

JOLOPO

วารสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน ปี พ.ศ.2567

VOL . 2 No . 1 JOLOPO : Journal of loei provincial public health office
Jan - Apr 2024



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชาญชัย	บุญอยู่
นายแพทย์สมชาย	ชมภูคำ
นายแพทย์อดุลย์	สัยลังกา
แพทย์หญิงระพีพรรณ	จันทร์อ้วน
ทันตแพทย์หญิงกรรณิศา	สุธาวา
สิริพงษ์	วัฒนศรีทานัง
ไพฑูรย์	บับภาสังข์
วัชร	แก้วสา
ดร.บุญมา	สุนทรวิรัตน์
ชติยา	แก้วสมบัติ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านทันตสาธารณสุข)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย(ด้านบริหารทั่วไป)
ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.เลย

บรรณาธิการ

ดร.ชินกร สุธิมงคล

งานวิจัยและวิชาการ สสจ.เลย

รองบรรณาธิการ

อิศรา ขุนพิลึก

งานวิจัยและวิชาการ สสจ.เลย

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายนอก

ผศ.ดร.ธัญชัย บุญหนัก
อาจารย์ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร
นายแพทย์ชัยณูภาค ขุนพิลึก
นายแพทย์วุฒิกิจ จำปาศิริ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี
โรงพยาบาลหล่มสัก
โรงพยาบาลวังสะพุง

กองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ

ดร.กิตติ ประจันตเสน
ธารารัตน์ จารุทีมัมพร
วันนิดา สุธาวา
วิภาดา พลไกรสร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
งานวิจัยและวิชาการ สสจ.เลย
งานวิจัยและวิชาการ สสจ.เลย

ภาพประกอบปก
อาทิตย์ บัวระภา

Copyright © by loeimoph.journal@gmail.com

สารบัญ

หน้า

บทความปริทัศน์

ความท้าทาย บทเรียน และทิศทางในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้
Challenges, Lessons, And Directions in Transferring Health-Promoting
Hospitals to Local Administrative Organizations: A Literature Review and
Knowledge Synthesis

ชินกร สุจิมนงคล, ชัตติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน

Chinakorn Sujimongkol, Kuttiya Kaewsombat,

Issara khunpiluek, Atiya Sarakshetrin 1

บทความวิจัย

การประยุกต์ใช้การบูรณาการข้อมูลหน่วยบริการระดับจังหวัดในการเพิ่มประสิทธิภาพ
ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพและการกำหนดนโยบาย
Applying Pan-Province-level Data Integration: Optimizing Stroke Fast Track Systems
for Advanced Healthcare Delivery and Policymaking

วารุณี กীরติขจร, นวลลออ พุทธสิมา

Warunee Keeratikhajon, Nuanlaaor Puttasima 11

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย
Development of the patient care model for cerebrovascular disease
In pak-chom hospital, loei province

