบบคัดกรอง DSPM ผลการประเมินพัฒนาการโดยรวมและรายด้านตามแบบคัดกรอง DSPM แสดงการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญคะแนนเฉลี่ยรวมพัฒนาการ DSPM เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก Mean=4.57 (SD.=0.79) ก่อนการทดลองเป็น Mean =4.96 (SD.=0.20) หลังการทดลอง (t=5.39, p<.001)

ร้อยละการผ่านเกณฑ์รายด้านภายหลังการทดลองอัตราการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM), ด้านการเข้าใจภาษา (RL), และด้านการใช้ภาษา (EL) มีอัตราการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นถึง 100.00% ส่วนด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) มีอัตราการผ่านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.00 และ 99.00 ตามลำดับ

5. ผลการประเมินทักษะสมองส่วนหน้า (EF) คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ของเด็กปฐมวัย เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน (p<.001) ทักษะสมองส่วนหน้า (EF) โดยรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean =72.82 (SD.=22.38) เป็น Mean =100.29 (SD.=18.91) (t=17.29, p<.001) ทักษะสมองส่วนหน้า (EF) รายด้านทุกองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีค่าสถิติ t สูงที่สุด คือ ด้านการวางแผนการจัดการ (t=16.96) และด้านการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม (t=14.62)

บทสรุปโดยรวมผลการวิจัยยืนยันว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิผลอย่างยิ่งในการยกระดับความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยง ตลอดจนส่งผลให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน พัฒนาพฤติกรรมเชิงบวกของเด็กปฐมวัย และที่สำคัญคือ ส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมตามเกณฑ์ DSPM และทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญต่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในอนาคต

วิจารณ์

ผลการวิจัยกึ่งทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ต่อตัวแปรตามทั้งหมดที่ศึกษา ตั้งแต่ระดับความสามารถครู สภาพแวดล้อม และผลลัพธ์พัฒนาการเด็ก DSPM และ ทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้มีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยอื่น ๆ

1. ผลต่อความรู้และพฤติกรรมครูพี่เลี้ยง (Process)

คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางของครูพี่เลี้ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) สะท้อนว่าโปรแกรมฯ ช่วยในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากร ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นการพัฒนาบุคลากรเป็นฐาน ของโสมสิริ เดชารัตน์[9] ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการประเมินพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น รวมถึงงานวิจัยของ ศิริพรรณ บุตรศรี และปาริชาต ชรากาหมุด[10] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมฝึกอบรมสามารถเพิ่มความรู้ของครูพี่เลี้ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะครูเพื่อการจัดประสบการณ์เชิงรุกของ ชิตาพร เอี่ยมสะอาด และคณะ[11]

นอกจากนี้ผลที่ว่าพฤติกรรมครูเป็นตัวแปรสำคัญที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณลีรัตน์ งามเลิศ และธิติรัตน์ ราศิริ[8] ที่ระบุว่าบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของครูผู้ดูแลเด็กเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงที่สุด ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งบ่งชี้ถึง

ความจำเป็นของการออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองของครู

2. ผลต่อสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเด็กปฐมวัย

การยกระดับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ วิศณี ไชยรักษ์ และวิไลวรรณ พานทอง[12] ที่เน้นการจัดผังห้องเรียนและพื้นที่มุมประสบการณ์ให้เอื้อต่อกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมนี้เองที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้พฤติกรรมเชิงบวกของเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลที่เชื่อมโยงมาจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การสอนของครู

3. ผลต่อพัฒนาการ DSPM และทักษะสมองส่วนหน้า (EF)

3.1 พัฒนาการตามเกณฑ์ DSPM คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการรวมตามเกณฑ์ DSPM ที่เพิ่มขึ้น และอัตราการผ่านเกณฑ์ที่สูงขึ้นจนถึง 100% ในหลายด้าน แสดงถึงการพัฒนาที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพร มงคลสิริ[13] ที่พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นการที่พัฒนาการทุกด้านดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการมุ่งเน้นการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลางผ่านการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเชื่อมโยงกัน (เช่น การจัดประสบการณ์แบบโครงการของ ปาริฉัตร ไชยเดช และคณะ[14] เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดช่องว่างพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่

3.2 ทักษะสมองส่วนหน้า (EF) คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองส่วนหน้า (EF)โดยรวมและรายด้านที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพร มงคลสิริ[13] ที่ใช้โปรแกรมพัฒนาครูปฐมวัยและพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะสมอง EF ทั้งรายด้านและภาพรวมของเด็กปฐมวัยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ การพัฒนาที่เด่นชัดในด้าน การวางแผนการจัดการ และ การยับยั้งพฤติกรรม ในงานวิจัยนี้ยืนยันถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่เน้นการเล่นแบบมีเป้าหมายและการใช้กระบวนการคิด เช่น การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์โดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบของ ทิพย์สุดา ชื่นชมและรุ่งลาวัลย์ ละอำคา[15] การแก้ไขปัญหาในบริบทผลลัพธ์นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นการตอบโต้ปัญหาที่พบโดย จงจิต เค้าสิม และสันติ วิจักขณาลัญจ์[16] ที่ระบุว่าพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยจำนวนมากยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 36.90 อยู่ในระดับต่ำ/ควรปรับปรุง) โปรแกรมนี้จึงทำหน้าที่เป็นรูปแบบเชิงกลยุทธ์ที่สามารถยกระดับทักษะ EF ซึ่งเป็นรากฐานพัฒนาการในศตวรรษที่ 21 ให้กับเด็กปฐมวัยได้อย่างเป็นรูปธรรม

จุดเด่น และข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครบวงจรและมีประสิทธิผลสูงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแสดงประสิทธิผลอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตลอดจนผลลัพธ์ตั้งแต่การพัฒนาความรู้พฤติกรรมของครู การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ไปจนถึงการยกระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และทักษะสมองส่วนหน้า (DSPM และ EF) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการกระตุ้นพัฒนาอย่างเป็นระบบ การวัดผลลัพธ์เชิงลึกและครอบคลุมมีการใช้เครื่องมือประเมินที่หลากหลายและครอบคลุมมิติสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทักษะสมองส่วนหน้า (EF) เป็นการวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สำคัญและมีความร่วมสมัยต่อการศึกษาปฐมวัยในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นั้นเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หนักแน่น และพัฒนาการ DSPM เป็นการวัดผลตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งช่วยให้สามารถเปรียบเทียบและยืนยันสถานะพัฒนาการในระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพิจารณา ขยายผลการใช้ “โปรแกรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการจัดการเรียนรู้แบบยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง” ไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่พบว่าพัฒนาการของเด็กยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้เกิดการยกระดับคุณภาพการศึกษาปฐมวัยในวงกว้าง ควรบรรจุเนื้อหาทักษะสมองส่วนหน้า (EF) ในหลักสูตรอบรมครูหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรบรรจุเนื้อหาและทักษะ

การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะสมองส่วนหน้า (EF) อย่างเป็นระบบในหลักสูตรฝึกอบรมครูพี่เลี้ยง/ครูผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า (EF)

สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ภายในและภายนอกห้องเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นไปตามแนวทางที่เน้นเด็กเป็นศูนย์กลางและเอื้อต่อการเรียนรู้ผ่านการเล่น (Play-based Learning) อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการจัดมุมประสบการณ์ที่กระตุ้นพัฒนาการ

สร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง เน้นย้ำให้ครูพี่เลี้ยงนำความรู้ที่ได้ไปสร้างความร่วมมือและถ่ายทอดทักษะการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้แก่ผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการกระตุ้นพัฒนาการทั้งที่บ้านและที่ศูนย์ฯ ตามแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการสรุปผล ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม หรือได้รับโปรแกรมรูปแบบอื่น การศึกษาติดตามผลระยะยาว เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา ควรมีการวิจัยแบบติดตามผลระยะยาวเช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการสอนของครูพี่เลี้ยง และความคงทนของพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะทักษะสมองส่วนหน้า (EF)

เอกสารอ้างอิง

1. Diamond A. Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013;64:135-68.
2. UNICEF Thailand. ความสำคัญของการศึกษาปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: UNICEF Thailand; 2564 [เข้าถึงเมื่อ1 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/th/early-childhood-education
3. Weikart D P. Quality programs for young children: keys to a promising future. J Educ. 1989;171(3):3-15.
5. HDC Health Data Center. รายงานมาตรฐาน “การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย (จปฐ./DSPM)” [Internet]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ1 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/pnb/public/standard-report-detail/2238b7879f442749bd1804032119e824.
6. Piyamongkolsiri P. The effectiveness of a training program for preschool teachers to promote executive functions in preschool children in Sisaket Province. J Educ. 2566;25(4):112-25.
7. Ngamloet W, Rasiri T. Factors affecting the promotion of early childhood development in Chiang Dao District, Chiang Mai Province. J Public Health Sci. 2567;5(2):20-35.
8. ปิยะพร มงคลสิริ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัยในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2566;16(2):20-35.
9. วรรณลีรัตน์ งามเลิศ, ธิติรัตน์ ราศิริ. ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;34(1):50-65.
9. โสมสิริ เดชารัตน์. การจัดการเชิงกลุ่มเพื่อการเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและครูในการประเมินและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กต่ำกว่า 5 ปี ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุข ม.บูรพา. 2565;17(2):171-85.
10. ศิริพรรณ บุตรศรี, ปาริชาต ชรากาหมุด. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงเรื่อง 4D เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโต

และพัฒนาการสมวัย สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย มรภ. พระนครศรีอยุธยา. 2567;17(1):28-40.

11. ชิตาพร เอี่ยมสะอาด, พัชรินทร์ จันทร์ส่องแสง, สุกิจ เอี่ยมสะอาด. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เชิงรุกสำหรับครูเพื่อหนุนเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาของเด็กปฐมวัยโดยใช้แนวคิดการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพเป็นฐาน. วารสารศึกษาศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2567;35(2):150-65.
12. วิศณี ไชยรักษ์, วิไลวรรณ พานทอง. แนวทางการจัดพื้นที่ภายในห้องเรียนเด็กปฐมวัยที่ส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์. 2564;16(2):87-99.
13. ปิยะพร มงคลสิริ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัยในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ (J Educ Rev). 2566;31(2):145-60.
14. ปาริฉัตร ไชยเดช, นุชนาถ รัตนสุวรรณ, สุกัญญา ประจุศิลป. แนวทางการส่งเสริมการจัดประสบการณ์แบบโครงการในห้องเรียนของเด็กปฐมวัย. วารสารครุศาสตร์ มรภ. มหาสารคาม. 2564;15(2):165-79.
15. ทิพย์สุดา ชื่นชม, รุ่งลาวัลย์ ละอำคา. การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์โดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบเพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิดแก้ปัญหาของเด็กปฐมวัย. วารสารวิชาการ มรภ. พระนคร. 2567;15(1):121-35.
16. จงจิต เค้าสิม, สันติ วิจักขณาลัญฉ์. พัฒนาการการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย: รากฐานพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศตวรรษที่ 21. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ (J Educ Rev). 2567;32(1):55-70.

การพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Monitoring and Evaluation Program for Public Administration Performance under the Health Strategic Plan of Roi Et Province

อิทธิพล ดวงแก้ว*
Ittipol Duangkaew
Corresponding author E-mail: Ittipoldk@gmail.com
(Received: November 3, 2025; Revised: November 10, 2025; Accepted: December 10, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนาและทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยดำเนินการตามขั้นตอนของวงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 130 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 - กันยายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นด้วยภาษาสคริปต์ PHP และฐานข้อมูล MySQL แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.87 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีปัญหาความล่าช้าในการรวบรวมข้อมูล (93.3%) ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน (86.7%) และรูปแบบรายงานที่ไม่เป็นมาตรฐาน (80.0%) ทำให้เกิดความต้องการด้านการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การติดตามผลแบบเรียลไทม์ การสร้างรายงานที่เป็นมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง 2) ได้พัฒนาโปรแกรม เพื่อการดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์ (Web Application) ที่ประกอบด้วย 5 โมดูลหลัก ได้แก่ การจัดการผู้ใช้งาน การจัดการตัวชี้วัด การบันทึกผลการดำเนินงาน แดชบอร์ดแสดงผลแบบเรียลไทม์ และระบบสร้างรายงาน โดยระบบผ่านการทดสอบความถูกต้อง (100%) มีเวลาตอบสนอง 1.8 วินาที รองรับผู้ใช้พร้อมกัน 120 คน และมีความพร้อมใช้งาน (99.4%) และ 3) ผลการทดลองและประเมินผล พบว่า ระบบสามารถลดระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล (80%) ลดเวลาสร้างรายงาน (95%) เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลจาก 75% เป็น 95% ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของระบบ 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.28, SD. = 0.33) และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, SD = 0.39)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพให้หน่วยงานมีระบบรายงานผลปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดที่รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการผู้ใช้งานได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาไปสู่การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อการตัดสินใจในอนาคต และพัฒนาต่อยอดให้รองรับ Mobile application เพื่อความสะดวกยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ; ตัวชี้วัด; วงจรการพัฒนาระบบ; โปรแกรมกำกับติดตาม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This study aimed to examine the existing problems and needs, develop, pilot, and evaluate the use of a monitoring and evaluation program for the implementation of the Roi Et Provincial Health Strategic Plan.

Study design : A developmental research approach was employed following the System Development Life Cycle (SDLC) framework.

Materials and Methods : The sample consisted of 130 health administrators and public health personnel. The study was conducted from June 2024 to September 2025. Data were collected using the newly developed program built with PHP scripting language and a MySQL database, in-depth interviews, and opinion assessment forms on system efficiency and user satisfaction. The instrument validity yielded a content validity index of 0.87 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.92. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : 1) Problems and Needs Assessment : The monitoring and evaluation of performance under the Roi Et Provincial Health Strategic Plan faced delays in data collection (93.3%), outdated information (86.7%), and non-standardized reporting formats (80.0%). These issues indicated the need for an efficient data management system, real-time monitoring, standardized report generation, and advanced data analytics. 2) Program Development: A web-based application for monitoring and evaluating strategic plan performance was developed, consisting of five core modules: user management, indicator management, performance data entry, real-time dashboard, and report generation system. The system achieved 100% accuracy in functional testing, a response time of 1.8 seconds, supported 120 concurrent users, and demonstrated 99.4% system availability.3) Pilot Testing and Evaluation: The system reduced data collection time by 80%, report generation time by 95%, and improved data accuracy from 75% to 95%. User opinions on system efficiency across five dimensions were rated at a high level (Mean = 4.28, SD. = 0.33). User satisfaction across three dimensions was also at a high level (Mean = 4.19, SD. = 0.39).

Conclusion and Recommendations : The developed program effectively enhances the efficiency of agencies in reporting the performance of the provincial health strategic plan. It appropriately addresses user needs, supports future integration of big data for decision-making, and can be further expanded to accommodate mobile applications for greater convenience.

Keywords : Health Strategic Plan; Indicators; System Development Life Cycle (SDLC); Monitoring and Evaluation Program

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Roi Et Provincial Health Office.

บทนำ

ท่ามกลางพลวัตการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพโลกและนโยบาย Digital Health ที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน[1] โดยมุ่งเน้นความเป็นเลิศใน 5 ด้าน (4+1 Excellence) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าวให้สัมฤทธิ์ผลจำเป็นต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่แม่นยำ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการสุขภาพระดับพื้นที่และต้องรับผิดชอบกำกับติดตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 88 ตัวชี้วัด[2] ครอบคลุมภารกิจทั้ง 5 ด้าน ต้องเผชิญกับความท้าทายในการบริหารจัดการข้อมูลที่มีความซับซ้อน

จากการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ระบบการติดตามประเมินผลเดิมยังคงประสบปัญหาเชิงโครงสร้างในลักษณะคอขวด เนื่องจากการพึ่งพากระบวนการรวบรวมข้อมูลแบบแยกส่วน ผ่านไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากหน่วยบริการระดับอำเภอ กระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดความล่าช้า ข้อมูลขาดความเป็นปัจจุบัน และมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ในขั้นตอนการรวบรวม นอกจากนี้ ความหลากหลายของรูปแบบรายงานยังเป็นอุปสรรคต่อการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ส่งผลให้ผู้บริหารขาดข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพเพียงพอสำหรับใช้สนับสนุนการตัดสินใจได้อย่างทันท่วงที

จากสภาพปัญหาดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของช่องว่างงานวิจัย (Research Gap) เกิดจากขาดระบบเฉพาะที่ออกแบบมาสำหรับการติดตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพในระดับเขตและประเทศ ซึ่งการพัฒนาระบบสารสนเทศสามารถพัฒนาโปรแกรมที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากระบบทั่วไป ได้แก่ 1) ความหลากหลายของตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งด้านบริการ ป้องกัน ส่งเสริม และบริหารจัดการ 2) ความจำเป็นในการรวบรวมข้อมูลจากหลายหน่วยงานในแนวดิ่งและแนวราบ 3) ความต้องการรายงานผลที่รวดเร็วเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และ 4) ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของบุคลากรในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ ที่ผ่านมามุ่งเน้นการพัฒนาระบบเพื่อรายงานข้อมูลเชิงปฏิบัติการ แต่ขาดการบูรณาการเพื่อการกำกับติดตามเชิงยุทธศาสตร์ที่สามารถเชื่อมโยงตัวชี้วัดกับเป้าหมายระดับนโยบายได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาระบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดร้อยเอ็ดโดยเฉพาะ

เพื่อเป็นการยกระดับกระบวนการทำงานสู่ความเป็นรัฐบาลดิจิทัล และแก้ไขปัญหาข้างต้นอย่างยั่งยืน การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)[3] ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบติดตามตัวชี้วัดสุขภาพแบบดิจิทัลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพได้ดีกว่าระบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chou W-J, et al.[4] ที่พบว่าการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC)[5] เข้ามาช่วยจัดระเบียบโครงสร้างการพัฒนา เพื่อให้ได้ระบบที่สามารถแก้ปัญหาความล่าช้า ลดภาระงานเอกสาร และเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ พัฒนาและทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินงาน ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการ การออกแบบ การพัฒนา การทดสอบการนำไปใช้งานและการบำรุงรักษา ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระยะของการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการของผู้ใช้งาน จำนวน 30 คน ประกอบด้วยนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด

2. กลุ่มผู้ประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจจากการใช้งานระบบจริง จำนวน 100 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย งานวิจัยนี้จำแนกเครื่องมือออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการพัฒนาโปรแกรม และเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการพัฒนาโปรแกรม งานวิจัยนี้ออกแบบตามสถาปัตยกรรมแบบสามชั้น (3-Tier Architecture) ซึ่งประกอบด้วยชั้นนำเสนอผล ชั้นตรรกะประมวลผล และชั้นจัดการข้อมูล ตามแนวคิดที่ระบุโดย IBM[6] โดยมีรายละเอียดเชิงเทคนิค ดังนี้

1.1 ส่วนการนำเสนอ พัฒนาด้วย HTML5, CSS3 ร่วมกับ Bootstrap Framework โดยเน้นการออกแบบแบบ Responsive Web Design เพื่อให้ระบบสามารถแสดงผลได้อย่างมีประสิทธิภาพบนอุปกรณ์ที่หลากหลาย ทั้งคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เคลื่อนที่

1.2 ส่วนประมวลผล ใช้ภาษา PHP[7] ซึ่งเป็นภาษา Server-side Scripting ที่มีความเสถียรและประสิทธิภาพสูง เหตุผลสำคัญในการเลือกใช้คือความเหมาะสมกับโครงสร้างพื้นฐานเดิมของหน่วยงานภาครัฐ และความพร้อมของบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งเอื้อต่อการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาในระยะยาว

1.3 ส่วนจัดการข้อมูล จัดการฐานข้อมูลด้วย MySQL[8] ในรูปแบบ Relational Database Management System (RDBMS) เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล และประสิทธิภาพในการจัดเก็บและสืบค้นข้อมูลจำนวนมากที่มีความสัมพันธ์ซับซ้อน