อรุณี ศิรกานต์, รัญญพัทธ์ ฐิติธีร์โรจน์, ปิยะวรรณ เพ็ญขานนท์

Arunee Sirakan, Thunyapat Thitithirarot, Piyawan Piakhuanon 24

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

Effectiveness of development of sepsis prevention model

Of patents treated in ward, pak-chom hospital, loei province

รัญญพัทธ์ ฐิติธีร์โรจน์, อรุณี ศิรกานต์, ปิยะวรรณ เพ็ญขานนท์

Thunyapat Thitithirarot, Arunee Sirakan, Piyawan Piakhuanon 35

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนใน อำเภอเมือง จังหวัดเลย Factors Related to Antibiotic Use Behavior Among Residents of Mueang District, Loei Province วนัสกรณ อินทะโร, สาวิตรี ทรงศิลป์ Wanassaporn Intaro, Sawitree Songsilp	49
การเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขผ่านการพัฒนากระบวนการบริหารงานวิจัย : การผสมผสานและปรับประยุกต์กรอบการทำงาน ทีดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ Enhancing research capacity of public health personnel through Research management model development: integrating and adapting The TDR-TGHN competency wheel อิสรา ขุนพิลึก, ขัตติยา แก้วสมบัติ, ชินกร สุจิมงคล Issara Khunpiluek, Kuttiya Kaewsombut, Chinakorn Sujimongkol	60
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชมจังหวัดเลย The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Participation of Community Network Partners, at Sa-Ngao Sub-District health Promotion Hospital Pakchom District Loei Province. เพ็ญนิภา จันทร์ถอด, อำพนธ์ คำตัน, รพีพร คำตัน, คณีนิจ ขอดคำ Pennipa Junthod , Ampon Kumton , Rapeporn Kumton, Kanungnid Khodkam	70



บทบรรณาธิการ

งานวิจัยคือหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ด้วยเป็นแหล่งรวบรวม องค์ความรู้และข้อค้นพบใหม่ๆที่จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการบริการและกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในวารสารฉบับนี้ ได้คัดสรรบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มีคุณภาพ เพื่อเผยแพร่แก่สาธารณสุขชนและนักวิชาการในแวดวงสาธารณสุข

วารสารฉบับนี้ ประกอบไปด้วย บทความวิจัยปริทัศน์ เรื่อง "การโอนย้าย รพสต.ให้อยู่ภายใต้การกำกับ ขององค์กรปกครองท้องถิ่น" ซึ่งนำเสนอประเด็นถอดบทเรียน เพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่บทความถัดมาเป็นการนำเสนอ "รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข"โดยผสมผสานหลักการที่เป็นที่ยอมรับเพื่อพัฒนา บุคลากรให้มีศักยภาพในการทำวิจัยที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจะเป็รากฐานสำคัญของการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยกระบวนการวิจัยที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังมีบทความน่าสนใจเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การบูรณาการข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" ที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาบูรณาการ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพและการกำหนดนโยบายได้อย่างตรงประเด็น บทความเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน" เป็นการศึกษปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ องค์ความรู้นี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการวางแผนแก้ไขปัญหาคัญดังกล่าว และบทความอื่น ๆ อีกมากมาย

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้จากงานวิจัยในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่นักวิจัย บุคลากรด้านสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ ในการพัฒนางานวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพระบบสาธารณสุขต่อไปนอกจากนี้วารสารยังเปิดรับบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มีคุณภาพสูงเพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณสุขชน ผ่านช่องทางออนไลน์ <https://jolopo-loei.moph.go.th/LoeiJO>

ด้วยความปรารถนาดีมา ณ โอกาสนี้

คณะบรรณาธิการ
วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทความปริทัศน์

ความท้าทาย บทเรียน และทิศทางการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้

ชินกร สุจิมงคล¹, ชัตติยา แก้วสมบัติ¹, อิศรา ขุนพิลึก¹, อติญานัน ศรีเกษตริน^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเพชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในประเทศไทย โดยศึกษาความเป็นมา สถานการณ์ ปัจจุบัน บทเรียนจากพื้นที่นำร่อง มุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์จากต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. เป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งมีความท้าทายและอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรทรัพยากร ความพร้อมของ อปท. และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม มีพื้นที่นำร่องหลายแห่งที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และการปรับโครงสร้างการทำงาน ดังนั้น การขับเคลื่อนการถ่ายโอน รพ.สต. จึงจำเป็นต้องอาศัยความชัดเจนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพของ อปท. การสร้างความเข้าใจกับบุคลากร และการส่งเสริมการบูรณาการการทำงานในพื้นที่ เพื่อให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Challenges, Lessons, And Directions in Transferring Health-Promoting Hospitals to Local Administrative Organizations: A Literature Review and Knowledge Synthesis

Chinakorn Sujimongkol¹, Kuttiya Kaewsombat¹, Issara khunpiluek¹, Atiya Sarakshetrin^{*2}

¹Loei Provincial Public Health Office

²Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok

ABSTRACT

This article aimed to review the literature and synthesize knowledge about the transfer of sub-district health promoting hospitals (HPHs) to local administrative organizations (LAOs) in Thailand. It examined the background, current situation, lessons learned from pilot areas, attitudes of relevant personnel, and synthesized knowledge and policy recommendations for the transfer. The study found that the transfer of HPHs was part of the decentralization of public health, which faced many challenges and obstacles, particularly in terms of resource allocation, readiness of LAOs, and fostering participation from various sectors. However, there were several pilot areas that demonstrated success factors, including leadership, cooperation among local agencies, and restructuring of work processes. Therefore, driving the transfer of HPHs required policy clarity, capacity building of LAOs, creating understanding among personnel, and promoting integrated work in the area. This would be to ensure that the transfer would be efficient and would maximize benefits for the well-being of the population.

Keywords: Transfer of Health-Promoting Hospitals, Decentralization of Public Health, Local Administrative Organizations

**Corresponding author: atiya_s@hotmail.com*

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้กลายเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ประเด็นนี้ได้รับการหารือในเวทีระดับนานาชาติ เช่น การประชุมระดับภูมิภาคว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับศตวรรษที่ 21 และการสัมมนาระดับภูมิภาคว่าด้วยการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งจัดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ณ ประเทศอินโดนีเซีย ในปี พ.ศ. 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางเชิงยุทธศาสตร์ในการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพภายใต้บริบทของการปฏิรูประบบสุขภาพ (World Health Organization, 2010)

การกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพมีศักยภาพในการปรับปรุงประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ แม้ว่าแต่ละประเทศจะมีระดับการกระจายอำนาจที่แตกต่างกัน แต่ต่างเห็นพ้องในกรอบยุทธศาสตร์และความจำเป็นในการแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการกระจายอำนาจ ทั้งนี้ การกระจายอำนาจที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดการกระจายอำนาจในทุกกระดับ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคมเพื่อมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามตรวจสอบ อันจะนำไปสู่ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และประสิทธิภาพในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในบริบทของประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน (สยามรัฐออนไลน์, 2566) อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่มีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ ยังคงประสบความล่าช้าและอุปสรรคมากมาย ดังนั้น บทความนี้จึงมุ่งทบทวนความเป็นมา สถานการณ์ปัจจุบัน บทเรียนจากพื้นที่นำร่อง และมุมมองของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์ห้องค้ความรู้และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการขับเคลื่อนการถ่ายโอน รพ.สต. อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์ห้องค้ความรู้ในครั้งนี้ มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาความเป็นมา และสถานการณ์การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์บทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ และความท้าทายในการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อปท. จากพื้นที่นำร่องและกรณีศึกษาต่าง ๆ
3. เพื่อ ศึกษาทัศนคติ และความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต.
4. เพื่อสังเคราะห์ห้องค้ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อปท. ให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ห้องค้ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในประเทศไทย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การกำหนดคำสำคัญและฐานข้อมูลในการสืบค้น ผู้วิจัยกำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. เช่น "การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล" "การกระจายอำนาจด้าน

มกราคม - เมษายน 2567

สาธารณสุข "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" เป็นต้น โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ ThaiJO, ThaiLIS, PubMed, Scopus และ Google Scholar

2. การคัดเลือกเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเอกสารและงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อปท. ในบริบทของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ความทันสมัย และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

3. การสกัดและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสกัดข้อมูลสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก โดยจัดกลุ่มประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ความเป็นมาและสถานการณ์การถ่ายโอน บทเรียนและปัจจัยความสำเร็จ มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อค้นพบที่สำคัญ

4. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ รวมถึงการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง

5. การสรุปผลและนำเสนอข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การวิจัยและนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อปท. ในอนาคต รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยและพัฒนาต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผลการสังเคราะห์