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ใช้งานในการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

2) แบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานโปรแกรม มี 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพต่อการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม ได้แก่ ด้านความเหมาะสมในการใช้งานโปแกรม จำนวน 5 ข้อ ด้านความสะดวกและความง่ายต่อการใช้งานโปรแกรม จำนวน 5 ข้อ ด้านความถูกต้องการทำงานของโปแกรม จำนวน 5 ข้อ ด้านการแสดงผลข้อมูล จำนวน 5 ข้อ ด้านความปลอดภัยของโปแกรม จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก

ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความพึงพอใจต่อการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ความคิดเห็นที่มีต่อความพึงพอใจของการใช้งานโปรแกรม ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกแบบ จำนวน 5 ข้อ ด้านการนำไปใช้งาน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนา เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการประเมินได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.87 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (≥ 0.50)

2. แบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบ 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับแบบสัมภาษณ์ ได้ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.89

2.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ใช้งานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[9] ได้ค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งอยู่ในระดับความเชื่อมั่นสูงมาก (≥ 0.80) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความคงที่และสามารถวัดได้ผลที่น่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากการประชุมกลุ่มย่อยและการสัมภาษณ์

1) ประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในเดือนมิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกผลการประชุม

2) สัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 5 คน สาธารณสุขอำเภอ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 9 คน และผู้รับผิดชอบข้อมูลตัวชี้วัด 10 คน เพื่อวิเคราะห์และออกแบบโปรแกรมดำเนินการภายในเดือนกรกฎาคม 2567 โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงรายละเอียดและสาธิตการใช้โปรแกรมและฝึกการใช้ระบบจนชำนาญ ในเดือนพฤศจิกายน 2567 (วงรอบที่ 1) และเดือนมกราคม 2568 (วงรอบที่ 2 ผ่าน Zoom meeting และ Onsite) เครื่องมือที่ใช้ คือแบบบันทึกรายงานการประชุม

4) ทดลองใช้ในวงรอบที่ 1 โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และคู่มือการใช้โปรแกรม หลังสิ้นสุดการใช้ระบบ 1 เดือน ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามประเมินผลการใช้โปรแกรม (Online) เกี่ยวกับการใช้โปรแกรม ปัญหาที่พบข้อเสนอแนะหรือสิ่งที่ต้องการปรับปรุงและเพิ่มเติม

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมจากผลการประเมินการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวชี้วัดหรือความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมของผู้ใช้งาน

ทดสอบใช้ในวงรอบที่ 2 โดยใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นและมีการปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะในการทดลองใช้รอบที่ 1 และคู่มือการใช้โปรแกรม หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม 1 เดือน ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นระบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ[10]

2. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา โดยจำนวนและร้อยละ

การวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศของผู้ใช้งาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (รหัสรับรอง COE 1982566 และ COE 1012567) โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และรักษาข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการระบบสารสนเทศในการกำกับติดตามงานสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 คน พบสภาพปัญหาและความต้องการที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 สภาพปัญหาในการกำกับติดตามและประเมินผล

1) ความล่าช้าในการรวบรวมข้อมูล เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการติดตามตัวชี้วัดอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 93.3) เนื่องจากต้องรอข้อมูลจากหน่วยบริการระดับอำเภอ โดยใช้เวลาเฉลี่ย 7-10 วัน ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามความคืบหน้าได้ทันท่วงที

2) ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 86.7) ทำให้การวิเคราะห์สถานการณ์และการตัดสินใจมีความล่าช้าตามไปด้วย โดยเฉพาะในช่วงที่ต้องการข้อมูลเพื่อการรายงานเร่งด่วน

3) รูปแบบรายงานที่ไม่เป็นมาตรฐาน (ร้อยละ 80.0) แต่ละหน่วยงานส่งข้อมูลในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความยากลำบากในการรวบรวมและวิเคราะห์เปรียบเทียบ และมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการคีย์ข้อมูลซ้ำ

4) กระบวนการทำงานที่ซับซ้อน มีขั้นตอนมากถึง 8 ขั้นตอน ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน การตรวจสอบความถูกต้อง การรวบรวมในระดับจังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูล การสร้างรายงาน และการนำเสนอผู้บริหาร

1.2 ความต้องการระบบสารสนเทศ

1) ระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 96.7) ต้องการระบบที่สามารถบันทึกข้อมูลได้โดยตรงจากหน่วยงาน มีการตรวจสอบความถูกต้องอัตโนมัติ และป้องกันข้อมูลซ้ำซ้อน

2) การติดตามผลแบบเรียลไทม์ (ร้อยละ 93.3) ผู้บริหารต้องการเห็นข้อมูลปัจจุบันทันทีโดยไม่ต้องรอการรวบรวม สามารถติดตามความก้าวหน้าของตัวชี้วัดได้ตลอดเวลา

3) การสร้างรายงานที่เป็นมาตรฐาน (ร้อยละ 90.0) ต้องการระบบที่สามารถสร้างรายงานในรูปแบบมาตรฐานได้อัตโนมัติ ลดเวลาในการจัดทำรายงาน และสามารถส่งออกในรูปแบบต่างๆ ได้

4) การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง (ร้อยละ 86.7) ต้องการเครื่องมือที่ช่วยในการวิเคราะห์แนวโน้ม การเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน และการแสดงผลในรูปแบบกราฟที่เข้าใจง่าย

1.3 ข้อจำกัดและอุปสรรค

1) ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี บางหน่วยงานมีความพร้อมด้านอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ

2) ทักษะด้านเทคโนโลยีของบุคลากร บุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะในการใช้งานระบบสารสนเทศจำเป็นต้องมีการฝึกอบรม

3) ความกังวลเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล ต้องการระบบที่มีความปลอดภัยสูง มีการควบคุมสิทธิ์การเข้าถึง และสำรองข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จากการดำเนินการตามวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมภายใต้สถาปัตยกรรมแบบ 3-Tier Architecture โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โครงสร้างและองค์ประกอบของโปรแกรม

โปรแกรมประกอบด้วย 5 โมดูลหลัก ได้แก่

1) โมดูลการจัดการผู้ใช้งานและการกำหนดสิทธิ์ รองรับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ใช้งาน 4 ระดับ ได้แก่ ผู้ดูแลระบบ ผู้บริหารจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โดยแต่ละบทบาทมีสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกันตามหน้าที่ความรับผิดชอบ

2) โมดูลการจัดการโครงสร้างตัวชี้วัด สามารถจัดการตัวชี้วัดทั้ง 88 ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ มีการจัดหมวดหมู่ตามยุทธศาสตร์และภารกิจ กำหนดเป้าหมายรายเดือน รายไตรมาส และรายปี พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัด

3) โมดูลการบันทึกและตรวจสอบข้อมูล มีระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Validation) ป้องกันการบันทึกข้อมูลที่ผิดพลาด มีระบบแจ้งเตือนเมื่อถึงกำหนดการรายงาน และสามารถแนบเอกสารหลักฐานประกอบได้

4) โมดูลแสดงผลข้อมูลแบบเรียลไทม์แดชบอร์ดแสดงผลการดำเนินงานในรูปแบบกราฟและแผนภูมิที่หลากหลาย มีการแสดงสถานะของตัวชี้วัด (ผ่าน ไม่ผ่าน) สามารถเลือกดูข้อมูลแยกตามยุทธศาสตร์ ภารกิจ หรือหน่วยงาน และดูรายละเอียดในแต่ละตัวชี้วัดได้

5) โมดูลสร้างรายงานอัตโนมัติ สามารถสร้างรายงานในรูปแบบมาตรฐานได้หลากหลาย เช่น รายงานรายเดือน รายไตรมาส รายปี รายงานแยกตามยุทธศาสตร์ รายงานเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน และสามารถส่งออกข้อมูลในรูปแบบ PDF และ Excel

2.2 คุณลักษณะเฉพาะของระบบ

1) การออกแบบที่ปรับเปลี่ยนตามขนาดหน้าจอ รองรับการแสดงผลบนอุปกรณ์หลากหลายทั้งคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และสมาร์ทโฟน

2) ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ แจ้งเตือนผู้รับผิดชอบเมื่อถึงกำหนดรายงาน เมื่อตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญ

3) ระบบสำรองข้อมูลอัตโนมัติ ทำการสำรองข้อมูลทุกวัน และเก็บประวัติการแก้ไขข้อมูลเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้

4) ความปลอดภัยระดับสูง มีระบบเข้ารหัสข้อมูล (Encryption) การยืนยันตัวตนแบบสองขั้นตอน (Two-Factor Authentication) และบันทึกการเข้าใช้งานระบบ (Audit Log)

2.3 ผลการทดสอบความถูกต้องและประสิทธิภาพทางเทคนิค

1) การทดสอบความถูกต้องของฟังก์ชัน (Functional Testing) ทดสอบทั้งหมด 50 กรณีทดสอบ พบว่า ระบบสามารถประมวลผลตรรกะและจัดเก็บข้อมูลได้ถูกต้องสมบูรณ์ร้อยละ 100

2) ความรวดเร็วในการตอบสนอง (Response Time) ระบบมีค่าเฉลี่ยเวลาตอบสนองอยู่ที่ 1.8 วินาที ซึ่งดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (น้อยกว่า 3 วินาที)

3) การรองรับผู้ใช้งาน (Concurrency) สามารถรองรับผู้ใช้งานพร้อมกันได้สูงสุด 120 คน โดยระบบยังคงเสถียรภาพการทำงาน

4) ความพร้อมใช้งาน (Availability) มีค่า Uptime สูงถึงร้อยละ 99.4 ตลอดระยะเวลาการทดสอบ

5) ความปลอดภัย (Security) ผ่านการทดสอบช่องโหว่ความปลอดภัยทางไซเบอร์ทั้ง SQL Injection และ Cross-Site Scripting (XSS) ได้ครบถ้วนร้อยละ 100

3. ผลการทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผน

ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการทดลองใช้งานระบบจริงเป็นระยะเวลา 3 เดือน (พฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568) และการประเมินผลจากผู้ใช้งานจำนวน 100 คน สามารถสรุปผลได้ 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ประสิทธิผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างระบบเดิม (Manual/File-based) และระบบใหม่ (Web-based) พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

1) การลดระยะเวลา (Time Efficiency) การรวบรวมข้อมูล ลดลงร้อยละ 80 จากเดิม 7-10 วัน เหลือเพียง 1-2 วัน เนื่องจากระบบช่วยให้หน่วยงานสามารถบันทึกข้อมูลได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านกระบวนการส่งไฟล์และรอการรวบรวม เวลาในการสร้างรายงานสรุปผลลดลงร้อยละ 95 จาก 2-3 วัน เหลือเพียง 30 นาที ระบบสามารถสร้างรายงานอัตโนมัติได้ทันทีโดยไม่ต้องประมวลผลข้อมูลด้วยตนเองและเวลาในการค้นหาข้อมูลลดลงจาก 15-20 นาที เหลือเพียง 30 วินาที ระบบมีฟังก์ชันค้นหาและกรองข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

2) คุณภาพข้อมูล (Data Quality) ความถูกต้องของข้อมูล เพิ่มขึ้นจากร้อยล 75 เป็นร้อยละ 95 ระบบตรวจสอบความถูกต้องอัตโนมัติช่วยลดความผิดพลาดจากการคีย์ข้อมูลซ้ำ ลดความผิดพลาดจากมนุษย์ (Human Error) ได้ประมาณร้อยละ 20 ความสมบูรณ์ของข้อมูล ระบบแจ้งเตือนเมื่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ความสมบูรณ์ของข้อมูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 92 และความเป็นปัจจุบันของข้อมูล ข้อมูลได้รับการอัปเดตแบบเรียลไทม์ ทำให้ผู้บริหารสามารถติดตามสถานการณ์ปัจจุบันได้ทันที

3) กระบวนการทำงาน (Workflow Optimization) ลดขั้นตอนการทำงานจาก 8 ขั้นตอน เหลือเพียง 3 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบเดิมและระบบใหม่ในการติดตามตัวชี้วัด

ประเด็น	ระบบเดิม	ระบบใหม่	การเปลี่ยนแปลง
1. เวลาในการรวบรวมข้อมูล	7–10 วัน	1–2 วัน	ลดลง 80%
2. เวลาในการสร้างรายงาน	2–3 วัน	30 นาที	ลดลง 95%
3. ความถูกต้องของข้อมูล	75%	95%	เพิ่มขึ้น 20%
4. จำนวนขั้นตอนการทำงาน	8 ขั้นตอน	3 ขั้นตอน	ลดลง 62.5%
5. การเข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์	ไม่มี	มี	เปลี่ยนจากไม่มีเป็นมี
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้ (คะแนน)	2.8/5.0	4.19/5.0	เพิ่มขึ้น 49.6%

3.2 ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม

ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมใน 5 ด้าน จากผู้ใช้งาน 100 คน พบว่าประสิทธิภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.28, SD. = 0.33) โดยประเด็นที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพสูงสุดคือ ด้านความปลอดภัยของโปรแกรม (Mean = 4.41, SD. = 0.38) รองลงมาคือ ด้านความถูกต้องการทำงานของโปรแกรม (Mean = 4.31, SD. = 0.41) ด้านการแสดงผล (Mean = 4.26, SD. = 0.45) ด้านความเหมาะสมในการใช้งานโปรแกรม (Mean = 4.23, SD. = 0.52) และด้านความสะดวกและความง่ายต่อการใช้งานโปรแกรม (Mean = 4.18, SD. = 0.48) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด (n=100)

ด้าน	Mean±SD.	การแปลผล
1. ด้านความเหมาะสมในการใช้งานโปรแกรม	**4.23±0.52**	**มาก**
1.1 ความสามารถของระบบมีความสะดวกในการนำเข้าข้อมูลและกรอกข้อมูล	4.35±0.61	มาก
1.2 สามารถนำเข้าข้อมูลเข้าในระบบได้อย่างรวดเร็ว	4.18±0.55	มาก
1.3 การตรวจสอบข้อผิดพลาดในการนำข้อมูลเข้าระบบ	4.22±0.58	มาก
1.4 ความครบถ้วนในการนำข้อมูลเข้าระบบ	4.31±0.47	มาก
1.5 ความสามารถของระบบในการสืบค้นข้อมูล	4.09±0.63	มาก
2. ด้านความสะดวกและความง่ายต่อการใช้งานโปรแกรม	**4.18±0.48**	**มาก**
2.1 โปรแกรมใช้งานง่ายและไม่ซับซ้อน	4.25±0.52	มาก
2.2 โปรแกรมมีการออกแบบที่เป็นมิตรกับผู้ใช้งาน	4.33±0.49	มาก
2.3 โปรแกรมมีความสะดวกในการเข้าถึง	4.15±0.56	มาก
2.4 มีรูปแบบ ตัวอักษร สัญลักษณ์ ความเหมาะสมของหน้าจอและการใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน	4.02±0.68	มาก
2.5 โปรแกรมมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้ใช้งาน	4.16±0.42	มาก
3. ด้านความถูกต้องการทำงานของโปรแกรม	**4.31±0.41**	**มาก**
3.1 โปรแกรมสามารถประมวลผลข้อมูลได้อย่างถูกต้อง	4.42±0.51	มาก
3.2 โปรแกรมสามารถตรวจสอบและแก้ไขข้อผิดพลาดได้ดี	4.38±0.45	มาก
3.3 โปรแกรมมีการอัพเดตข้อมูลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	4.27±0.38	มาก
3.4 โปรแกรมสามารถตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลได้	4.19±0.47	มาก
3.5 โปรแกรมสามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.29±0.33	มาก
4. ด้านการแสดงผลข้อมูล	**4.26±0.45**	**มาก**
4.1 การแสดงผลมีความครอบคลุมต่อความต้องการในการค้นหา	4.35±0.48	มาก
4.2 มีความสะดวกรวดเร็วในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ	4.21±0.52	มาก
4.3 มีความถูกต้องของผลลัพธ์ที่ได้จากการสืบค้น	4.18±0.41	มาก
4.4 ผลลัพธ์ที่ได้ตรงต่อความต้องการของผู้ใช้	4.33±0.38	มาก
4.5 ความถูกต้องต่อการรายงานจากการประมวลผล	4.22±0.49	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้าน	Mean±SD.	การแปลผล
5. ด้านความปลอดภัยของโปรแกรม	**4.41±0.38**	**มาก**
5.1 ความเหมาะสมต่อการตรวจสอบเข้าใช้งานระบบ	4.48±0.42	มาก
5.2 มีระบบ Login มีการจัดระดับความปลอดภัยหรือกำหนดสิทธิ์ในการเข้าใช้งาน กำหนดรหัสผู้ใช้และรหัสผ่าน	4.39±0.35	มาก
5.3 ความเหมาะสมในการแบ่งระดับชั้นการเข้าถึงข้อมูล	4.36±0.37	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	**4.28±0.33**	**มาก**

3.3 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรม ผลการประเมินความพึงพอใจใน 3 ด้าน จากผู้ใช้งาน 100 คน พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, SD. = 0.39) โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านการออกแบบ (Mean = 4.22, SD. = 0.43) รองลงมาคือ ด้านเนื้อหา (Mean = 4.19, SD. = 0.47) และด้านการนำไปใช้งาน (Mean = 4.16, SD. = 0.49) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด (n=100)

ด้าน	Mean±SD.	การแปลผล
1. ด้านเนื้อหา	**4.19±0.47**	**มาก**
1.1 ข้อมูลครอบคลุมตามความต้องการเพื่อใช้สำหรับการตัดสินใจ	4.28±0.51	มาก
1.2 ระบบรายงานมีความถูกต้อง	4.32±0.48	มาก
1.3 การรายงานผลมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์	4.15±0.55	มาก
1.4 ความสะดวกในการเรียกดูและสืบค้นข้อมูล	4.08±0.46	มาก
1.5 การเข้าถึงระบบทำได้ง่าย	4.13±0.42	มาก
2. ด้านการออกแบบ	**4.22±0.43**	**มาก**
2.1 ความสวยงามและน่าสนใจของระบบ	4.18±0.52	มาก
2.2 การจัดรูปแบบง่ายต่อการใช้งาน	4.25±0.38	มาก
2.3 ความเร็วในการแสดงผลข้อมูล	4.31±0.41	มาก
2.4 ข้อความสื่อความหมายชัดเจน	4.19±0.47	มาก
2.5 ความเหมาะสมของรูปแบบรายงาน	4.17±0.45	มาก
3. ด้านการนำไปใช้งาน	**4.16±0.49**	**มาก**
3.1 ความสามารถในการลดเวลาทำงาน	4.35±0.46	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ด้าน	Mean±SD.	การแปลผล
3.2 ความสามารถในการลดข้อผิดพลาด	4.21±0.53	มาก
3.3 การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน	3.92±0.58	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	**4.19±0.39**	**มาก**

3.4 ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน

จากการรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ต้องการพัฒนา Mobile Application เพื่อความสะดวกในการใช้งานผ่านสมาร์ทโฟน (ร้อยละ 65.0)

2) ต้องการเพิ่มฟังก์ชันการส่งออกรายงานในรูปแบบ PowerPoint สำหรับการนำเสนอ (ร้อยละ 42.0)

3) ต้องการระบบแจ้งเตือนผ่าน SMS หรือ Line Official Account (ร้อยละ 38.0)

4) ต้องการเพิ่มฟังก์ชันการวิเคราะห์แนวโน้มและการพยากรณ์ (ร้อยละ 35.0)

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การนำวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลภาครัฐสามารถแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถวิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

1) ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการระบบสารสนเทศ

พบว่า ปัญหาหลักของการกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด คือ ความล่าช้าในการรวบรวมข้อมูล (ร้อยละ 93.3) ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 86.7) และรูปแบบรายงานที่ไม่เป็นมาตรฐาน (ร้อยละ 80.0) ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการพึ่งพากระบวนการรวบรวมข้อมูลแบบแยกส่วนผ่านไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกรมควบคุมโรค[11] ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาระงานบุคลากรและเพิ่มความรวดเร็วในการรายงานข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ซ้ำซ้อน ขาดความต่อเนื่อง ใช้เวลานานในการรายงาน ส่งผลให้ผู้บริหารนำผลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนางานล่าช้า ความต้องการระบบใหม่คือ ต้องการระบบออนไลน์ที่รายงานได้ทันที[12]

ความต้องการที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 96.7) การติดตามผลแบบเรียลไทม์ (ร้อยละ 93.3) และการสร้างรายงานที่เป็นมาตรฐาน (ร้อยละ 90.0) สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับกระบวนการทำงานสู่ความเป็นรัฐบาลดิจิทัล สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)[3] ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบติดตามตัวชี้วัดสุขภาพแบบดิจิทัลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพได้ดีกว่าระบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

2) ผลการพัฒนาโปรแกรมกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ

การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้วงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ส่งผลให้ได้ระบบที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้อย่างครบถ้วน การเลือกใช้สถาปัตยกรรมแบบ 3-Tier Architecture เป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมเพราะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นในการบำรุงรักษา ยกระดับความปลอดภัย และง่ายต่อการขยายระบบในอนาคต สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสมัยใหม่ที่เน้นการแยกส่วนการทำงานให้เป็นอิสระต่อกัน

การเลือกใช้เทคโนโลยี PHP และ MySQL เป็นการตัดสินใจที่คำนึงถึงบริบทของหน่วยงานภาครัฐ

ซึ่งต้องการเทคโนโลยีที่มีความเสถียร ประหยัดค่าใช้จ่าย และบุคลากรในพื้นที่มีความพร้อมในการดูแลรักษา แม้ว่าจะมีเทคโนโลยีใหม่ที่ทันสมัยกว่า แต่การเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาว สอดคล้องกับหลักการของ Sustainable Technology Adoption ที่เน้นความสมดุลระหว่างความทันสมัยของเทคโนโลยีกับความพร้อมของผู้ใช้งาน[13]

ผลการทดสอบทางเทคนิคที่พบว่าระบบมีความถูกต้องร้อยละ 100 เวลาตอบสนอง 1.8 วินาที รองรับผู้ใช้พร้อมกัน 120 คน และมีความพร้อมใช้งานร้อยละ 99.4 แสดงให้เห็นว่าระบบมีคุณภาพและความน่าเชื่อถือสูง เหมาะสมสำหรับการใช้งานในระดับจังหวัดที่มีหน่วยงานและผู้ใช้งานจำนวนมาก ระบบยังผ่านการทดสอบช่องโหว่ความปลอดภัยทางไซเบอร์ได้ครบถ้วน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับระบบที่จัดเก็บข้อมูลสาธารณสุขที่มีความละเอียดอ่อน

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การใช้งานบนอุปกรณ์มือถือยังไม่สะดวกเท่าที่ควร และยังขาดฟีเจอร์การส่งออกข้อมูลในรูปแบบที่หลากหลาย

3) ผลการทดลองและประเมินผลการใช้โปรแกรม โดยประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลเชิงปฏิบัติการที่โดดเด่น โดยเฉพาะความสำเร็จในการลดระยะเวลาการรวบรวมข้อมูลได้ถึงร้อยละ 80 และลดเวลาสร้างรายงานร้อยละ 95 สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบโครงสร้างฐานข้อมูลที่เป็นระบบและการใช้ฟังก์ชันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งช่วยขจัดปัญหาความซ้ำซ้อนและลดความผิดพลาดจากมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกรมควบคุมโรค[11] ที่ยืนยันว่าการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลเป็นกุญแจสำคัญในการแก้ปัญหาคอขวดของการดำเนินงานสาธารณสุข

การเพิ่มขึ้นของความถูกต้องของข้อมูลจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 95 เป็นผลมาจากระบบตรวจสอบความถูกต้องอัตโนมัติที่ช่วยลดความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ได้ประมาณร้อยละ 20 นอกจากนี้ การลดขั้นตอนการทำงานจาก 8 ขั้นตอนเหลือเพียง 3 ขั้นตอน แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบที่ไม่เพียงแต่ลดเวลาและภาระงาน แต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลโดยรวม

ผลการประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม 5 ด้าน ที่พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.28, SD. = 0.33) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความปลอดภัย (Mean = 4.41, SD. = 0.38) บ่งชี้ว่าผู้ใช้งานมีความมั่นใจในความปลอดภัยของระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยี ตามแนวคิด Technology Acceptance Model (TAM)[14] ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นในความปลอดภัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและใช้งานระบบสารสนเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศน์เทพ ดลโสภณ ที่พบว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดทำรายงานสุขภาพ จะช่วยลดภาระการทำรายงานของแต่ละบุคคลของแต่ละหน่วยงาน ลดเวลาในการจัดทำข้อมูลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี[15]

ความพึงพอใจของผู้ใช้งานที่อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, SD. = 0.39) โดยเฉพาะประเด็นความสามารถในการลดเวลาทำงาน (Mean = 4.35, SD. = 0.46) สอดคล้องกับผลลัพธ์เชิงปฏิบัติการ แสดงให้เห็นว่าระบบสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้งานได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการประเมินยังพบว่าผู้บริหารระดับจังหวัดมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับสูงที่สุด (Mean = 4.72) ซึ่งบ่งชี้ว่าระบบไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงคลังจัดเก็บข้อมูลเท่านั้น แต่ได้ยกระดับสู่การเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Chang P, et al.[4] ที่ระบุว่าระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องเอื้อต่อการตัดสินใจเชิงบริหารบนฐานข้อมูลที่ถูกต้อง

การมีแดชบอร์ดที่แสดงผลแบบเรียลไทม์ ช่วยเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจากเดิมที่ต้องรอรายงานสรุปรายไตรมาสมาเป็นการติดตามสถานการณ์แบบทันท่วงที ทำให้ผู้บริหารสามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้ทันต่อสถานการณ์ ซึ่งเป็นตัดสินใจเชิงนโยบายและการบริหาร

ที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Decision Making)[16] ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ

จุดเด่นของงานวิจัย คือ ระบบที่มีความสามารถในการทำงานแบบเรียลไทม์ที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถติดตามความก้าวหน้าของตัวชี้วัดได้ทันที การมีแดชบอร์ดที่แสดงข้อมูลในรูปแบบกราฟและแผนภูมิที่เข้าใจง่าย ช่วยให้การวิเคราะห์และการตัดสินใจเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ระบบมีความยืดหยุ่นในการปรับแต่งและขยายฟังก์ชันการทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการออกแบบสถาปัตยกรรมที่เหมาะสม ความปลอดภัยของระบบได้รับการออกแบบมาด้วยการใช้เทคนิคการเข้ารหัสข้อมูลที่ทันสมัย ระบบการควบคุมการเข้าถึงแบบหลายระดับและการป้องกันการโจมตีในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ใช้งานมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูล

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ความเร็วในการโหลดข้อมูลในบางช่วงเวลาที่มีการใช้งานหนาแน่น ปัญหานี้อาจเกิดจากการออกแบบระบบที่ยังไม่เหมาะสมสำหรับการรับมือกับปริมาณข้อมูลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การใช้งานบนอุปกรณ์มือถือยังไม่สะดวกเท่าที่ควร ซึ่งการใช้งานผ่านอุปกรณ์มือถือมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ระบบยังขาดฟีเจอร์การส่งออกข้อมูลในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การส่งออกเป็น PowerPoint สำหรับการนำเสนอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) การนำโปรแกรมไปใช้งาน ต้องมีการวางแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ รวมถึงการฝึกอบรมผู้ใช้งานอย่างต่อเนื่องและการแต่งตั้งผู้ใช้งานหลักในการถ่ายทอดความรู้ มีการใช้ของคู่มือที่ได้จัดทำขึ้นสำหรับฟังก์ชันที่ซับซ้อน ควรกำหนดผู้รับผิดชอบระบบในแต่ละระดับจังหวัด ถึงอำเภอ และจัดตั้ง ทีมงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาทางเทคนิคเบื้องต้น เพื่อการสนับสนุนการใช้งานที่ต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว

2) การขยายผลการใช้งาน โปรแกรมมีศักยภาพในการนำไปใช้ในจังหวัดอื่นและในระดับเขตสุขภาพและทั่วประเทศ แต่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทแต่ละพื้นที่ ควรจัดทำแม่แบบระบบที่ปรับแต่งได้ง่าย และพัฒนา ส่วนเชื่อมต่อที่กำหนดวิธีการสื่อสารระหว่างโปรแกรม ซึ่งทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลรวมถึงการเรียกใช้งานโปรแกรมข้ามเครือข่ายทำได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Application Programming Interface : API) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาใช้การประมวลผลแบบคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งเป็นการบริการทรัพยากรคอมพิวเตอร์ผ่านอินเตอร์เน็ต ทำให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงและใช้งานได้จากทุกที่ทุกเวลา เพื่อลดต้นทุนการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การพัฒนาต่อยอด ระยะสั้น ควรแก้ไขปัญหาที่ผู้ใช้งานรายงาน โดยเฉพาะการปรับปรุงประสิทธิภาพในช่วงการใช้งานหนาแน่น และพัฒนา Mobile Application ให้ตอบสนองการใช้งานบนอุปกรณ์มือถือ ระยะยาว ควรเพิ่มฟีเจอร์การเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) สำหรับการพยากรณ์แนวโน้มตัวชี้วัด ปรับปรุงระบบแจ้งเตือนให้ฉลาดขึ้น และพัฒนาการประยุกต์ใช้เครื่องมืออัจฉริยะทางธุรกิจ (Business Intelligence Tools) สำหรับการวิเคราะห์เชิงลึก

2) ด้านนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดมาตรฐานระบบติดตามตัวชี้วัดในระดับจังหวัด กำหนด Data Standard เพื่อเป็นเอกภาพในการรวบรวมข้อมูล สนับสนุนพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

3) การวิจัยในอนาคต ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับระบบอื่นๆ วิจัยการใช้ Artificial Intelligence (AI) และ Machine Learning สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง ศึกษาผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพบริการสาธารณสุข และวิจัยด้านการออกแบบส่วนติดต่อและประสบการณ์ผู้ใช้ (User Experience: UX) สำหรับผู้ใช้งานในหน่วยงานภาครัฐที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทดลองใช้ระบบตอบแบบสอบถามและผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ 2568. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.
3. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Digital health monitoring framework. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2023.
4. Chou W-J, Tsai P-Y, Lin S-Y, Hou I-C. Evaluation of clinical nursing information system in Taiwan regional hospital. Stud Health Technol Inform. 2017;245:1263.
5. โอภาส เอี่ยมสิริวงศ์. การวิเคราะห์และออกแบบระบบ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2560.
6. IBM. Three-tier architecture. IBM Think Blog; 2021.
7. กิตติ ภักดีวัฒนะกุล. PHP ฉบับโปรแกรมเมอร์. กรุงเทพฯ: เคทีพี คอมพ์ แอนด์ คอนซัลท์; 2554.
8. บัญชา ปะสีละเตสัง. พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันด้วย PHP ร่วมกับ MySQL และ jQuery. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2557.
9. Cronbach L I. Essentials of psychological testing (5thed.). New York: Harper Collins Publishers; 1990.
10. เก็จกนก เอื้อวงศ์. การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2562;12(1):1-28.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามผลด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.
12. สุดถนอม กมลเลิศ, ภาสกร เงางาม, บุษบา บุญกระโทก, จงกล พลตรี, นิภาพรรณ ฤทธิรอด. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรายงานและติดตามตัวชี้วัดทางการพยาบาล .วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2567;47(2):30-44.
13. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, et al. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. J Med Internet Res. 2017;19(11):e367.
14. Rahimi B, Nadri H, Afshar H L, Timpka T. A systematic review of the technology acceptance model in health informatics. Appl Clin Inform. 2018;9(3):604-34.
15. ทัศน์เทพ ดลโสภณ. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดทำรายงานสุขภาพจากฐานข้อมูลกลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
16. NCCMT. Evidence-informed decision making in public health. National Collaborating Centre for Methods and Tools; 2023.

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Care Model for High-Risk Pregnancy using Digital Media for Self-Care at Pathumrat Hospital, Roi-Et Province

ทิวานันท์ นาเมือง*

Tiwanun Namuang

Corresponding author: Email: Tiwatiwanun@gmail.com

(Received: November 4, 2025; Revised: November 12, 2025; Accepted: December 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 33 ราย รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2568 ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ (1) พัฒนารูปแบบ ศึกษาสถานการณ์ สภาพแวดล้อมในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ร่างรูปแบบโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ ปรับปรุงยืนยันรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง และ (2) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยทดสอบความรู้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติตัว แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง มี 5 ขั้นตอน [AICLK] คือ 1) ประเมินหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (Assessment) 2) ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและอัลตร้าซาวด์ (Investigation) 3) สื่อสารความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Communication) 4) เรียนรู้จากสื่อดิจิทัล (Learning) และ 5) ประเมินความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Knowledge) หลังการใช้รูปแบบพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้น การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความรู้ในรูปแบบสื่อดิจิทัลทำให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ได้เองผ่านสมาร์ทโฟนและเรียนรู้ได้ซ้ำๆ ลดข้อจำกัดเรื่องเวลาให้บริการ การให้ความรู้เฉพาะรายบุคคลทำได้ง่ายเพิ่มคุณภาพการดูแลเชิงลึกในปัญหาที่เฉพาะแตกต่างกัน

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง; สื่อดิจิทัล; การดูแลตนเอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : To develop a care model for high-risk pregnancy using digital media for self-care and study the effectiveness of the care model.

Study design : Research & Development (R&D).

Material and Methods : The target group was 33 high-risk pregnant came to receive services at the antenatal clinic. Between January - September 2025. The research was conducted in 2 phases. Phase 1: developing a model to study the situation and observe the environment in high-risk pregnant. Group discussion with the multidisciplinary team that provides care, draft a model using design thinking, and validate the model before testing it out. Phase 2: Evaluate the model's effectiveness by testing knowledge of high-risk pregnancies-behavior before and after using the model, including evaluating satisfaction after using the format. Tools include tests, interviews, and satisfaction surveys. Data using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test.

Main finding : A model for caring high-risk pregnant using digital media for self-care from group discussions has 5 steps [AICLK] which are: 1) Evaluate high-risk pregnant. (Assessment) 2) Laboratory analysis and ultrasound. (Investigation) 3) Communicate knowledge. (Communication) 4) Learn from digital media (Learning) and 5) Evaluate knowledge (Knowledge) After using the model, it was found that pregnant had more knowledge to prevent complications during pregnancy than before using the model, with statistical significance at the 0.05 level. Satisfaction was a very good level.

Conclusion and recommendation : Knowledge in digital media allows one to learn on their own through their smartphones and repeat the learning. Reduce limitations on service hours. Providing personalized education is easy, increasing the quality of in-depth care for specific and unique problems.

Keyword : High-Risk Pregnancy; Digital media; Self-care

*Registered Nurse Professional Level, Pathumrat Hospital.

บทนำ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy) ส่งผลให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูง ทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลเพื่อไม่ให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบหญิงตั้งครรภ์ราว 287,000 ราย เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร การเสียชีวิตของมารดาเกือบร้อยละ 95 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง และเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดทุกวัน[1] การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงพบได้ประมาณ ร้อยละ 7-21 ของการตั้งครรภ์ปกติเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดาและทารก ปัจจุบันการตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างมาก[2] แนวโน้มสถานการณ์มารดาตายในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559-2565 เท่ากับ 26.6, 21.8, 19.9, 20.3, 23.1, 47.7 และ 25.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ[3] ในประเทศไทยมีเป้าหมายลดอัตราส่วนมารดาตายจาก 24.6 เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน[2] สำหรับแนวโน้มสถานการณ์การตายของมารดาของเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 เท่ากับ 26.3, 19.2, 34.3 และ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ[3] ซึ่งในปี พ.ศ.2565 มีมารดาเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย สาเหตุการตายของมารดาเกิดจากสาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม ร้อยละ 50 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาโดยใช้ The 3 Delays Model พบว่าเกิดจาก Delay ที่ 1 Delay in seeking care ร้อยละ 25 เป็นการขาดความรอบรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และ Delay ที่ 3 Delay in receiving adequate health care ซึ่งเป็นความล่าช้าของหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 75 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวแต่ตรวจไม่พบขณะตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่บางส่วนขาดทักษะและความชำนาญในการประเมินความเสี่ยงและการดูแลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินทางสูติกรรม ส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้าจึงส่งผลต่อ Deley treatment ความไม่พร้อมของยาและเวชภัณฑ์ ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2565 คณะทำงาน MCH Bord ระดับเขตสุขภาพได้มีการนำเสนอข้อมูลกรณี Maternal near miss เพื่อนำมาวิเคราะห์และทบทวนระบบบริการภายในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia จำนวน 4 ราย Severe preeclampsia จำนวน 3 ราย Postpartum hemorrhage (PPH) จำนวน 76 ราย ได้รับการดูแลใน ICU จำนวน 2 ราย และได้รับการตัดมดลูก จำนวน 12 ราย ซึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ดมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia จำนวน 2 ราย Severe preeclampsia จำนวน 3 ราย Postpartum hemorrhage จำนวน 2 ราย และได้รับการตัดมดลูก จำนวน 2 ราย สำหรับอุบัติการณ์การเสียชีวิตปริกำเนิดจังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2565-2567 สาเหตุการตายพบว่าปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของมารดาเป็นต้นเหตุ

โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ซึ่งไม่มีสูติแพทย์ มีการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2567 พบว่า เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือน) จำนวน 2, 1, 0, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จำนวน 3, 5, 3, 5 และ 2 ราย ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เคยมีประวัติแท้ง มีโรคประจำตัว ติดสารเสพติด ผลเลือดผิดปกติ เป็นต้น และจากการดำเนินของคลินิกฝากครรภ์มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อพบสูติแพทย์จากภาวะเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลจากสูติแพทย์อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัย สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการคลอดในโรงพยาบาล พบว่า ในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2564 มีหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 3 และ 1 ราย ตามลำดับ เป็นทารกน้ำหนักน้อย และในปี พ.ศ.2563-2565 พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) จำนวน 2, 1 และ 3 ราย ตามลำดับ[4] จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดรูปแบบการดูแลที่ออกแบบเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ที่ไม่มีสูติแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิดและจากวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตประจำวันในวิถีปกติใหม่ (New normal) โลกขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัล เกิดรูปแบบการเรียนรู้และการให้บริการใหม่ๆ มากมาย ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นฉับพลันนี้ทำให้องค์กรสุขภาพต่างต้องเผชิญความเสี่ยงและโอกาสใหม่ๆ ที่เข้ามาท้าทายให้ต้องปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเสมอ ในปี พ.ศ. 2566 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายมุ่งเน้นในการผลักดันการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โรงพยาบาลทุกแห่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีหน่วยรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม[5] การป้องกันอันตรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงก็เช่นกัน การประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการดูแลโดยจัดทำเป็นคำแนะนำในรูปแบบการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Learning) ผ่านการสแกน QR Code ให้เหมาะสมกับยุคดิจิทัลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีการใช้สมาร์ทโฟนในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว รูปแบบนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะได้รับสาระสำคัญครบถ้วนและเห็นภาพประกอบ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดตั้งกลุ่มไลน์ในการดูแลเพื่อสื่อสารสองทาง เสมือนมีแพทย์ประจำครอบครัวที่ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ การดูแลในรูปแบบดิจิทัลนี้วางแผนจัดกระทำในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายระหว่างการตั้งครรภ์ มีโอกาสทำให้เกิดความผิดปกติต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษขณะตั้งครรภ์เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและผ่อนคลายจากความวิตกกังวล[6] เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Developmental research: R&D) ทำการศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2568 - กันยายน 2568 โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ของ Stanford d. school[7] มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การทำความเข้าใจปัญหา (Empathize) สังเกตสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและทีมการพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ก่อนร่างรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยสัมภาษณ์เชิงลึกในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมรัตต์

2. กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ทบทวนวรรณกรรม คำจำกัดความเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง กำหนดกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นทีมสหวิชาชีพที่จะร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมาร่างรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

3. ระดมความคิด (Ideate) ผู้วิจัยร่างรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง คณะกรรมการพัฒนารูปแบบ Focus group ยืนยันรูปแบบที่ร่างขึ้น

4. การสร้างต้นแบบ (Prototype) ประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จากการซักประวัติ ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบแพทย์ตรวจ Ultrasound จัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยสแกน QR code เข้าไปเรียนรู้การปฏิบัติตัว เชิญเข้ากลุ่มไลน์เพื่อถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัย รับยาดูแลต่อเนื่องจนคลอดทั้งทางกลุ่มไลน์หรือมาโรงพยาบาล

5. การทดสอบ (Test) ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงตามกระบวนการที่วางแผนไว้ ประเมินผลรูปแบบเป็นระยะ ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ

กลุ่มเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยในกลุ่มสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 3 คน แพทย์ที่ออกตรวจและให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 4 คน และนักโภชนากรที่ร่วมให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน รวมจำนวน 9 คน ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย จำนวน 33 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ได้แก่ เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก) เคยแท้ง เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เคยเข้ารับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ เคยผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ผ่าตัดเนื้องอก ผ่าตัดมดลูก ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผ่าตัดผูกปากมดลูก

2. ประวัติตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ เป็นครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี (นับถึง EDC) กรุ๊ปเลือด Rh negative มีเลือดออกทางช่องคลอด มีก้อนในอุ้งเชิงกราน ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg. BMI < 18.5 กก./ตรม. หรือ > 23 กก./ตรม.

3. ประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด

4. ประวัติทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรค SLE

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเพื่อประเมินผลรูปแบบคือ แบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและการปฏิบัติตัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้มาจากการศึกษาสถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติทางอายุรกรรม

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความที่ถูกต้องตอบใช่ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน ข้อความที่ผิดตอบใช่ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน การตัดสินระดับความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของ Bloom[8] ได้ระดับความรู้ ดังนี้ ความรู้ระดับต่ำหมายถึงมีคะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน ความรู้ระดับปานกลางหมายถึงมีคะแนนระหว่าง 10-15 คะแนน ความรู้ระดับสูงหมายถึงมีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลใกล้เคียง 3 โรงพยาบาล แห่งละ 10 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ที่นำไปทดลองใช้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์แล้วมาใช้วัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีต่อรูปแบบ โดยนำคลิปเสียงมาถอดข้อความแบบคำต่อคำ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ Wilcoxon signed Rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขรับรอง COE 0912567 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ก่อนลงพื้นที่ทำการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ มีการดำเนินการพัฒนาโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ดังนี้

1.1 การทำความเข้าใจปัญหา (Empathize) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ทีมดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ มองภาพรวมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงก่อนร่างรูปแบบ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาภาวะโลหิตจางจะมีปัญหาต่อเนื่องจนถึงระยะคลอดซึ่งพบมากในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ล่าช้าและพบปัญหาอื่นๆ ตามมาด้วย เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด รวมถึงมีการคลอดก่อนกำหนดจากการมีเพศสัมพันธ์และนั่งรถจักรยานยนต์ในระหว่างตั้งครรภ์ จากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบปัญหา มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาเศรษฐกิจไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือทำงานหนักจากอาชีพรับจ้างใช้แรงงานเนื่องจากมีระดับการศึกษาน้อย และการดูแลตนเองยังไม่ดีรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จะพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่ร่างกายมีความเสี่ยงเกิดโรคทางอายุรกรรม จากการสอบถามพบว่า แต่งงานมีลูกช้า บางคนมีโรคประจำตัว

1.2 กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนิยามและเกณฑ์ระบุภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน พบว่าปัจจัยเสี่ยงสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยจากประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ปัจจัยด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด และปัจจัยเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม ซึ่งแต่ละปัจจัยล้วนสัมพันธ์กับโอกาสเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ซึ่งสามารถสรุปปัญหาได้ ดังนี้

1.2.1 การประเมินประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด เคยแท้ง หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีแนวโน้มเกิดปัญหาซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งถัดมา นอกจากนี้ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง หรือการผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องล้วนเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด

1.2.2 การตั้งครรภ์ปัจจุบันยังพบปัจจัยเสี่ยงสำคัญหลายประการ เช่น การตั้งครรภ์ในอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี การตั้งครรภ์แฝด ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg ค่าดัชนีมวลกายที่ผิดปกติ (BMI < 18.5 หรือ > 23 กก./ตรม.) รวมถึงกลุ่มเลือด Rh negative ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทั้งต่อมารดาและทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

1.2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพทารก เช่น น้ำหนักตัวน้อย ภาวะคลอดก่อนกำหนด หรือความผิดปกติของพัฒนาการในครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

1.2.4 ปัจจัยเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคธัยรอยด์ และโรค SLE เป็นโรคประจำตัวที่มีผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของการตั้งครรภ์ หากไม่ได้รับการควบคุมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ครรภ์เป็นพิษ การเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ หรือภาวะคลอดก่อนกำหนด

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งหมดพบว่า การมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้านในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ซึ่งล้วนต้องการการดูแลแบบองค์รวม การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและแนวทางการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงเฉพาะราย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์และส่งเสริมผลลัพธ์ที่ปลอดภัยทั้งต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามนิยามครรภ์เสี่ยงสูงที่กล่าวมาข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ในช่วงวันที่ 2 มกราคม 2568 - 30 กันยายน 2568 ทุกรายที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย จำนวน 33 ราย

1.3 ระดมความคิด (Ideate) จากผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนการกำหนดปัญหา (Define) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ภาวะสุขภาพปัจจุบัน พฤติกรรมเสี่ยง และโรคประจำตัวทางอายุรกรรม ส่งผลให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 33 ราย ต้องการแนวทางการดูแลที่เป็นระบบและเหมาะสมกับความเสี่ยงเฉพาะรายตามบริบทของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จึงนำไปสู่ขั้นตอนการระดมความคิด (Ideate) เพื่อค้นหาแนวทางแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และตอบโจทย์ความต้องการของผู้รับบริการจริง ซึ่งผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบจำนวน 9 คน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อร่วมกันระดมความคิดหาแนวทางใหม่ที่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างตรงจุด โดยเน้นการออกแบบนวัตกรรมที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่อง แม้ในบริบทที่โรงพยาบาลไม่มีสูติแพทย์ประจำ จากการระดมความคิดพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการใช้สมาร์ทโฟนและเทคโนโลยีสื่อสารในชีวิตประจำวัน จึงเกิดข้อเสนอในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบดิจิทัลที่สามารถให้ข้อมูลตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย โดยใช้สื่อภาพและเสียงที่รับชมได้ซ้ำ และเข้าถึงง่ายด้วยการสแกน QR Code ในแต่ละหัวข้อที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการสร้างสื่อดิจิทัลจำนวน 20 เรื่อง ดังนี้ (1) ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงคืออะไร (2) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (3) การตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมาก (4) การติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์ (5) โรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (6) การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (7) โรคไทรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์ (8) โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (9) หญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (10) หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (11) หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (12) หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (13) สารเสพติดกับหญิงตั้งครรภ์ (14) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (15) รวมปัจจัยเสี่ยงครรภ์เป็นพิษ (16) พัฒนาการหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (17) การฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ (18) การดูแลหญิงตั้งครรภ์และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ไตรมาสที่ 1 (19) การดูแล

หญิงตั้งครรภ์และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ไตรมาสที่ 2 และ (20) การดูแลหญิงตั้งครรภ์และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ไตรมาสที่ 3 นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการสร้างไลน์กลุ่มสำหรับการให้คำปรึกษาแบบสองทาง ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพคอยตอบคำถาม ให้คำแนะนำ และติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะตั้งครรภ์ จากการระดมสมองในการออกแบบนวัตกรรม เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความเป็นระบบ เข้าถึงง่าย และเหมาะสมกับบริบทจริงของโรงพยาบาลปทุมรัตต์

1.4 การสร้างต้นแบบ (Prototype) ผู้วิจัยสรุปผลการสนทนากลุ่มจากคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง 5 ขั้นตอน (AICLK) ดังนี้

1.4.1 การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Assessment: A) โดยการใช้เครื่องมือในการตรวจสอบเป็นแบบ Checklist ตามนิยามครรภ์เสี่ยงสูงที่กำหนด ทั้ง ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต ประวัติตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติทางอายุรกรรม

1.4.2 การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและอัลตร้าซาวด์ (Investigation: I) โดยตรวจสอบผลการตรวจว่ามีภาวะเสี่ยงหรือความผิดปกติที่ต้องจัดการให้การดูแลที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

1.4.3 การสื่อสารความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Communication: C) มีการสื่อสารถึงภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ให้กับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายทราบถึงภาวะเสี่ยงของตนเอง เพื่อที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองในภาวะเสี่ยงนั้น ให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ได้จนครบอายุครรภ์คลอดและคลอดอย่างปลอดภัย

1.4.4 การเรียนรู้จากสื่อดิจิทัล (Learning: L) ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเรียนรู้จากสื่อดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น ผ่านสมาร์ทโฟน โดยสแกนจาก QR code ในสื่อดิจิทัลแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์รายนั้นๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

1.4.5 ประเมินความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Knowledge: K) เป็นการประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการดูแลตนเองโดยการตอบแบบทดสอบรวมทั้งถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัย ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนคลอด

1.5 การทดสอบ (Test) นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยก่อนการเข้าโครงการผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทำแบบทดสอบความรู้เพื่อประเมินความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการปฏิบัติตัว (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นให้ทำแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้ (Post-test) รวมถึงการประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลการตรวจพิเศษ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจากการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงพบว่า มีความพึงพอใจในระดับดีมาก และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถสแกน QR code เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสมาร์ทโฟน มีการให้คำปรึกษาได้เฉพาะรายบุคคลในปัญหาที่แตกต่างกันในไลน์กลุ่ม ทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพเพิ่มคุณค่าในการบริการพยาบาล

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ มีดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ในช่วงวันที่ 2 มกราคม 2568 – 30 กันยายน 2568 จำนวนทั้งสิ้น 33 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.24 และอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 โดยพบว่ามีอายุน้อยที่สุด 15 ปี และอายุมากที่สุด 44 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและจดทะเบียนสมรส จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.69 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.42 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ

42.42 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13 – 24 สัปดาห์ จำนวน 22 คน คิดเป็น 66.66 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (n=33)

ลำดับ	ตัวแปร	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1	**อายุหญิงตั้งครรภ์ (ปี)**	< 20 ปี	8	24.24	อายุน้อยที่สุด 15 ปี
		20 – 24 ปี	7	21.21	
		25 – 29 ปี	5	15.15	อายุมากที่สุด 44 ปี
		30 – 34 ปี	8	24.24	
		≥ 35 ปี	5	15.15	
2	**ระดับการศึกษา**	ระดับประถมศึกษา	7	21.21	
		ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	5	15.15	
		ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	12	36.36	
		ระดับ ปวช.	2	6.06	
		ระดับ ปวส.	2	6.06	
		ระดับปริญญาตรี	5	15.15	
3	**สถานภาพ**	โสด	2	6.06	
		อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	8	24.24	
		สมรสและจดทะเบียนสมรส	23	69.69	
4	**ศาสนา**	พุทธ	33	100.00	
5	**อาชีพ**	รับจ้าง	14	42.42	
		ค้าขาย	7	21.21	
		ทำนา	3	9.09	
		รับราชการ	2	6.06	
		ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	21.21	
6	**อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งนี้**	≤ 12 สัปดาห์	1	3.03	
		13 – 24 สัปดาห์	22	66.66	
		25 – 36 สัปดาห์	10	30.30	

2.2 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตพบว่า ส่วนใหญ่เคยแท้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 เคยผ่าตัดคลอดบุตร จำนวน 4 คน คิดเป็น 12.12 เคยคลอดบุตรน้ำหนัก < 2,500 กรัม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 และเคยคลอดบุตรน้ำหนัก > 4,000 กรัม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย > 23 กก./ตรม. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 ค่าดัชนีมวลกาย

< 18.5 กก./ตรม. จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 ตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.24 ตั้งครรภ์อายุ > 35 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 มีประวัติการใช้สารเสพติด ยาบ้า จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 และบุหรี่ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 ประวัติทางอายุรกรรม เป็นโรคติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 และเบาหวาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.03 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลประวัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (n=33)

ลำดับ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
	ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต		
1	เคยผ่าตัดคลอด	4	12.12
2	เคยคลอดบุตรน้ำหนัก < 2,500 กรัม	2	6.06
3	เคยคลอดบุตรน้ำหนัก > 4,000 กรัม	1	3.03
	ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
1	ตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี	8	24.24
2	ตั้งครรภ์อายุ > 35 ปี	5	15.15
3	มีค่าดัชนีมวลกาย > 23 กก./ตรม.	12	36.36
4	มีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กก./ตรม.	2	6.06
5	มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์	2	6.06
6	มีการใช้สารเสพติด	3	9.09
	ข้อมูลประวัติการใช้สารเสพติด		
1	สูบบุหรี่	1	3.03
2	เสพยาบ้า	2	6.06
	ข้อมูลประวัติทางอายุรกรรม		
1	เป็นโรคเบาหวาน	1	3.03
2	โรคติดเชื้อซิฟิลิส	2	6.06

2.3 ผลการทดสอบความรู้หลังการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการปฏิบัติตัว โดยให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทำแบบทดสอบก่อนและหลังใช้รูปแบบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 9.82 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 19.21 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90 (ดังตารางที่ 3) และเมื่อนำคะแนนทั้งสองชุดมาเปรียบเทียบกันได้ผลการวิเคราะห์ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลส่งเสริมการดูแลตนเอง

รายการ	N	Mean	SD.	Min	Max
คะแนนก่อนการใช้รูปแบบ (Pre-test)	33	9.82	1.85	6	13
คะแนนหลังการใช้รูปแบบ (Post-test)	33	19.21	1.90	15	20

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

Wilcoxon signed-rank test	N	Mean	Sum of Ranks	Z	p
Positive Ranks (Post-test > Pre-test)	33	17.00	561.00	- 4.872	.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$); Based on positive ranks.

สรุปได้ว่า คะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้โดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ (Mean= 19.21) หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (Mean = 9.82)

2.4 ผลการวิจัยระหว่างใช้รูปแบบ พบว่า

2.4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อย < 2,500 กรัม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 ได้รับการตรวจวัดความยาวของปากมดลูกและพบมีความเสี่ยงสูง จำนวน 1 ราย ได้รับการดูแล ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและโภชนาการ รวมทั้งให้ยาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

2.4.2 หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกาย > 23 กก./ตรม. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและควบคุมโภชนาการอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยพบว่าสามารถควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้ ตรวจพบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 คนแรกสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รักษาด้วยการควบคุมอาหาร ส่วนคนที่ 2 ได้รับการรักษาโดยพึ่งยาฉีดอินซูลิน

2.4.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 โดยสูบบุหรี่ จำนวน 1 ราย และเสพยาบ้า จำนวน 2 ราย ได้แนะนำให้หยุดเสพในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากมีผลต่อทารกในครรภ์ ในรายที่สูบบุหรี่สามารถลดปริมาณการสูบได้แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ทันที ติดตามการเลิกบุหรี่เป็นระยะ ส่วนในรายที่เสพยาบ้าสามารถหยุดเสพได้

2.4.4 หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 1 คน ต้องใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมด้วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและควบคุมโภชนาการ

2.5 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่าหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความพึงพอใจ คลายความวิตกกังวลที่ได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรอย่างใกล้ชิด สามารถขอคำปรึกษาในไลน์กลุ่มได้ตลอดเวลา หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงทุกรายมีการสอบถามในไลน์กลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง มีความพึงพอใจในระดับดีมาก

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้

ศึกษาสถานการณ์ก่อนร่างรูปแบบ สังเกตสภาพแวดล้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทบทวนวรรณกรรม สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ และสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบ สนทนากลุ่มเพื่อพิจารณาและปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ ซึ่งได้รูปแบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง 5 ขั้นตอน (AICLK) คือ 1) การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Assessment: A) 2) การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและอัลตร้าซาวด์ (Investigation: I) 3) การสื่อสารความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Communication: C) 4) การเรียนรู้จากสื่อดิจิทัล (Learning: L) และ 5) การประเมินความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Knowledge: K) ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในรูปแบบระดับดีมาก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความเข้าใจในความเสี่ยง คลายความวิตกกังวล มีคะแนนความรู้ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงและการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรู้ในรูปแบบดิจิทัลทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ผ่านสมาร์ทโฟน[9] ลดข้อจำกัดในเรื่องเวลาการให้บริการ สามารถรับชมได้ซ้ำๆ บ่อยเท่าที่ต้องการ การให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคลในปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันในกลุ่มไลน์[10] ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลเชิงลึกเพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรับรู้ความเสี่ยง[11] ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงด้วยสื่อดิจิทัลทำให้เห็นภาพและเสียงง่ายต่อความเข้าใจ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน[10] การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระหว่างที่มาฝากครรภ์ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง[12] การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์พบว่า การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์[13]

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

จุดเด่นของการวิจัยนี้ มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการ Design thinking ทำให้การพัฒนารูปแบบตอบสนองความต้องการจริงของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยเน้นความเข้าใจ ประสบการณ์ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบริบทโรงพยาบาลชุมชน มีนวัตกรรมรูปแบบดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายสร้างสื่อความรู้ผ่าน QR Code และการให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มช่วยลดช่องว่างด้านทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์ประจำ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลและการดูแลได้สะดวกต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ มีการพัฒนาจากข้อมูลจริงของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่โดยใช้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 33 รายในช่วงเวลาเก็บข้อมูลจริง ทำให้รูปแบบการดูแลที่ออกแบบมีความสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลปทุมรัตต์ และเหมาะกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ซึ่งงานวิจัยออกแบบขึ้นเพื่อลดภาระการส่งต่อ และเพิ่มความมั่นใจให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในการดูแลตนเอง จึงเป็นรูปแบบที่นำไปปรับใช้ได้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อจำกัดกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนไม่มาก (33 ราย) และอยู่ในพื้นที่เดียวทำให้ผลที่ได้สะท้อนสถานการณ์เฉพาะโรงพยาบาลปทุมรัตต์ อาจจำเป็นต้องทดสอบเพิ่มเติมในบริบทอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล งานวิจัยระยะสั้นการติดตามผลหลังใช้รูปแบบดิจิทัลยังเป็นช่วงเวลาจำกัด จึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ หรือผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังคลอดความพร้อมด้านเทคโนโลยีของผู้รับบริการแตกต่างกัน แม้ว่าการใช้

สมาร์ทโฟนเป็นเรื่องปกติ แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์บางรายที่มีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตหรืออุปกรณ์ ทำให้ประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลมีความแปรผัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางอายุรกรรม เช่น เป็นโรคเบาหวาน หรือติดเชื้อซิฟิลิส มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงควรมีแนวทางในการดูแลรักษาเฉพาะโรคเฉพาะรายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกเมื่อคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีหลากหลายความเสี่ยงและหลายกลุ่มโรค การสร้างสื่อดิจิทัลให้ครอบคลุมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต้องมีการจัดทำให้ครบถ้วนในปัญหาที่ประเมินได้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Maternal mortality [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 9]. Available from: https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพของคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยรายเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/
4. โรงพยาบาลปทุมรัตต์. ข้อมูลการให้บริการงานฝากครรภ์และสูติกรรมโรงพยาบาลปทุมรัตต์. ร้อยเอ็ด: งานฝากครรภ์และสูติกรรม; 2567.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2566 ของนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/2023-focus-policy/.
6. ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, ณัชชา วรรณนิยม, พนิดา รัตนเรือง. ผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21:1-9.
7. Schmarzo B. Can Design Thinking Unleash Organizational Innovation [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 9]. Available from: https://www.datasciencecentral.com/can-design-thinking-unleashorganizational-innovation/.
8. Bloom B S, Engelhart M D, Furst E J, Hill W H, Krathwohl D R. Taxonomy of education objective, handbook I: the cognitive domain. New York: David McKay; 1965.
9. ปรียาภรณ์ บูรณากาญจน์, ศศิธร ยุวโกศล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เท่าทันสื่อสุขภาพด้านพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาตั้งครรภ์. วารสารวิชาการสื่อสารนวัตกรรมสังคม. 2563;8(2):136-49.
10. ธิติพร สุวรรณอำภา, ทัศนีย์วรรณ พฤกษเมธนันท์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(1):98-111.
11. นงเยาว์ สุวานิช, ธณกร ปัญญาใสโสภณ, สาโรจน์ เพชรมณี. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(4):45-54.
12. จาริณี คูณทวีพันธ์, รวีวัฒน์ นุมานิต, อนุรักษ์ กระรัมย์. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. วารสาร

วิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15:49-57.