ผลจากการสืบค้นในเบื้องต้นพบว่า มีบทความและเอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 157 รายการ ภายหลังจากการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก (inclusion and exclusion criteria) โดยผู้สังเคราะห์ 3 ท่าน พบว่ามีบทความและเอกสารที่ผ่านเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์จำนวน 11 รายการ ซึ่งประกอบด้วยบทความวิจัยต้นฉบับ (original research articles) และบทความวิชาการ จำนวน 5 รายการ วิทยานิพนธ์หรือวรรณกรรมเทา (theses or gray literature) จำนวน 2 รายการ ข่าวจากเว็บไซต์ข่าว (news websites) จำนวน 3 รายการ และข้อมูลจากเว็บไซต์ทั่วไป (general websites) จำนวน 1 รายการ

ความเป็นมาและสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. แนวคิดการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อปท. เกิดขึ้นตามแผนการกระจายอำนาจตั้งแต่ปี 2543 โดยมีการกำหนดแผนปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะในช่วงปี 2563-2565 แต่ในทางปฏิบัติกลับประสบปัญหาและอุปสรรคจนทำให้การดำเนินงานล่าช้ากว่ากำหนด (โยธาสุมุท, 2565; สยามรัฐออนไลน์, 2566) จนกระทั่งมีการออกประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนโดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ทำให้การถ่ายโอนสามารถดำเนินการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Hfocus.org, 2565; สยามรัฐออนไลน์, 2566)

ในปีงบประมาณ 2566 มี รพ.สต. จำนวน 3,384 แห่ง และบุคลากร 21,899 คน ที่อยู่ระหว่างการถ่ายโอนไปยัง อปท. ทั่วประเทศ (Hfocus.org, 2565) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังประสบอุปสรรคจากงบประมาณที่ไม่เพียงพอ รวมถึงความกังวลของบุคลากรและ อปท. ขนาดเล็กในการ

มกราคม - เมษายน 2567

รองรับภารกิจถ่ายโอน (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2012.; Hfocus.org, 2565)

บทเรียนจากการถ่ายโอนในอดีตและพื้นที่นำร่อง ระหว่างปี 2551-2559 มี รพ.สต. ที่ถูกถ่ายโอนไปยัง อปท. แล้วจำนวน 51 แห่ง โดยผลการศึกษาติดตามในช่วงปี 2554-2555 พบว่า ผลจากการถ่ายโอนมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยส่วนใหญ่รูปแบบบริการไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก และยังพบปัญหาในการบริหารจัดการในระยะแรก (จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ , 2560)

จากข้อมูลในปี 2566 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการถ่ายโอนอย่างเป็นทางการ พบว่ามี 6 จังหวัดที่รับโอน รพ.สต. ครบทุกแห่งในพื้นที่ ได้แก่ จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาของงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิของ อบจ. และแนวทางการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน" โดยอรพรรณ โยธาสมุทร (2565) ผลการวิจัยพบว่า แม้ อบจ.ปราจีนบุรี จะมีขนาดเล็ก แต่มีศักยภาพในการรับภารกิจถ่ายโอน อาทิ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ และความพร้อมในการปรับโครงสร้างการทำงาน เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จในการถ่ายโอนที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Healthstation.in.th, 2566)

ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอน รพ.สต. จากการศึกษาของ อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ(2565) ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอน รพ.สต. บุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมในการปฏิบัติงานตามหน้าที่และปฏิบัติตามคู่มือการถ่ายโอน มีกำลังคนเพียงพอตามโครงสร้างที่กำหนด และพบความก้าวหน้าในสายอาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การประสานงาน การทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ยังไม่เหมาะสม และความแตกต่างในเรื่องค่าตอบแทนและเงินเดือน เป็นต้น

การศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดย ตูลยวดี หล่อตระกูล (2563) พบว่าส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ท้องถิ่น โดยมีระดับความคิดเห็นต่อการถ่ายโอนอยู่ในระดับน้อยทั้งในด้านการให้บริการ การบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความกังวลของบุคลากรถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอน

นอกจากนี้ งานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ถึงประเด็นข้อกังวลของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความมั่นคงในอาชีพ ความก้าวหน้า ผลตอบแทน และสวัสดิการต่าง ๆ ภายหลังการถ่ายโอน ตลอดจนความพร้อมของ อปท. โดยเฉพาะองค์รขนาดเล็กในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบด้วย (สมยศ แสงมะโน และคณะ, 2014; ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2012)

องค์ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลระหว่างการโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จากการทบทวนวรรณกรรม มีประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่างๆ มากมายซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ ดังนี้

1. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรสร้างความชัดเจนในแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. และการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกระบวนการถ่ายโอนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2012)

2. สร้างการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนเกี่ยวกับการจัดสรรตำแหน่ง ผลตอบแทน และสวัสดิการภายใต้สังกัด อปท. เพื่อลดความกังวลและสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ (สมยศ แสงมะโน และคณะ, 2014)

มกราคม - เมษายน 2567

3. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของ อปท. ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ โดยอาศัยกลไกความร่วมมือต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นต้น (จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ , 2560)

4. พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้การกำกับของ อปท. และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

5. ผลักดันให้เกิด "พื้นที่นาร่อง" หรือ "พื้นที่เรียนรู้" ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการ รพ.สต. ภายใต้บริบทของ อปท. เพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ก่อนขยายผลในวงกว้างต่อไป (Healthstation.in.th, 2566)

องค์ความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ระหว่างการโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด จากการทบทวนวรรณกรรม มีประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ต่างๆ มากมายซึ่ง สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรสร้างความชัดเจนในแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. และการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกระบวนการถ่ายโอนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ (ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2012)

2. สร้างการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนเกี่ยวกับการจัดสรรตำแหน่ง ผลตอบแทน และสวัสดิการภายใต้สังกัด

อปท. เพื่อลดความกังวลและสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ (สมยศ แสงมะโน และคณะ, 2014)

3. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของ อปท. ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ โดยอาศัยกลไกความร่วมมือต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นต้น (จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ , 2560)

4. พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้การกำกับของ อปท. และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

5. ผลักดันให้เกิด "พื้นที่นาร่อง" หรือ "พื้นที่เรียนรู้" ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการ รพ.สต. ภายใต้บริบทของ อปท. เพื่อสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ก่อนขยายผลในวงกว้างต่อไป (Healthstation.in.th, 2566)

กรณีศึกษาโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของต่างประเทศ

การศึกษาเปรียบเทียบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นได้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศทั่วโลก แต่ละประเทศมีบริบทของระบบสุขภาพและโครงสร้างการปกครองที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม สามารถสกัดบทเรียนและประสบการณ์ที่น่าสนใจจากต่างประเทศได้ ดังนี้

Maluka (2011) ได้ศึกษากระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในประเทศแทนซาเนีย พบว่า แม้จะมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ (Decentralized Structure) แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานระดับ

มกราคม - เมษายน 2567

อำเภอในการจัดการระบบสุขภาพยังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก สะท้อนให้เห็นว่า การถ่ายโอนอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมธรรมาภิบาลในด้านความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างแท้จริง หากขาดกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ Ramiro et al. (2001) ได้ศึกษาการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศฟิลิปปินส์ โดยเปรียบเทียบหน่วยการปกครองท้องถิ่น (Local Government Units: LGUs) ที่มีคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (Local Health Boards) ที่มีประสิทธิภาพในการทำงานและที่ไม่ได้ประชุมอย่างสม่ำเสมอตามที่กฎหมายกำหนด ผลการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ที่มีคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็ง มีการปรึกษาหารือกับชุมชน กิจกรรมระดมทุน โครงการด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม มีเพียงนายกเทศมนตรีและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่รู้สึกว่าการเสริมพลังจากการกระจายอำนาจ ในขณะที่ประชาชนทั่วไปยังมีความตระหนักต่ำเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและบทบาทของตนในการตัดสินใจด้านสุขภาพ