13. ช่อทิพย์ ผลกุศล, ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2):24-34.

การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick

The Evaluation of Operational Training on the Development of Foreigners' Health Coordination Center (FHC) and Foreigners' Health Service Center (FHSC) in Roi-Et Using Kirkpatrick's Evaluation Model

สมปอง ทวีหันต์*

Sompong Thaweehan

Corresponding author: E-mail: pongSompong2997@gmail.com

(Received: November 7, 2025; Revised: November 15, 2025; Accepted: December 15, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง การเรียนรู้ พฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการแนวทางของ Kirkpatrick

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพชาวต่างชาติในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 100 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - ธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 4 ฉบับ ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.953 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 100 คน พบว่า มีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.36, SD.= 0.82) การเรียนรู้ (Mean= 4.73, SD.= 0.45) พฤติกรรม (Mean= 4.42, SD.= 0.51 และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม (Mean= 4.62, SD.= 0.50) โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥3.51) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การประเมินครั้งนี้ไม่เพียงสะท้อนความสำเร็จของโครงการอบรมในเชิงผลลัพธ์เท่านั้น แต่ยังนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าต่อการวางแผนพัฒนาโครงการในอนาคต โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้พร้อมต่อภารกิจการดูแลสุขภาพชาวต่างชาติในบริบทจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง ความเข้าใจทั้งจุดเด่น ข้อจำกัด และนัยยะที่ได้จากการประเมินจึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การออกแบบระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในอนาคตอย่างแท้จริง

คำสำคัญ : การประเมินโครงการ; การอบรมเชิงปฏิบัติการ; การประเมินของ Kirkpatrick

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To evaluate the reaction, learning, behavior, and results of the training program for the development of the International Health Coordination Center (IHCC) and the International Health Service Center (IHSC) in Roi Et Province.

Study design : Program evaluation research based on the Kirkpatrick Model.

Materials and Methods : The study included 100 personnel responsible for international health services from Roi-Et Hospital, community hospitals, and the Roi-Et Provincial Public Health Office. Data were collected between May and December 2023 using four sets of questionnaires with content validity index (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00 and an overall reliability coefficient of 0.953. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : The evaluation of 100 participants revealed that overall satisfaction with the training was at a very high level (Mean = 4.36, SD. = 0.82). Learning outcomes were also at a very high level (Mean = 4.73, SD. = 0.45), as were behavioral changes (Mean = 4.42, SD. = 0.51) and organizational results at the participants' workplaces (Mean = 4.62, SD. = 0.50). All domains met the predetermined criteria (Mean ≥ 3.51).

Conclusion and Recommendations : The evaluation not only demonstrates the success of the training program in terms of outcomes but also provides valuable empirical evidence for future program development. Strengthening personnel capacity to effectively manage international health services at the provincial and regional levels is essential. Insights regarding the program's strengths, limitations, and implications serve as a foundation for designing sustainable capacity-building systems that address ongoing and emerging challenges within the healthcare service system.

Keywords : Program evaluation; Training workshop; Kirkpatrick evaluation model

*Professional Registered Nurse (Senior Level), Roi-Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแรงงานเป็นอย่างมาก โดยมีการนำเข้าแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มมากขึ้นซึ่งปัจจัยดึงดูด คือ ค่าจ้างแรงงานที่ต่ำ และจำนวนแรงงานเพียงพอต่อความต้องการและปัจจัยอีกอย่างที่ดึงดูดแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานคือ นโยบายของรัฐกำหนดแรงงานขั้นต่ำวันละ 300 บาท จึงทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย และเป็นปัจจัยผลักดันให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานโดยถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเพิ่มมากยิ่งขึ้นผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาในไทยกระทบใน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรมยาเสพติด การลักลอบเข้าเมือง การศึกษา เป็นต้น 2) ด้านความมั่นคง เช่น การชุมนุม เรียกร้องสิทธิของคนข้ามชาติ การรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มอิทธิพล เป็นต้น และ 3) ด้านสาธารณสุข เช่น ปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ ปัญหาการเข้ามาทำงานของแรงงานข้ามชาติ และการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง มีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่เนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจ[1]

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ปัจจุบันมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก การพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและค่อนข้างสูง ทำให้มีความต้องการจ้างแรงงานและค่าแรงสูงเพิ่มมากขึ้น แต่ผลกระทบด้านลบของแรงงานต่างด้าวที่มีต่อสังคมปัจจุบัน คือ ปัญหาด้านอาชญากรรมและยาเสพติด การมีแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายจำนวนมากทำให้เกิดการแย่งงานกันเองระหว่างแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายด้วยกัน แรงงานต่างด้าวบางส่วนว่างงาน มีการลักทรัพย์เกิดขึ้นในชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายอยู่จำนวนมาก บ่อยครั้งมีการทะเลาะวิวาท จากการดื่มสุราและมีการลักทรัพย์จากร้านค้าและชุมชนไทย ทำให้คนไทยบางส่วนเกิดความหวาดระแวง และหวาดกลัวภัยจากการที่แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายอยู่ในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นกับชุมชนอีกประการที่เห็นได้ชัดเจน คือ เรื่องสิ่งแวดล้อม มีขยะมากชุมชนสกปรกขึ้น เพราะความไม่มีระเบียบของแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ปัญหาการลักลอบเข้าเมือง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านโดยเฉพาะพม่า ลาวและกัมพูชาที่เข้ามาในประเทศไทยมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี[2]

ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตาม และบุตรที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม มีการตรวจสุขภาพ คัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถลดผลกระทบด้านสุขภาพได้โดยใช้ทรัพยากรไม่สูงและสามารถให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามหรือนายจ้างรับภาระได้ระบบประกันสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นมีความครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไปการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้แรงงานต่างด้าวได้เข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ที่ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าประสงค์ที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพและเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี โดยให้โรงพยาบาลดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว ซึ่งคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายเงินค่าประกันสุขภาพต่อปี ในอัตราที่เทียบเท่ากับที่รัฐจ่ายให้ประชากรไทยแต่ในบางโรงพยาบาลยังพบปัญหาว่างบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอสำหรับโรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพได้น้อยและราคาบัตรประกันสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ ที่มีราคาบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 1,600 บาทต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับประกันสุขภาพกองทุนอื่นๆ ที่มีการจัดสรรรายหัวมากกว่า

เท่าตัวเมื่อเทียบกับบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว[3]

จากรายงานของสำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด[4] พบว่า แรงงานต่างด้าวในจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวนทั้งสิ้น 1,975 คน ประกอบด้วยคนอยู่ชั่วคราวตำแหน่งช่างฝีมือชำนาญการ 152 คน บุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน 18 คน แรงงานต่างด้าวนำเข้าตาม MOU ประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ ไม่ใช่ช่างฝีมือจำนวน 1,078 คน แรงงานต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ จำนวน 129 คน และแรงงานต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ จำนวน 89 คน ส่วนอัตราแรงงานต่างด้าวในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งคำนวณจำนวนแรงงานต่างด้าวในจังหวัดต่อผู้มีงานทำในจังหวัดทั้งหมด พบว่า ในไตรมาส 3/2566 มีอัตราร้อยละ 0.16 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากไตรมาส 2 ปี พ.ศ.2565 ที่มีอัตราการจ้างแรงงานต่างด้าว 0.15 หากพิจารณาอัตราการจ้างแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา) ไตรมาส 3/2565 จะพบว่า การจ้างแรงงานต่างด้าวจังหวัดร้อยเอ็ด มีการจ้างแรงงานต่างด้าว สัญชาติเมียนมา ร้อยละ 33.53 สัญชาติลาว ร้อยละ 58.42 และสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 8.05 หากคำนวณจำนวนแรงงานต่างต่างด้าว 3 สัญชาติในจังหวัดต่อผู้มีงานทำในจังหวัดทั้งหมดของไตรมาส 3 ปี พ.ศ.2566 พบว่า ในไตรมาส 3/2566 อัตราร้อยละ 0.13 ซึ่งมีอัตราเท่ากันกับไตรมาส 2 ปี พ.ศ.2566 ที่มีอัตราการจ้างแรงงานต่างด้าว 0.13

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นหนึ่งปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติดีขึ้น สำหรับแรงแรงงามชาติโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการให้การดูแลทางการแพทย์ และมีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ดังนี้ 1) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟู สภาพทั่วไป 2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และเพิ่มการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) 3) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล และ 5) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค[5] ปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพ ต้องแบกรับภาระทางการเงิน และภาระงานที่เพิ่มขึ้นเพื่อจัดให้การบริการสุขภาพครบทั้ง 4 ด้านให้กับคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ส่วนมากแรงงานข้ามชาติที่มาใช้บริการเป็นแรงงานข้ามชาติ ที่ต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเอง เป็นแรงงานที่มีฐานะยากจนไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา หรืออาจหลบหนีหลังจากอาการดีขึ้น ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น และมีภาวะเสี่ยงที่จะไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ ทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของ Penchamsky & Thomas[6] ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพการบริการ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพ ASEAN ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 โดยได้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข: ศคอส.” ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ “ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ: ศบต.” ในทุกจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นกลไกหลักในการบริหารวิชาการและด้านบริการสุขภาพชาวต่างชาติ ในระดับจังหวัดให้เกิดรูปธรรม โดยการพัฒนาระบบบริการให้บุคคลที่มีสัญชาติอื่นๆ ทั้งหมดที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ที่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อการอำนวยความสะดวกในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูในรูปแบบบริการที่เป็นมิตร เพื่อช่วยเหลือดูแลชาวต่างชาติที่เข้ามา ในประเทศ ร่วมไปถึงการส่งเสริมการ ท่องเที่ยวโดยบริการสุขภาพทุกอาชีพทุกสัญชาติ รวมไปถึง ผู้ที่มาพักพิงในประเทศไทย ทั้งชั่วคราวและถาวรให้ได้รับบริการที่ดีถูกต้องตามมาตรฐานสากล ซึ่งมีหน่วยงานที่ดูแล คือ ศสต.และศบต.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินการตามแนวทางการจัดบริการสำหรับคนต่างด้าวเพื่อตอบสนองความต้องการและเป็นมิตรต่อระบบบริการสุขภาพและผู้เข้ารับบริการ คือ ความยั่งยืนของระบบการเงิน

การคลัง (Financing) ที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร และสามารถรองรับจำนวนคนไข้ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตทุกสถานบริการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งปัจจุบันแหล่งงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับคนต่างด้าวมาจาก 2 แหล่ง คือ 1) งบประมาณกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวภายใต้ระบบประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว บริหารจัดการโดย 2 หน่วยงานหลัก คือ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ที่ดำเนินนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และ 2) งบประมาณภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เช่น งบประมาณแผนปฏิบัติการระดับชาติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษด้านสาธารณสุขชายแดน ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2562-2565) งบประมาณโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติและการค้ามนุษย์แบบบูรณาการ (พ.ศ. 2562) และงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาวต่างชาติ (พ.ศ. 2562) เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เป็นงบประมาณเพื่อใช้บริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้จัดอบรมโครงการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นผู้วิจัยจึงได้การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick ขึ้นเพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง การเรียนรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ที่ของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การประเมินโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินผลการฝึกอบรมตามแนวทางของโดนัลด์ แอล เคิร์กแพททริก (Donald L. & Kirkpatrick D)[7] สำหรับการประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพชาวต่างชาติ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินโครงการแบ่งเครื่องมือตามกรอบการประเมินของเคิร์ก แพทริค ใช้เครื่องมือ ทั้งหมด 4 ฉบับ คือ 1) แบบประเมินปฏิกิริยา (Reaction) ที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม 2) แบบทดสอบความรู้ (Learning) ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบทดสอบความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการฯ ก่อนและหลังการฝึกอบรม 3) แบบประเมินพฤติกรรม (Behavior) ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการพัฒนาของผู้เข้าร่วมโครงการฯ และ 4) แบบประเมินผลลัพธ์ (Results) ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบประเมินพฤติกรรมการพัฒนา และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้บริหาร

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาตำรา เอกสาร บทความ ทฤษฎี หลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการกำหนดขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ศึกษาวัตถุประสงค์ของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์

จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

4. ออกแบบเครื่องมือและการประเมินผลโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งตามรูปแบบการประเมินของเคิร์กแพทริค ประกอบด้วย ระดับการประเมิน ประเด็นที่ศึกษา คำอธิบาย แหล่งข้อมูลเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

5. สร้างแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินผลโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้รูปแบบการประเมินของเคิร์กแพทริค

6. เสนอแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนแนะเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถามให้สอดดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมิน

7. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม พร้อมทั้งตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

8. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างอื่น

9. นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น และจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การออกแบบและสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลการประเมินผลโครงการฝึกอบรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินของเคิร์กแพทริคมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนที่จะนำไปใช้จริงโดยการตรวจสอบ 2 ประเภท ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) เป็นการตรวจสอบความแม่นยำของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่เรียบเรียงแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของข้อคำถามว่าตรงตามจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่โดยตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของข้อคำถาม เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าความเที่ยงตรงในเชิงเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความเพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 พบว่าแบบประเมินทั้ง 4 ฉบับมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00

2. การหาค่าความน่าเชื่อมั่น(Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปไปทลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try our) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงในการเก็บข้อมูล จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และใช้เกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยได้เสนอแนะเป็นเกณฑ์การยอมรับที่ค่าแอลฟามากกว่าและเท่ากับ 0.70 ซึ่งผลการทดสอบได้เท่ากับ 0.953 หมายความว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นที่สามารถใช้เก็บข้อมูลได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผลโครงการฯ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ

2. ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวัดระดับความคิดเห็นในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรมและระดับความคิดเห็นต่อประโยชน์ที่องค์กรได้รับภายหลังจากการฝึกอบรมในมิติการปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและพัฒนา จากผู้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการ

สุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 100 คน หลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรม 3 เดือน

3. ขอความร่วมมือจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้ารับการฝึกอบรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้เข้ารับการฝึกอบรม

4. นำผลของแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ในเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) โดยมีเกณฑ์การตัดสินผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป (Mean) หรือค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.51 จากมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ[8]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1862565 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่อง การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.)และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick ผู้วิจัยได้ทำการนำเสนอผลตามกรอบแนวคิดการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 70 คน (70.0%) อายุเฉลี่ย 39.1 ปี (SD.= 9.24) อายุตั้งแต่ 35-44 ปี จำนวน 40 คน (40.0%) ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 60 คน (60.0%) สังกัดโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 80 คน (80.0%) ไม่เคยมีประสบการณ์ในงานดูแลสุขภาพชาวต่างชาติ จำนวน 40 คน (40.0%) ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพชาวต่างชาติมาก่อน จำนวน 65 คน (65.0%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n =100)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	30(30.0)
	หญิง	70(70.0)
อายุ (ปี)	ต่ำกว่า 25 ปี	5(5.0)
	25-34 ปี	30(30.0)
	35-44 ปี	40(40.0)
	45-54 ปี	20(20.0)
	55 ปีขึ้นไป	5(5.0)
	Mean(SD.)	39.1(9.24)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
ตำแหน่งงาน	พยาบาล	60(60.0)
	นักวิชาการสาธารณสุข	25(25.0)
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5(5.0)
	นักจัดการงานทั่วไป	5(5.0)
	อื่น ๆ	5(5.0)
สังกัด	โรงพยาบาลชุมชน	80(80.0%)
	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	10(10.0%)
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด	10(10.0%)
ประสบการณ์ในงานดูแลสุขภาพ	ไม่เคย	40(40.0)
ชาวต่างชาติ	น้อยกว่า 1 ปี	20(20.0)
	1-3 ปี	25(25.0)
	มากกว่า 3 ปี	15(15.0)
เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพ	เคย	35(35.0)
ชาวต่างชาติมาก่อน	ไม่เคย	65(65.0)

2. ผลการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรม (Reaction Evaluation)

2.1 ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้าอบรมที่มีต่อการฝึกอบรม พบว่า โดยรวมของความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.36, SD.=0.82) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥ 3.51) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในภาพรวมของการอบรมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือข้อที่ 6 และข้อที่ 8 ได้แก่ “การสร้างบรรยากาศในระหว่างการอบรมเหมาะสม” และ “การบริหารเวลาในการอบรมของวิทยากรเหมาะสม” (Mean=4.52, SD.=0.71) อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 1 เรื่อง “เนื้อหาที่อบรมเพิ่มเติมความรู้เดิมของท่าน” ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 แม้จะเป็นค่าที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับข้ออื่น ๆ แต่ยังถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์และอยู่ในเกณฑ์ดีมากเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาที่จัดอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้เดิมได้เป็นอย่างดี

2.2 ข้อมูลการสนับสนุนจากองค์กรต่อการฝึกอบรม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.10, SD.= 0.83) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥ 3.51) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมรับรู้ถึงความเอื้ออำนวยและการสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือข้อที่ 17 “องค์กรให้เวลาสนับสนุนเข้ารับการฝึกอบรม” (Mean=4.78, SD.=0.48) อย่างไรก็ตามข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือข้อที่ 10 “เนื้อหาที่อบรมตรงกับภาระงานความรับผิดชอบ” ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.76 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 แม้จะอยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับข้ออื่น ๆ แต่ยังถือว่าผ่านเกณฑ์และอยู่ในระดับดี แสดงถึงข้อสังเกตที่องค์กรอาจพิจารณาปรับปรุงให้เนื้อหาการอบรมมีความสอดคล้องกับหน้าที่และภาระงานหลักของบุคลากรมากยิ่งขึ้นในอนาคต