จากข้อค้นพบข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นบริบททางสังคมวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ของการปกครองแบบรวมศูนย์ ทัศนคติของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การรับรู้เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของท้องถิ่น และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบกระจายอำนาจ ดังนั้น เพื่อให้การถ่ายโอนอำนาจด้านสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทาง

สุขภาพที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้และกำหนดมาตรการหรือกลไกสนับสนุนที่เหมาะสมควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจด้วย

แนวโน้มของการศึกษาที่ผ่านมา

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม เนื้อหาที่น่าสนใจในเอกสารส่วนใหญ่ยังเน้นไปที่ประเด็นการบริหารจัดการ ความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลกระทบต่องานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในขณะที่ประเด็นสำคัญอย่างผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ยังไม่ได้รับการกล่าวถึงมากนัก ทั้งในแง่ของการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการดูแลรักษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตลอดจนผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น

ดังนั้น ในการศึกษาและติดตามผลการถ่ายโอน รพ.สต. นอกจากมิติด้านการบริหารจัดการแล้ว ยังควรให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์เชิงสุขภาพของประชาชนที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการกระจายอำนาจด้วย เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพรวมของการดำเนินนโยบายและนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

บทวิจารณ์

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นับเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญยิ่ง

ของระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ และการกระจายอำนาจ อีกทั้งเพื่อความเท่าเทียมและความยืดหยุ่น (Brennan, E. and Abimbola, S., 2023.) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังเน้นไปที่ประเด็นการบริหารจัดการ ความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลกระทบต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สมยศ แสงมะโน และคณะ, 2014; ลีอัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2012)

ในขณะที่ประเด็นสำคัญอย่างผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ยังไม่ได้รับการกล่าวถึงมากนัก ทั้งในแง่ของการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการดูแลรักษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตลอดจนผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจากการศึกษาของ ปนิตา ธีรสุกกุล และคณะ แม้ว่าการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท. จากการศึกษาในหนึ่งเขตสุขภาพ พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่ยังมีบางองค์ประกอบบางประการของระบบสุขภาพตามข้อกำหนดของ WHO ที่ต้องการปรับปรุง (ปนิตา ธีรสุกกุลและคณะ, 2018) ดังนั้นในการศึกษาและติดตามผลการถ่ายโอน รพ.สต. ในอนาคต นอกจากมิติด้านการบริหารจัดการแล้ว ยังควรให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์เชิงสุขภาพของประชาชนที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการกระจายอำนาจด้วย เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพรวมของการดำเนินนโยบายและนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง (Ramiro et al. 2001)

อย่างไรก็ดี การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปยังท้องถิ่นนั้น ยังคงเป็นเส้นทางที่ยาวไกลและทำ

หาย เนื่องจากต้องเผชิญกับอุปสรรคและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. จึงจำเป็นต้องอาศัยพลังและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรมและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรกำหนดแนวทางและมาตรการที่ชัดเจนในการสนับสนุนการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งในด้านนโยบาย งบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาศักยภาพของ อปท. ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่
2. ควรมีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับบุคลากรที่ถ่ายโอนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ สิทธิประโยชน์ และความก้าวหน้าในสายอาชีพภายใต้สังกัด อปท. เพื่อลดความกังวลและสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน
3. ส่งเสริมการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อบูรณาการการทำงานและระดมทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

มกราคม - เมษายน 2567

4. สนับสนุนการสร้าง "พื้นที่ต้นแบบ" หรือ "พื้นที่เรียนรู้" ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการ รพ.สต. ภายใต้การกำกับของ อปท. เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ

5. พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายหลังจาก ถ่ายโอน โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของประชาชนควบคู่ไปกับมิติด้านการบริหารจัดการ เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินนโยบายและ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

6. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. ภายใต้อำนาจของ อปท. ในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านการบริหารจัดการ คุณภาพบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา นโยบายและการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นับเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวยังคงเผชิญกับความท้าทาย และอุปสรรคหลายประการ ทั้งในด้านความพร้อมของ อปท. ศักยภาพของบุคลากร การจัดสรรทรัพยากร และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ ความรู้ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการถ่ายโอน รพ.สต. ประกอบด้วย ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ความ ร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ และการปรับ โครงสร้างการทำงานให้มีความยืดหยุ่นและ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้ ยังต้องให้ ความสำคัญกับการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับ

บุคลากรที่ถ่ายโอน ตลอดจนการพัฒนาระบบข้อมูล และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ เกิดผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ภาคส่วนในการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในระดับ นโยบาย ระดับปฏิบัติการ และระดับชุมชน โดยเฉพาะการสร้างความเข้มแข็งให้กับ อปท. ใน การบริหารจัดการและจัดบริการสุขภาพ รวมถึงการ สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ใน พื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการและระดมทรัพยากร ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกัน

การถ่ายโอน รพ.สต. นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการกระจายอำนาจ สู่ท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการดำเนิน นโยบายดังกล่าวขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความ ร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อร่วมกัน ขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และ นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2010). *Decentralization of health-care services in the South-East Asia Region: Report of the regional seminar, Bandung, Indonesia, 6-8 July 2010* (No. SEA-HSD-341). WHO Regional Office for South-East Asia.
2. Healthstation.in.th. (2566). ช่วง 2-3 ปีนี้ อบจ.ขนาดเล็ก ที่รับโอน รพ.สต. ครบทั้งจังหวัด จะบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างไร ให้ เต็มประสิทธิภาพโดยไม่กระทบสถานะทางการ คลัง. Retrieved from <https://main.healthstation.in.th/news/show/949>
3. Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2565). รวมข่าวถ่ายโอน รพ.สต. สู่ ท้องถิ่น. Retrieved

- from <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24450>
4. สมยศ แสงมะโน, สุพรชัย ศิริโวหาร, และ กัลทิมา พิชัย (2014). ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: จังหวัดเชียงใหม่. *Journal of Graduate Research*, 5(2), กรกฎาคม-ธันวาคม 2014.
 5. อรรถพรณ โยธาสมุทร (2565). การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิรัฐศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. Retrieved from <http://www.islocal.ru.ac.th/pdf/165/6414880005.pdf>
 6. ลือชัย ศรีเงินยาว, ประเชิญ ศิริวรรณ, สายสุดา วงศ์จินดา, & สลักจิต ชื่นชม. (2012). Health center devolution: Lesson learned and policy implications. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3860>
 7. จรยพร ศรีศัลลักษณ์ (2560). สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข (WM) ครั้งที่ 36 ปี พ.ศ. 2560, นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4798?locale-attribute=th>
 8. สยามรัฐออนไลน์. (2566). แรกเริ่มของการถ่ายโอน รพ.สต. แก่ อบจ. 2566. Retrieved from <https://siamrath.co.th/n/418228>
 9. ตฤยวดี หล่อตระกูล (2563). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา: สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา*, 12(1), มกราคม-มิถุนายน 2563.
 10. อติญาณ์ ศรเกษตรริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, รุ่งนภา จันทรา, ทศนีย์ เกริกกุลธร, สุชาดา นิยมวัฒนากุล, ธิญพร ชื่นกลิ่น, สรรเสริญ นามพรหม, ดาราวรรณ รองเมือง, และ รัตยานภิศ รัชตะวรรณ. (2565). การจัดการทรัพยากรมนุษย์ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5809>
 11. Brennan, E., & Abimbola, S. (2023). The impact of Decentralisation on health systems in fragile and post-conflict countries: a narrative synthesis of six case studies in the Indo-Pacific. *Conflict and Health*, 17(1), 31.
 12. Maluka, S. O. (2011). Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania. *Global Health Action*, 4(1), 7829. Retrieved from <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.7829>
 13. Ramiro, L. S., Castillo, F. A., Tan-Torres, T., Torres, C. E., Tayag