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.79, SD.=0.49) เมื่อพิจารณา

ในรายละเอียด พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 21 “ความภาคภูมิใจกับวิธีการและผลลัพธ์การปฏิบัติของตนเอง” (Mean=4.86, SD.=0.40) นอกจากนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงในลำดับถัดไป ได้แก่ ข้อที่ 19 “ความเชื่อมั่นในตนเองว่าทำงานได้สำเร็จ” และข้อที่ 20 “ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย” โดยมีค่าเฉลี่ย 4.79 และ 4.78 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการอบรมในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรู้ใหม่ให้กับผู้เข้ารับการอบรมได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือข้อที่ 23” ได้ฝึกทักษะ/สมรรถนะใหม่ ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น” โดยมีค่าเฉลี่ย 4.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 แม้จะเป็นค่าที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับข้ออื่น ๆ แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ดีมากและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจสะท้อนถึงโอกาสในการพัฒนาการออกแบบกิจกรรมการอบรมที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริงให้มากขึ้น เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและความชำนาญเพิ่มเติมให้แก่ผู้เข้าอบรมต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรม (n=100)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้าอบรมที่มีต่อการฝึกอบรม		
1. เนื้อหาที่อบรมเพิ่มเติมความรู้เดิมของท่าน	4.20(0.78)	ผ่านเกณฑ์
2. รูปแบบ/ กิจกรรมที่วิทยากรใช้ในการอบรมเหมาะสม	4.45(0.74)	ผ่านเกณฑ์
3. สื่อโสตทัศนูปกรณ์ที่ใช้ในการอบรมเหมาะสม	4.26(0.89)	ผ่านเกณฑ์
4. วิทยากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญสามารถถ่ายทอดเนื้อหาได้ชัดเจนตรงประเด็น	4.23(0.80)	ผ่านเกณฑ์
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรมต่อการทำงานมีมาก	4.39(0.92)	ผ่านเกณฑ์
6. การสร้างบรรยากาศในระหว่างการอบรมเหมาะสม	4.52(0.71)	ผ่านเกณฑ์
7. การอภิปรายกลุ่มหรือแบ่งกลุ่มย่อยฝึกทักษะทางคลินิกทำให้เพิ่มความรู้และทักษะจากที่มีอยู่เดิม	4.30(0.84)	ผ่านเกณฑ์
8. การบริหารเวลาในการอบรมของวิทยากรเหมาะสม	4.52(0.71)	ผ่านเกณฑ์
9. เนื้อหาที่อบรมสอดคล้องกับความต้องการของท่าน	4.30(0.84)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยรายด้าน	**4.36(0.82)**	**ผ่านเกณฑ์**
ข้อมูลการสนับสนุนจากองค์กรต่อการฝึกอบรม		
10. เนื้อหาที่อบรมตรงกับภาระงานความรับผิดชอบ	3.76(0.92)	ผ่านเกณฑ์
11. เนื้อหาที่อบรมตรงกับงานที่กำลังปฏิบัติอยู่หรือกำลังจะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ	4.53(0.65)	ผ่านเกณฑ์
12.การอบรมตอบสนองความต้องการของหน่วยงาน	4.26(0.63)	ผ่านเกณฑ์
13. เนื้อหาที่อบรมเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	4.22(0.77)	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
14. เรื่องที่ท่านอบรมตรงกับนโยบายและเป้าหมายขององค์กรท่าน	4.53(0.63)	ผ่านเกณฑ์
15. ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนให้เข้ารับการฝึกอบรม	4.19(0.65)	ผ่านเกณฑ์
16. องค์กรให้ทุนสนับสนุนเข้ารับการฝึกอบรม	4.72(0.74)	ผ่านเกณฑ์
17. องค์กรให้เวลาสนับสนุนเข้ารับการฝึกอบรม	4.78(0.48)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยรายด้าน	**4.10(0.83)**	**ผ่านเกณฑ์**
ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะของตนเอง		
18. ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	4.84(0.37)	ผ่านเกณฑ์
19. ความเชื่อมั่นในตนเองว่าทำงานได้สำเร็จ	4.79(0.45)	ผ่านเกณฑ์
20. ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	4.78(0.50)	ผ่านเกณฑ์
21. ความภาคภูมิใจกับวิธีการและผลลัพธ์การปฏิบัติของตนเอง	4.86(0.40)	ผ่านเกณฑ์
22. เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.78(0.53)	ผ่านเกณฑ์
23. ได้ฝึกทักษะ/ สมรรถนะใหม่ ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น	4.15(0.23)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยรายด้าน	**4.79(0.49)**	**ผ่านเกณฑ์**
เฉลี่ยโดยรวม	**4.02(0.55)**	**ผ่านเกณฑ์**

3. ผลการประเมินการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม (Learning Evaluation) พบว่า พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.73, SD.=0.45) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥ 3.51) บ่งชี้ว่าผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจและได้รับความรู้ที่มีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 4 “ประเด็นและแนวโน้มการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วย” (Mean=4.87, SD.=0.35) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเมินการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม (n=100)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
1. องค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย	4.80(0.41)	ผ่านเกณฑ์
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.73(0.46)	ผ่านเกณฑ์
3. สิ่งที่ได้เรียนรู้มีความทันสมัย	4.73(0.46)	ผ่านเกณฑ์
4. ประเด็นและแนวโน้มการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วย	4.87(0.35)	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
5. สิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้	4.67(0.49)	ผ่านเกณฑ์
6. สิ่งที่ได้เรียนรู้มุ่งไปแก้ปัญหาของผู้ป่วย	4.73(0.46)	ผ่านเกณฑ์
7. แนวปฏิบัติในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย	4.60(0.51)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	**4.73(0.45)**	**ผ่านเกณฑ์**

4. ผลการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม (Behavior Evaluation) พบว่า จากผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการฝึกอบรม จำนวน 100 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังการอบรม พบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.42, SD.=0.51)

โดยสรุปผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมที่พัฒนาดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และความใส่ใจในจริยธรรมการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลที่สะท้อนถึงความสำเร็จของการฝึกอบรมในครั้งนี้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรม (n=100)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
ข้อมูลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น		
1. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน อย่างสม่ำเสมอ	4.33(0.49)	ผ่านเกณฑ์
2. ประสานความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อการวางแผน และให้การดูแลผู้ป่วย	4.47(0.62)	ผ่านเกณฑ์
ข้อมูลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น		
3. จัดการภาวะเร่งด่วนผู้ป่วย	4.27(0.46)	ผ่านเกณฑ์
4. ติดตามประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย	4.20(0.41)	ผ่านเกณฑ์
5. ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ	4.40(0.51)	ผ่านเกณฑ์
6. ส่งเสริมการนำความรู้เทคนิคใหม่ ๆ มาพัฒนางานของตน	4.33(0.49)	ผ่านเกณฑ์
7. ตอบข้อสงสัยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้องและและเข้าใจได้ง่าย	4.47(0.52)	ผ่านเกณฑ์
8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม	4.42(0.51)	ผ่านเกณฑ์
9. ตอบข้อซักถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ	4.67(0.49)	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 4 (ต่อ)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
10. พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมและปลอดภัย	4.33(0.49)	ผ่านเกณฑ์
11. เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วย	4.47(0.52)	ผ่านเกณฑ์
12. สอน ชี้แนะ และเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) แก่ผู้ปฏิบัติงานจบใหม่ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	4.07(0.70)	ผ่านเกณฑ์
13. ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม	4.29(0.48)	ผ่านเกณฑ์
14. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค	4.40(0.51)	ผ่านเกณฑ์
15. ประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย	4.20(0.41)	ผ่านเกณฑ์
16. สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพระหว่างหน่วยงาน	4.27(0.46)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	**4.42(0.51)**	**ผ่านเกณฑ์**

5. ผลการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม (Results Evaluation) พบว่า จากผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 100 คน เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานหลังจากการเข้ารับการอบรม พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.62 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥ 3.51) สะท้อนให้เห็นว่าการอบรมมีผลต่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการให้บริการในสถานที่ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ยั่งยืน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นต่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม (n=100)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (Mean≥3.51)
ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อศูนย์บริการสุขภาพฯ		
1. ลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน	4.60(0.51)	ผ่านเกณฑ์
2. ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้รับบริการ	4.67(0.49)	ผ่านเกณฑ์
3. เกิดแผนงานหรือโครงการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในศูนย์บริการสุขภาพฯ	4.73(0.46)	ผ่านเกณฑ์
4. พัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	4.53(0.52)	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

รายการประเมิน	ความคิดเห็น Mean(SD.)	ระดับ (mean≥3.51)
5. พัฒนาระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	4.60(0.51)	ผ่านเกณฑ์
6. ยกระดับขีดความสามารถผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสุขภาพฯ	4.73(0.46)	ผ่านเกณฑ์
7. เกิดวิธีการปฏิบัติที่นำสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ	4.53(0.46)	ผ่านเกณฑ์
8. ความร่วมมือที่ดีในทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.43(0.58)	ผ่านเกณฑ์
9. ความร่วมมือที่ดีในกลุ่มผู้ปฏิบัติในศูนย์บริการสุขภาพฯ	4.67(0.58)	ผ่านเกณฑ์
10. เกิดประสิทธิภาพในงานที่รับผิดชอบ	4.33(0.58)	ผ่านเกณฑ์
11. เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ	4.67(0.25)	ผ่านเกณฑ์
12. หน่วยงานได้รับรางวัลหรือเป็นต้นแบบศูนย์บริการสุขภาพฯ ที่ดี	4.47(0.64)	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	**4.62(0.50)**	**ผ่านเกณฑ์**

การสรุปผลการประเมินตามประเด็นต่างๆ การประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศูนย์ประสานงานสุขภาพชาวต่างชาติ (ศสต.) และศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.) จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ถูกดำเนินการโดยใช้รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick เพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลสำเร็จของโครงการ ผลการประเมินในแต่ละมิติสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรม (Reaction Evaluation) จากการประเมินในระดับที่หนึ่งตามรูปแบบของ Kirkpatrick พบว่าผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 100 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการฝึกอบรมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม (Mean= 4.36, SD.= 0.82) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥3.51) ผลการประเมินนี้แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกเชิงบวกและความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ

2. ผลการประเมินการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม (Learning Evaluation) สำหรับผลการประเมินการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม (Mean= 4.73, SD.= 0.45) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥3.51) ผลลัพธ์ที่อยู่ในระดับสูงมากนี้บ่งชี้ว่าผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจและได้รับความรู้ที่มีประโยชน์อย่างชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

3. ผลการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม (Behavior Evaluation) ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังการอบรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม (Mean= 4.42, SD.= 0.51) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥3.51) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการพัฒนาพฤติกรรมในการทำงานและปฏิบัติงานที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

4. ผลการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม (Results Evaluation) ผลการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานหลังจากการเข้ารับการอบรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม (Mean= 4.62, SD.= 0.50) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Mean ≥3.51) ผลการประเมินนี้สะท้อนว่าการอบรมมีผลต่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการให้บริการในศูนย์บริการสุขภาพอย่างชัดเจน

วิจารณ์

ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลกากรวตามวัตถุประสงค์ของวิจัย และกรอบแนวคิดของ Kirkpatrick ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมสมัย ดังนี้

1. การประเมินผลการฝึกอบรมในระดับปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Evaluation) ตามกรอบแนวคิดของ Kirkpatrick ถือเป็นขั้นตอนแรกที่ช่วยสะท้อนความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมต่อคุณภาพการจัดการอบรม ทั้งเนื้อหา ผู้สอน และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Quinton et al.[9] ซึ่งประเมินการอบรมตามโมเดล Kirkpatrick โดยพบว่าปัจจัยด้านการออกแบบกิจกรรม การจัดการเวลา และทักษะการถ่ายทอดของวิทยากรเป็นองค์ประกอบหลักที่กำหนดความพึงพอใจระดับ Reaction และเชื่อมโยงไปสู่ความตั้งใจในการนำความรู้ไปใช้ ขณะเดียวกัน Cheung et al.[10] ยังชี้ว่าการสร้างบรรยากาศเชิงบวกในการอบรมมีผลอย่างมากต่อระดับการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และความรู้สึกเชิงบวกนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Learning) แม้ว่า Reaction จะไม่ใช่ตัวชี้วัดที่พิสูจน์ผลลัพธ์ระดับสูงกว่าโดยตรงก็ตาม แม้ว่าค่าความพึงพอใจโดยรวมจะอยู่ในเกณฑ์ดีมาก แต่ข้อที่ได้รับคะแนนต่ำที่สุดคือ “เนื้อหาที่อบรมเพิ่มเติมความรู้เดิมของท่าน” ซึ่งอาจสะท้อนว่าเนื้อหาบางส่วนไม่ตอบโจทย์ช่องว่างของทักษะหรือความรู้ในงานจริงอย่างเต็มที่ อันเป็นข้อท้าทายที่ Cheung et al.[10] ระบุไว้ว่า ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content relevance) คือปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสามารถในการถ่ายทอดการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง (Transfer of training) แม้ Reaction ดี แต่หากเนื้อหาไม่เชื่อมโยงกับบริบทงานโดยตรง ก็อาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานในระยะยาว

นอกจากนี้ผู้เข้าอบรมได้รับรู้ถึงระดับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูงมาก โดยเฉพาะด้านเวลาและทุนสนับสนุน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินบริบทที่รายล้อมการฝึกอบรม งานวิจัยของ Li et al.[11] พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support: POS) เป็นตัวทำนายเชิงบวกต่อความตั้งใจในการนำความรู้ไปใช้จริง ทั้งยังช่วยลดการเสื่อมของผลการอบรม (Training decay) หลักฐานนี้ช่วยอธิบายว่าทำไมผู้เข้าอบรมจึงรายงานระดับความพึงพอใจเชิงบวก เพราะบริบทองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้มีส่วนสำคัญต่อประสบการณ์โดยรวมและความเชื่อมั่นในการนำความรู้ไปใช้ อย่างไรก็ตามแม้ผลระดับ Reaction จะมีประโยชน์ในการสะท้อนทัศนคติและความรู้สึกของผู้เรียน แต่ Kirkpatrick เองและงานวิจัยร่วมสมัยหลายชิ้นต่างชี้ตรงกันว่า ระดับ Reaction ไม่เพียงพอที่จะอธิบายความสำเร็จของโครงการฝึกอบรมโดยรวม (Quinton et al.; Cheung et al.)[9-10] เนื่องจากแบบสอบถามความพึงพอใจมักเป็นการประเมินแบบรายงานด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งมีความเสี่ยงต่ออคติ (Bias) รวมถึงไม่สามารถยืนยันว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือผลลัพธ์เชิงองค์กรในระยะยาวได้ การประเมินเพียงระดับ Reaction อาจทำให้ผู้ประเมินเข้าใจผลลัพธ์เกินจริงหากไม่มีหลักฐานสนับสนุนจากระดับ Learning, Behavior และ Results มาประกอบในการวิเคราะห์

2. การประเมินผลการเรียนรู้ (Learning Evaluation) เป็นขั้นตอนสำคัญในระดับที่สองของกรอบการประเมินผลของ Kirkpatrick ซึ่งมุ่งวัดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมอบรม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีระดับการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับดีมากแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรการอบรมสามารถสร้างความรู้และความเข้าใจที่จำเป็นต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยผู้เข้าอบรมรับรู้ว่าการอบรมให้ประโยชน์และเพิ่มพูนศักยภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญผลการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานของ Quinton et al.[9] ซึ่งพบว่าการออกแบบการอบรมที่ใช้เทคนิคการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) การทำกิจกรรมร่วมกัน และการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีคุณภาพ มีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้และทักษะหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ การจัดการเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าวช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมสูงขึ้นและเกิดความเข้าใจเชิงลึกมากกว่าเพียงการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ทำให้ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้

มีความยั่งยืนมากขึ้น นอกจากนี้งานของ Cheung et al.[10] ยังชี้ว่าการจัดการเรียนรู้ที่ออกแบบตามหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning theory) เช่น การเน้นประสบการณ์ตรง การสะท้อนคิด และการแก้ปัญหาแบบสถานการณ์จริง ช่วยเสริมศักยภาพการเรียนรู้และเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้จริงในสถานการณ์การทำงาน ในมิติของปัจจัยสนับสนุน ผู้เข้ารับการอบรมรายงานว่ามีการสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูง ได้แก่ การให้เวลาสำหรับการอบรมและสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของกระบวนการเรียนรู้ งานของ Li et al.[11] ระบุว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived organizational support: POS) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจในการเรียนรู้ การคงอยู่ของความรู้ในระยะยาว และความตั้งใจในการนำความรู้มาปรับใช้ในงานจริง ผลการสนับสนุนจากองค์กรที่พบในการวิจัยนี้จึงช่วยเสริมสมมติฐานว่าการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมีโอกาสสูงที่จะต่อยอดไปสู่การปฏิบัติจริง

อย่างไรก็ตาม แม้ผลระดับ Learning จะมีคะแนนสูง และบ่งชี้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมประสบผลสำเร็จ แต่ยังมีข้อพิจารณาเชิงวิพากษ์ที่ควรตระหนัก ประการแรก การใช้แบบสอบถามหรือแบบทดสอบเพียงครั้งเดียวหลังการอบรมอาจสะท้อนการเรียนรู้ในเชิงความจำระยะสั้นมากกว่าความเข้าใจที่สามารถนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Cheung et al.[10] ที่ชี้ว่าการประเมิน Learning ควรใช้หลายแนวทาง เช่น การวัดก่อน–หลัง (Pre–Post test) การประเมินเชิงปฏิบัติ (Performance assessment) หรือการติดตามผลระยะกลาง-ยาว เพื่อยืนยันการคงอยู่ของความรู้ (Knowledge retention) ประการที่สอง แม้ว่าผล Learning จะมีค่าสูง แต่ตามกรอบทฤษฎีของ Kirkpatrick การเรียนรู้ที่ดีไม่ได้รับประกันว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior) หากขาดการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การนิเทศ การมอบหมายงานที่สอดคล้อง หรือการประเมินผลที่ส่งเสริมการนำความรู้ไปใช้ ตามที่ Quinton et al.[11] ชี้ว่าปัจจัยแวดล้อมมีผลสำคัญต่อการแปลงการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ดังนั้นผลลัพธ์ Learning ยังควรถูกติดตามร่วมกับผลระดับ Behavior และ Results เพื่อให้การประเมินมีความครบถ้วนตามลำดับขั้นของโมเดล Kirkpatrick

3. การประเมินผลการอบรมในระดับพฤติกรรม (Behavior Evaluation) เป็นระดับที่สามของรูปแบบการประเมินผลของ Kirkpatrick ซึ่งมุ่งวัดการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้เข้ารับการอบรมรายงานว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก การรับรู้เชิงบวกนี้สะท้อนว่าการอบรมสามารถจูงใจให้เกิดการนำความรู้ไปใช้ในบริบทการทำงานจริง และสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า “พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง” เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการทั้งความเข้าใจ เนื้อหา และสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศหลายฉบับเช่น การศึกษาของ Thepha et al.[12] พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมด้านทักษะการให้คำปรึกษามารดาหลังคลอด มีการปรับพฤติกรรมการให้บริการดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการติดตามหลังการให้บริการ การอบรมที่เน้นกิจกรรมเชิงปฏิบัติและจำลองสถานการณ์ (Simulation-based learning) ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้จริงได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kirkpatrick ว่าการเรียนรู้เชิงปฏิบัติจะช่วยขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ในงานประจำ

นอกจากนี้ผลการวิจัยของกมลทิพย์ สงวนรัมย์ และคณะ[13] ที่พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมด้านการบำบัดผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมไม่เพียงแต่รายงานว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการประเมินอาการ การสื่อสาร และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหากการอบรมมีการจัดกลไกสนับสนุนหลังการอบรม เช่น การนิเทศ (Supervision) และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานบริการ จะช่วยเพิ่มโอกาสที่พฤติกรรมจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ในด้านการเสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

งานวิจัยของ โต เจริญบดี[14] พบว่า การออกแบบหลักสูตรควบคู่กับการสร้างระบบสนับสนุนในหน่วยงาน เช่น การให้ผู้บังคับบัญชามีบทบาทติดตามผลหลังอบรม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการทำงานของผู้เข้ารับการอบรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม การศึกษานี้เน้นว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้เกิดจากการอบรมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยบริบทสนับสนุนร่วมด้วย เช่น โครงสร้างงาน การแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และกระบวนการประเมินผลในที่ทำงาน

อย่างไรก็ตาม การตีความผลที่ได้ค่าคะแนนพฤติกรรมสูงควรทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากการประเมินพฤติกรรมในงานวิจัยครั้งนี้อาศัยเพียง การประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งงานวิจัยในประเทศชี้ว่ามีความเสี่ยงต่ออคติด้าน “ความต้องการที่จะตอบให้ดูดี” (Social desirability bias) เช่นเดียวกับที่ Thepha[12] รายงานว่าค่าจากการประเมินตนเองมักสูงกว่าค่าที่ได้จากการประเมินโดยหัวหน้างานหรือการสังเกตจริงในสถานบริการ อีกทั้ง กมลทิพย์ สงวนรัมย์ และคณะ[13] ยังเสนอว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมหลังอบรมอาจเกิดขึ้นเพียงระยะสั้น หากไม่มีระบบนิเทศหรือเครื่องมือสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นในการประเมินติดตามผลระยะกลางและระยะยาว

4. การประเมินผลลัพธ์ของโครงการฝึกอบรมในระดับผลลัพธ์ (Results Evaluation) ตามกรอบ Kirkpatrick เป็นการวัดผลระดับสูงสุด ซึ่งมุ่งเน้นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบงานหรือสถานบริการสุขภาพ อันเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม ผลการประเมินในครั้งนี้สะท้อนว่า “ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก” แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมรับรู้ว่าการอบรมก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานบริการและประสิทธิภาพของหน่วยงานได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sriyasak et al.[15] ซึ่งศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการและประสิทธิภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนสู่การกำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่ามีการพัฒนาคุณภาพงานบริการทั้งในเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการ อันเป็นผลจากการยกระดับความสามารถของบุคลากรและการจัดการภายในที่ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการประเมินผลของโครงการในครั้งนี้ที่ผู้เข้ารับการอบรมรับรู้ถึงการพัฒนาในระดับหน่วยงานอย่างชัดเจน ซึ่งชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการฝึกอบรมมีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพงานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้การประเมินโครงการฝึกอบรมเฉพาะทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โดย Kheawwan & Thanomlikhit[16] พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการพัฒนาพฤติกรรมการทำงานและความมั่นใจในหน้าที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใน 6 เดือนหลังการอบรม ซึ่งส่งผลให้คุณภาพของงานบริการทางการพยาบาลสูงขึ้นอย่างชัดเจน งานวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรอย่างเป็นระบบสามารถถ่ายทอดเป็นผลลัพธ์เชิงบวกต่อสถานบริการได้จริงและเป็นตัวอย่างที่สอดคล้องกับผลการประเมินที่ได้จากโครงการครั้งนี้ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของโครงการสุขภาพในชุมชน พบว่า การฝึกอบรมบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขมีผลต่อการยกระดับผลลัพธ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่น งานของนพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล[17] รายงานว่าหลังการอบรมและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีตัวชี้วัดสุขภาพดีขึ้น และหน่วยบริการมีประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วยที่ดีขึ้นตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการอบรมและเสริมสร้างทักษะให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร

อย่างไรก็ดีแม้ผลการประเมินในครั้งนี้จะมีค่าเฉลี่ยสูง แต่อาจยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม เนื่องจากการประเมินผลลัพธ์ที่ใช้เพียงแบบสอบถามการรับรู้ของผู้เข้ารับการอบรมอาจมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอคติจากการตอบแบบประเมิน เช่น ความต้องการตอบให้เป็นที่ยอมรับ (Social desirability bias) เช่นเดียวกับ Sriyasak et al.[15] ชี้ว่า ผลการประเมินจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์

เชิงระบบได้ครบถ้วน และควรผนวกกับข้อมูลวัตถุ เช่น สถิติการให้บริการหรือผลลัพธ์สุขภาพจริงของประชาชน เช่นเดียวกับข้อเสนอของนพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล[17] ที่ระบุว่าความสำเร็จของโครงการควรถูกประเมินผ่านชุดตัวชี้วัดทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ เพื่อให้ได้ภาพสะท้อนที่รอบด้านมากยิ่งขึ้น

การประเมินโครงการอบรมเชิงครั้งนี้พบว่าผลการประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) ผลการประเมินการเรียนรู้ (Learning) พฤติกรรม (Behavior) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ปฏิบัติงาน (Results) ทุกมิติผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สะท้อนว่าการอบรมมีผลต่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการให้บริการในศูนย์บริการสุขภาพอย่างชัดเจน

จุดเด่นของการประเมินครั้งนี้ คือ มีความแข็งแรงเชิงระเบียบวิธี เนื่องจากนำโมเดล Kirkpatrick ซึ่งเป็นกรอบการประเมินที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิกิริยาของผู้เรียน (Reaction) การเรียนรู้ (Learning) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior) และผลลัพธ์ต่อองค์การ (Results) ทำให้การประเมินสามารถสะท้อนความสำเร็จของโครงการอย่างรอบด้าน เครื่องมือประเมินที่ใช้มีคุณภาพสูง โดยมีค่า IOC อยู่ในระดับดีมากและค่า Cronbach's Alpha สูงถึง 0.953 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเที่ยงและความสม่ำเสมอของข้อมูลที่เก็บได้ นอกจากนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยบริการหลายระดับ ทำให้ข้อมูลมีความหลากหลายและครอบคลุมบริบทการทำงานจริง ผลการประเมินที่พบว่าทุกมิติอยู่ในระดับดีมากยังเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าการอบรมมีประสิทธิผลและตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพด้านชาวต่างชาติอย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดของการประเมินครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การประเมินครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของการตีความผลลัพธ์ การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่พึ่งพาแบบสอบถามเชิงปริมาณ จึงขาดข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนประสบการณ์จริงของผู้เข้าอบรมในบริบทการปฏิบัติงาน เช่น ข้อจำกัดที่ผู้ปฏิบัติงานพบในพื้นที่หรือปัจจัยเชิงระบบที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการนำความรู้ไปใช้จริง นอกจากนี้ การประเมินเกิดขึ้นหลังการอบรม 3 เดือนเพียงครั้งเดียว ทำให้ไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ในระยะยาวหรือความคงทนของพฤติกรรมใหม่ได้ อีกทั้งตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ยังคงเป็นการประเมินเชิงความรู้สึกมากกว่าตัวชี้วัดเชิงระบบ เช่น จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นหรือการลดภาระหนี้ค้างชำระ ซึ่งล้วนเป็นดัชนีสำคัญที่สะท้อนผลกระทบที่แท้จริงของโครงการต่อประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ บางรายการประเมินด้านเนื้อหา เช่น ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาอบรมกับภาระงาน ได้คะแนนต่ำกว่าส่วนอื่น สะท้อนว่าผู้เข้าอบรมบางกลุ่มอาจยังไม่ได้รับเนื้อหาที่ตอบโจทย์บทบาทของตนอย่างแท้จริง

นัยยะของข้อค้นพบที่มีต่อการประเมินโครงการ เมื่อพิจารณานัยยะของข้อค้นพบที่มีต่อการประเมินโครงการ จะพบว่าผลการประเมินสนับสนุนความเป็นไปได้ในการขยายโครงการในระดับจังหวัดหรือระดับเขต เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่สามารถนำความรู้ไปใช้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยบริการ นอกจากนี้ ข้อค้นพบยังชี้ให้เห็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต เช่น การเพิ่มเนื้อหาเชิงปฏิบัติ การจัดกิจกรรมฝึกทักษะจำลองสถานการณ์ (Simulation) การออกแบบเนื้อหาเฉพาะรายสายงาน รวมทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบเพื่อติดตามประสิทธิผลของโครงการในระยะยาว อีกทั้งยังสะท้อนความจำเป็นของการสนับสนุนเชิงนโยบาย เช่น ระบบการเงินการคลัง การบริหารจัดการข้อมูล และการบูรณาการงานประสานด้านแรงงานต่างด้าว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยโครงสร้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

กล่าวโดยสรุปการประเมินครั้งนี้ไม่เพียงสะท้อนความสำเร็จของโครงการอบรมในเชิงผลลัพธ์เท่านั้น แต่ยังนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าต่อการวางแผนพัฒนาโครงการในอนาคต โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้พร้อมต่อภารกิจการดูแลสุขภาพ

ชาวต่างชาติในบริบทจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง ความเข้าใจทั้งจุดเด่น ข้อจำกัด และนัยยะที่ได้จากการประเมินจึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การออกแบบระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในอนาคตอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health Regarding Health Examination and Insurance of Foreign Workers [Internet]. 2018 [cited 2024 May 14]. Available from: http://www.moph.go.th.
2. นฤมล อนุสนธิ์พัฒน์, ภาณุพงศ์ ศิริ, สุธี โกสิทธิ์. ผลกระทบทางด้านสังคมจากการจ้างแรงงานต่างด้าวของไทย. วารสาร มมร. วิชาการล้านนา. 2566;12(1):33-47.
3. ณัฐนันท์ สุตะวงศ์, ธมลพรรห์ จินต์พงค์. การศึกษาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเพื่อกำหนดนโยบายการจ่ายชุดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(2):1-18.
4. สำนักงานแรงงานจังหวัดร้อยเอ็ด. สถานการณ์แรงงานจังหวัดร้อยเอ็ดไตรมาส 3 ปี พ.ศ.2566 (กรกฎาคม - กันยายน 2566). สำนักงานแรงงานจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
5. สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.samatcha.org/index.php/file/25040536-ec27-4831-934d-1fb5e014a042/preview
6. Penchamsky R, Thomas J W. The Concept of Access Definition and Relationship To Consumer Satisfaction. Medical Care; 1981;19(2):127-40.
7. Kirkpatrick D L. Kirkpatrick D. Evaluating Training Programs. (3rd ed). Berrett-Koehler Publishers, Inc.; 2006.
8. กานดา นาคะเวช. การประเมินและการจัดโครงการประเมิน หน่วยที่ 3 การวางแผนและออกแบบประเมิน (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
9. Quinton M L, Tidmarsh G, Parry B J, Cumming J. A Kirkpatrick Model Process Evaluation of Reactions and Learning from Online Training in a Community-Based Program. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11320.
10. Cheung V K L, Chia N-H, So S-S, Ng G W-Y, So Eric H-K. Expanding scope of Kirkpatrick model from training effectiveness review to evidence-informed prioritization management for cricothyroidotomy simulation. Heliyon. 2023:9(8):e18268.
11. Li Q, Chen Y, Lv H, Wang Y. The effect of perceived organizational support on work outcomes of frontline health personnel: A quantitative study. Sustainability. 2022.
12. Thepha T, Marais D, Bell J, Muangpin S. The Evaluation of Training for Health-Care Professionals: A 6-month EBF training workshop evaluation in Northeast Thailand; 2021;30(2):71-7.
13. กมลทิพย์ สงวนรัมย์, กุลชรีย์ เพียรทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการเป็นผู้บำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติ. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(3):215-88.
14. โต เจริญบดี. การพัฒนาหลักสูตรป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพนักงาน: การออกแบบการฝึก และ

การประเมินผล [วิทยานิพนธ์/รายงาน]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.

15. Sriyasak A, Sridawruang C, Sriring P, Nitkhamhan B, Chatchumni M, Khaonuan B, et al. Evaluation of health service quality and efficiency in sub-district health promoting hospitals post-transfer to Provincial Administrative Organizations. J Health Syst Res. 2025;19(2):180-93.
16. Kheawwan P, Thanomlikhit C. Post Baccalaureate Residency Training Program: An evaluation of 5-year performance. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2024;11(1):34–52.
17. นพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล. การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2566;9(1):28–43.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The Development of Care Model for Substance Abuse Patients with Psychiatric Symptoms at Risk of Violence through Multi-Stakeholder Collaboration at Kosum Phisai Hospital, Maha Sarakham

ลิหล่า ศรีพวงเพิด*

Lila Sriphoungpherd

Corresponding author: E-mail: lualarlualar@gmail.com

(Received: November 9, 2025; Revised: November 17, 2025; Accepted: December 17, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc taggart

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่1) เจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 7 คน 2) ภาคีเครือข่าย จำนวน 16 คน และ 3) ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการ จำนวน 20 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว แบบวัดคุณภาพชีวิต และคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิเคราะห์เนื้อหา Percentage differences และ Paired t test

ผลการวิจัย : ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด พบว่า มีจำนวนและความรุนแรงเพิ่มขึ้น ระบบบำบัดไม่ครอบคลุมตามระดับความรุนแรง รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) Pre-Hos : เน้นการคัดกรองอย่างรวดเร็วและแม่นยำเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ทันท่วงที 2) In-Hos : บริการในสถานพยาบาลบำบัดรักษาอย่างครบวงจร และ 3) Post-Hos : การติดตามดูแลในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาซ้ำ ผลลัพธ์หลังดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังสิ้นสุดโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 100%

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดได้ และไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ เห็นควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อเพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามระยะเวลานานขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Abstract

Purposes : The study aimed to assess the current situation, develop a care model, and evaluate the effectiveness of a model for substance abuse patients with psychiatric symptoms at risk of violence, through the collaboration of stakeholders at Kosum Phisai Hospital, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province.

Study design : This was an action research study based on the concepts of Kemmis and Mc Taggart.

Materials and Methods : The participants consisted 1) Seven healthcare professionals at Kosum Phisai Hospital, 2) Sixteen stakeholders from the community network, and 3) Twenty substance abuse patients with psychiatric symptoms at risk of violence receiving treatment. The instruments were a group discussion guides, an Aggression Behavior Assessment Scale, a Quality of Life Assessment Scale, and a Care Guideline Manual for Substance Abuse Patients with Psychiatric Symptoms at risk of Violence. The content validity Index of the instruments was 0.96. Data analysis were conducted using content analysis, percentage differences, and paired t-test.

Main findings : The findings revealed an increase in both the number and severity of substance abuse cases with psychiatric symptoms at risk of violence. The existing treatment system was inadequate for addressing the severity of cases. The developed care model for substance abuse patients with psychiatric symptoms at risk of violence consisted of three key components: 1) Pre-Hos: rapid and accurate screening to ensure timely intervention, 2) In-Hos: comprehensive inpatient treatment services, and 3) Post-Hos: community-based follow-up care to prevent relapse. Post-intervention results showed a statistically significant improvement in the quality of life of the 20 substance abuse patients ($p < .001$), with 100% of participants remaining substance use relapse.

Conclusion and Recommendations : The developed care model, which involves multi-stakeholder collaboration, effectively improved the quality of life for substance abuse patients and prevented relapse. The model has shown promising outcomes, but further experimental research with a longer follow-up period is recommended to better assess its long-term effectiveness.

Keywords : Care Model for Substance Abuse Patients with Psychiatric Symptoms at Risk of Violence through; Multi-stakeholder collaboration

*Professional Nurse Specialist, Addiction Psychiatry Unit, Kosum Phisai Hospital.

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเป็นที่ยอมรับในระดับโลกว่าส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยรายงานขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) ในปีพ.ศ.2565 ระบุว่ามีประชากรโลกกว่า 284 ล้านคนใช้ยาเสพติด เพิ่มขึ้นจาก 271 ล้านคนในปี 2560 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 5 ปีที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง[1] รัฐบาลจึงกำหนดเป็นนโยบายที่ต้องเร่งรัดดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญการกับการดูแลผู้เสพในรูปแบบที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล โดยสำนักงานป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) รายงานว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดเฉลี่ยปีละ 200,000 คน[2]

จังหวัดมหาสารคาม เผชิญกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,500 คนในปี พ.ศ.2565 เป็น 1,653 คนในปี พ.ศ.2568 มีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5% และโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มจำนวนขึ้นมากอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาและภาวะวิกฤตที่กำลังเกิดขึ้นในพื้นที่ โรงพยาบาลโกสุมพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 พบปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในอัตราสูงกว่าหลายพื้นที่ มีลักษณะผู้ป่วยซับซ้อน ซ่อนอาการ และมีแนวโน้มกลับมาใช้ยาใหม่ซ้ำ แม้เคยผ่านกระบวนการบำบัดมาแล้วก็ตาม มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจาก 13.2% ในปี พ.ศ.2564 เป็น 19.7% ในปี พ.ศ.2567[3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ทั้งในเชิงจำนวนผู้ป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงที่รุนแรงตามมา เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การทำร้ายตนเอง และการก่ออาชญากรรมในชุมชน

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ปัจจุบันมีการบำบัดยาเสพติดใช้รูปแบบจิตสังคมบำบัด ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดยังมีการเสพแอมเฟตามีนอยู่ จะมีการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีแรก และพบว่าอัตราการกลับไปเสพซ้ำอยู่ระหว่าง 85-90% ในระยะหลังการถอนพิษยามีอัตราการกลับไปเสพซ้ำในเดือนที่ 1 คิดเป็น 54.57% อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1-3 เดือน คิดเป็น 31.76% ในขณะที่ 93.31% พบอัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 6 เดือนแรก และ 96.68% มีการเสพซ้ำภายใน 1 ปี[4] การที่ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดกลับมาเสพซ้ำอยู่เรื่อย ๆ อาจกลายเป็นผู้ติดยาเสพติดเรื้อรัง อาการทางร่างกายและทางจิตจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจนอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีรายงานเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตมักขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากเครือข่ายในชุมชน นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลขาดทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง ขาดความรู้และเครื่องมือในการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น ดังที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ส่งผลให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น[5] สอดคล้องกับการศึกษาของไกรวุฒิ ศรีจันทร์และคณะ[6] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติด พบว่า ปัจจัยด้านที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ อาการอยากยา เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และอิทธิพลของชุมชน ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานจิตเวชยาเสพติด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เห็นปัญหาจากการให้บริการที่ควรได้รับการพัฒนา คือยังขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยให้ญาติคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จึงได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัด

ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc taggart[7] ดำเนินการวิจัยในช่วงระยะเวลาเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย เจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2. ภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย เจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จำนวน 7 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่ในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ และมีการเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2. ภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด ประกอบด้วย 1) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด จำนวน 10 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 คน 3) เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 คน 4) ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน 5) ตำรวจจำนวน 1 คน และ 6) ปลัดปกครองจำนวน 1 คน และ 7) นายกองค์กรปกครองส่วนตำบล จำนวน 1 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) มีประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ 2) มีธุระหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย และ 3) ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มารับบริการ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusive criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (F10-F19) ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) และเป็นผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ตามเกณฑ์การจำแนกของกรมสุขภาพจิต[8] 2) ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทย มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และ 3) ญาติหรือผู้ดูแลสมัครใจในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และสถาบันบำบัดเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านยาเสพติด และ 2) ผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้าเรือนจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสภาพการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม หลังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดไปใช้ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะ จากการเข้าร่วมวิจัย

3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต[8] ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น

และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน การตอบจะมีค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน เร่งด่วน (Urgency) OAS =i2 คะแนน และกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน

4) แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลในด้านต่างๆ โดยใช้แนวคิดจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งพัฒนาเป็นแบบประเมินเวอร์ชันภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[9] ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประเมินค่ามี 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้ ระดับ 1 คือ ไม่เลย ให้ 1 คะแนะ หมายถึง รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก ระดับเล็กน้อยหรือ 2 หมายถึง รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่ ระดับปานกลาง หรือ 3 หมายถึง รู้สึกปานกลางรู้สึกพอใจ ระดับกลางๆ ระดับมากหรือ 4 หมายถึง รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี และระดับมากที่สุด หรือ 5 หมายถึง รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก การแปลผล 26-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

5) คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย และคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบวัดคุณภาพชีวิต นำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

ขั้นตอนการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mctaggart[7] มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อเป็นบริบทข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา และเตรียมข้อมูลเสนอผู้ร่วมวิจัย

2) ประสานงานและนัดสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอโกสุมพิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และนำผลจากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หลังจากกลุ่มผู้ร่วมวิจัยสำรวจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขเกี่ยวในการพัฒนาโดยการร่วมระดมสมองกำหนดแนวทางปฏิบัติ

4) ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

5) ร่วมสรุปจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนที่จะนำแผน

แนวทางการดูแลไปปฏิบัติ

2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3) นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) ระหว่างดำเนินการผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมสังเกตการการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วม

2) ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมประชุมกันเพื่อสะท้อนการปฏิบัติโดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

3) การประเมินคุณภาพชีวิต และการเสพสารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลหลังสิ้นสุดโครงการ

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้ โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ที่ได้จากผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลพื้นฐานลักษณะทางประชากรและสังคม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลจาการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยแยกเป็นหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญในประเด็นเกี่ยวข้อง

3. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดโดยเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test และการเสพสารเสพติดซ้ำ ใช้สถิติ Percentage differences

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 3/2568 วันที่รับรอง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ขอสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

1) ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุอยู่ในช่วง 40-99 ปี ร้อยละ 51.14 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.71 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 และมีประสบการณ์การอยู่ในช่วง 1-9 ปี ร้อยละ 57.14

2) ข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย ญาติผู้ป่วยบำบัดยาเสพติด จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ปลัดปกครอง จำนวน 1 คน ตำรวจ จำนวน 1 คน และนายกองค์กรปกครองส่วนตำบล จำนวน 1 คน รวม จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 45.65 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปลาย ร้อยละ 62.50 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1 - 9 ปี ร้อยละ 75.00

3) สรุปสถานการณ์ ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีประเด็นสำคัญดังนี้

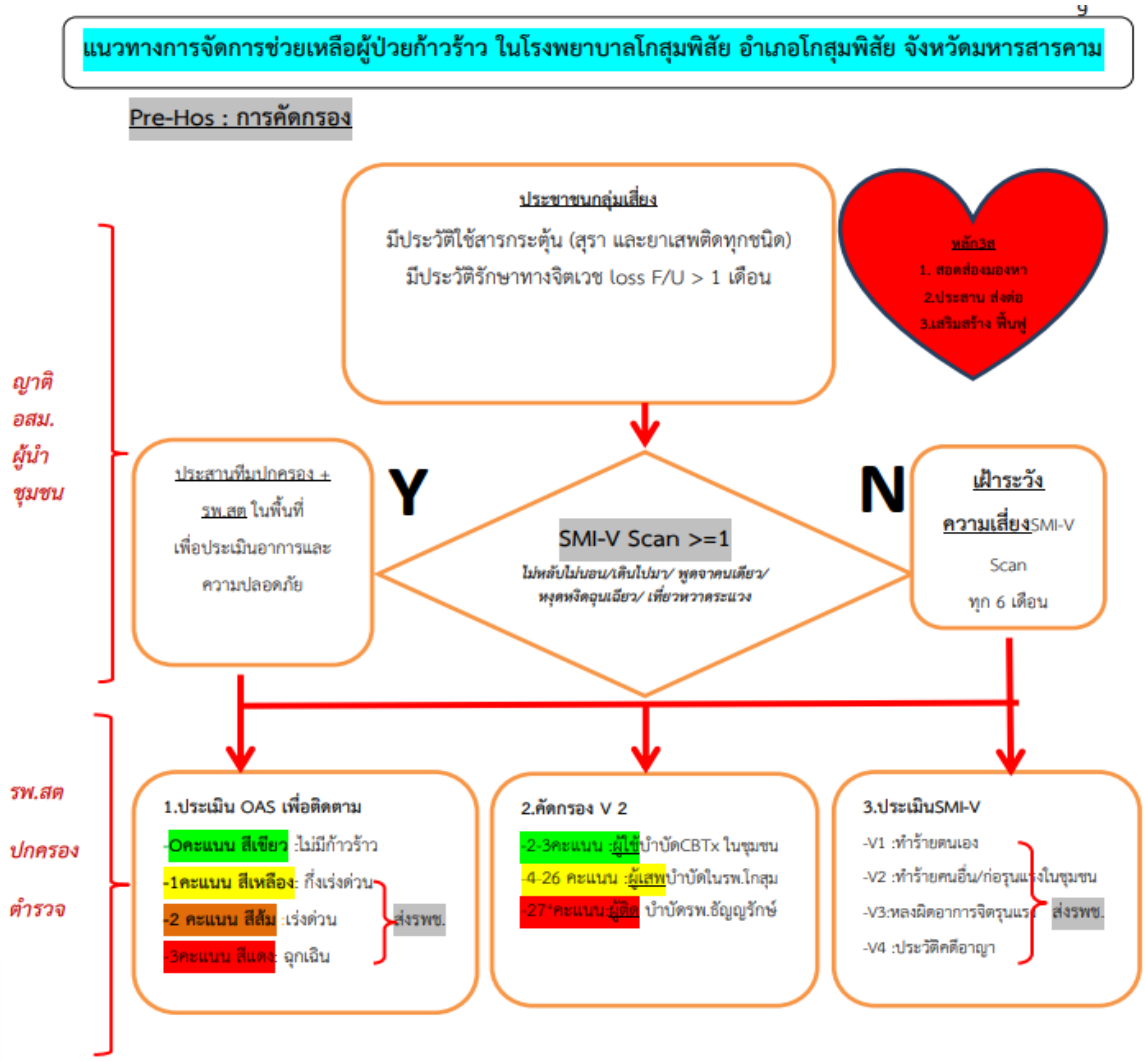
- ความปลอดภัยของชุมชน : ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงสร้างความหวาดกลัวและไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยเฉพาะเมื่อมีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

- ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ : การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ส่งผลต่อคุณภาพการบำบัดและฟื้นฟู

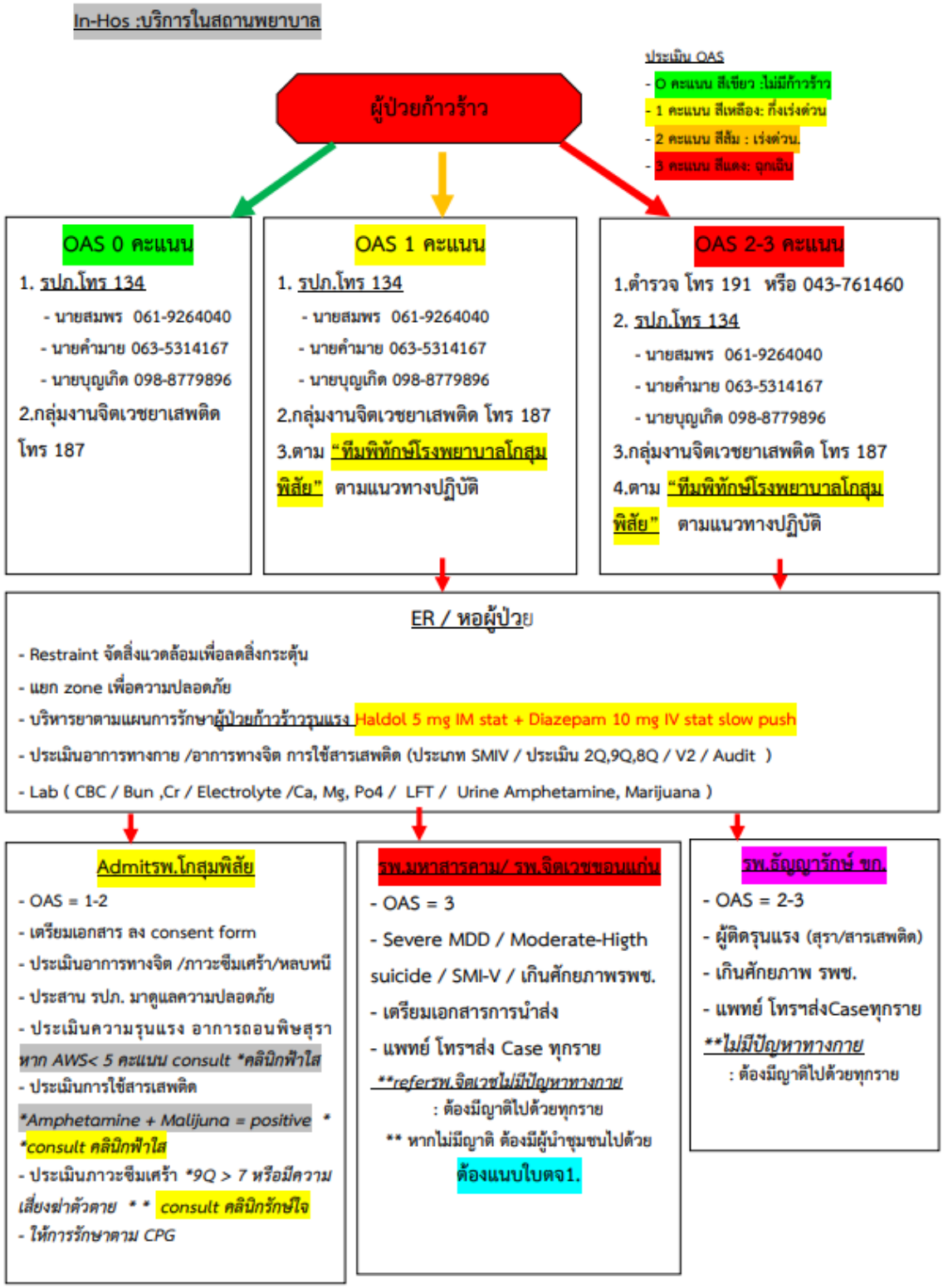
- ความเครียดของครอบครัวและผู้ดูแล : ขาดทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือนและการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดและความกังวล

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

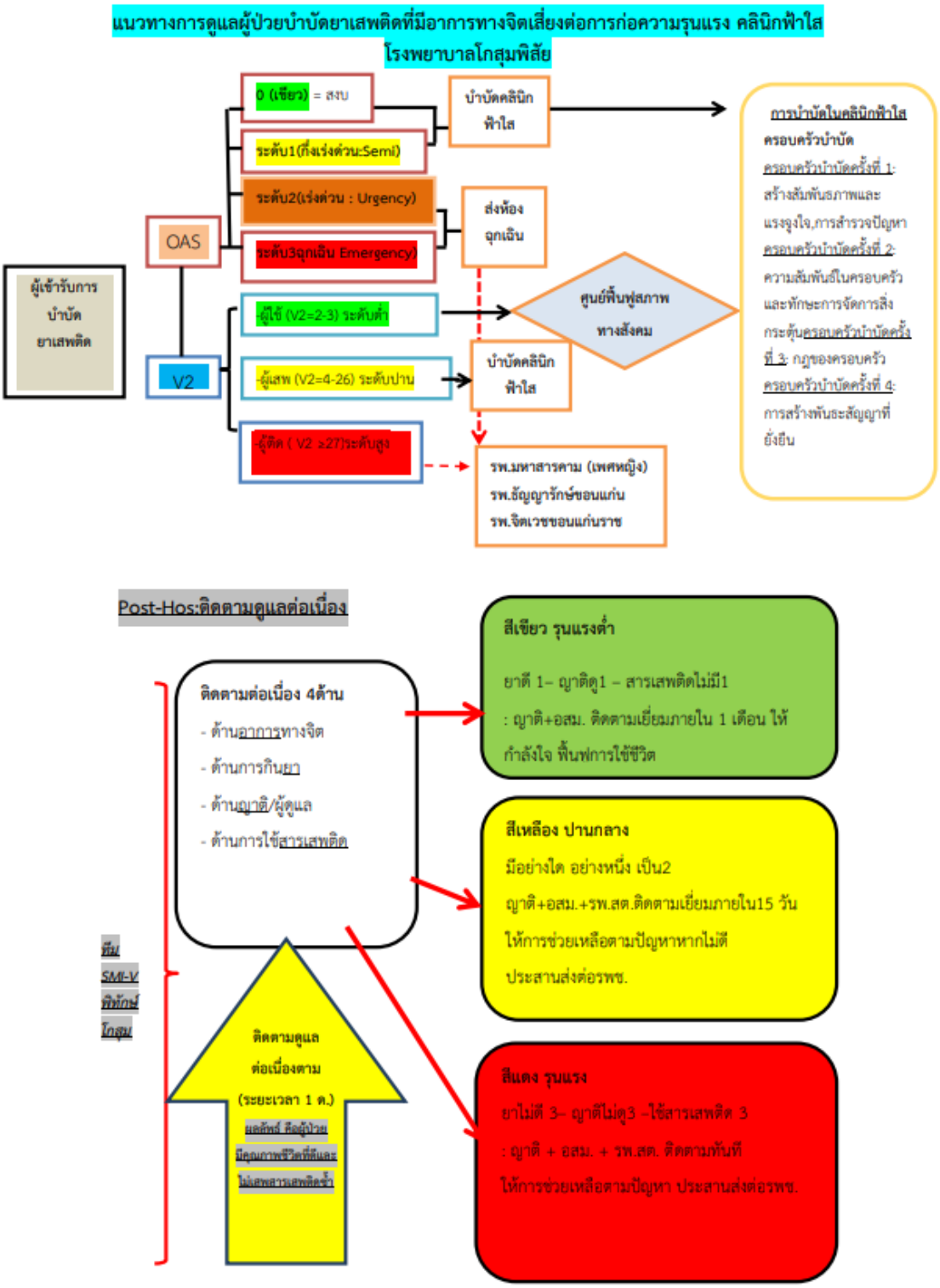
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) Pre-Hos : เน้นการคัดกรองอย่างรวดเร็วและแม่นยำ 2) In-Hos : บริการในสถานพยาบาลบำบัดรักษาอย่างครบวงจร และ 3) Post-Hos :การติดตามดูแลในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาซ้ำ มีลำดับขั้นตอนการดูแล ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แนวทางการจัดการผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง: Pre-Hos



แผนภาพที่ 2 แนวทางการจัดการผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง: In-Hos



แผนภาพที่ 3 แนวทางการจัดการผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง: Post-Hos

3. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีจำนวน 20 ราย พบว่า สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 75.00 เพศชาย ร้อยละ 95.03 อายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี ร้อยละ 60.00 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 80.00 สถานภาพโสด ร้อยละ 75.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 75.00 และทุกคนมีประวัติการใช้สารเสพติดประเภทยาบ้า ร้อยละ 100

3.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่ได้รับการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 48.40 คะแนน (95%CI =-58.07, -38.72) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ

	จำนวน (n)	Mean ± SD.	Mean differences	95%CI	p
ก่อนดำเนินการ	20	50.20 ± 21.05	48.40	-58.07, 38.72	<.001
หลังดำเนินการ	20	98.60 ± 3.69			

3.3 ผลการเปรียบเทียบการเสพสารเสพติดของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ

ผลการเปรียบเทียบการเสพสารเสพติดของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการกลุ่มตัวอย่างไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการเสพสารเสพติดของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ

การเสพสารเสพติด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	%Difference
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การเสพสารเสพติด	20(100.00)	0(0.00)	100.00%

3.4 สนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม หลังนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงไปใช้ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะ จากการเข้าร่วมวิจัย พบว่า สิ่งที่อยากให้ทางระดับอำเภอโกสุมพิสัยดำเนินการ คือ มีการประชุมพัฒนาศักยภาพ ทุก 1 ปี จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ และมีช่องทางการส่งต่อเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในรายที่มีปัญหาชุมชนไม่พร้อมรับกลับชุมชน

วิจารณ์

ผลการศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

ของเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ด้านชุมชน : ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงสร้างความหวาดกลัวและไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยเฉพาะเมื่อมีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ด้านการบริการ : การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ส่งผลต่อคุณภาพการบำบัดและฟื้นฟู และด้านครอบครัวและผู้ดูแล : ขาดทักษะในการสังเกตสัญญาณเตือนและการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดและความกังวล ได้มีการร่วมกันวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อตอบสนองความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ของเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนเกี่ยงข้องทุกคนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของประพัทธ์ ธรรมวงศา[10] วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการพัฒนาพบว่าชุมชนมีต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดจากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ของอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) Pre-Hos : เน้นการคัดกรองอย่างรวดเร็วและแม่นยำ 2) In-Hos : บริการในสถานพยาบาลบำบัดรักษาอย่างครบวงจร และ 3) Post-Hos : การติดตามดูแลในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่าเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การร่วมกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ สอดคล้องการศึกษาของวีระยุทธ์ ชาตะการญจน์[11] ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติตามแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart[7] พบว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า ผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังสิ้นสุดโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่มีการเสพสารเสพติดซ้ำ ร้อยละ 100% แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) Pre-Hos :เน้นการคัดกรองอย่างรวดเร็วและแม่นยำ 2) In-Hos : บริการในสถานพยาบาลบำบัดรักษาอย่างครบวงจร และ3) Post-Hos : การติดตามดูแลในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ รูปแบบที่พัฒนาทำให้เกิดการสร้างความเข้าใจของทุกหน่วยงานที่ร่วมดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุกัญญา วัฒนประไพจิตร[12] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษาบ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาลมหาสารคาม พระภิกษุ รวม 80 คน ผลการศึกษาพบว่า มีเครือข่ายสี่ประสานทหารเสือ (ตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง ท้องถิ่น) ในการขับเคลื่อนงานผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี พบว่าลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยยาเสพติด โดยไม่มีผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง 3 คน สีเขียว 10 คน และสีขาว 2 คน และยังสอดคล้องกับการศึกษา

ของปิยกัณญา แก่นวิชา และคณะ[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก 15 คน (50.00%) และผลเป็นลบ 50 คน (50.00%) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงมีแนวโน้มลดลง

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลช่วยให้แผนการดำเนินงานสอดคล้องบริบทพื้นที่และสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ทำให้การดูแลมีความครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การบำบัด การติดตามต่อเนื่อง จนถึงการส่งเสริมการกลับคืนสู่ชุมชน นอกจากนี้งานวิจัยได้สร้างกลไกการสื่อสารระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการดูแล อีกทั้งยังอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมินความเสี่ยงและติดตามผล ทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้ต่อยอดได้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ ความไม่สม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมจากบางภาคีเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา และภาระงาน ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึงในด้านข้อมูลผู้ป่วยบางรายมีแนวโน้มปกปิดประวัติการใช้สารเสพติด ทำให้ข้อมูลประกอบการประเมินความเสี่ยงมีข้อจำกัด นอกจากนี้ บริบทของชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมาก ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจต้องปรับให้เหมาะสมเมื่อประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

สิ่งที่ได้เรียนรู้ของการวิจัยครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ความร่วมมือช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความยั่งยืน ลดภาวะเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัด นอกจากนี้ การประเมินความเสี่ยงความรุนแรงอย่างเป็นระบบพิสูจน์ว่าสามารถป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิผล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ คือ ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายตั้งแต่การวางแผนจนถึงการติดตามผล การมีส่วนร่วมของหน่วยงานตำรวจ ทีมสุขภาพจิต ตลอดจนชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและลดช่องว่างของระบบบริการ และการสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กร ทำให้โครงการมีทรัพยากรเพียงพอและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างทีมงานอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์เสี่ยงได้ทันท่วงที สุดท้าย การมีแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแล ทำให้กระบวนการปฏิบัติงานเป็นระบบ ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) ควรมีนโยบาย แผนงาน โครงการในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อย่างต่อเนื่องเพื่อการป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2) ควรมีการกำกับติดตามหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในชุมชนในระยะยาวขึ้น เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อเพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC. Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drug. United Nation Publication; 2024.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยา

เสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ พ.ศ.2566-2567. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด: โรงพยาบาลโกสุมพิสัย; 2567.
4. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. สรุปรายงานการเสพสารเสพติดซ้ำโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พ.ศ.2567. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด: โรงพยาบาลโกสุมพิสัย; 2567.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/ โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง; 2565.
6. ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, รัชณีย์ วรรณขาม, ปณิตา แคล้วอ้อม, กมลชนก จงวิไลเกษม. โปรแกรมการบำบัดด้วยดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2567;16(3):149-72.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับA, S, M1 และ M2). กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่งจำกัด; 2567.
9. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง: จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
10. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสารสำงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567;6(1):1-14.
11. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏร์ธานี. 2558;2(1):129-49.
12. สุกัญญา วัฒนประไพจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา บ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(15):55-69.
13. ปิยกัณญา แก่นวิชา, สุณี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230-41.

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม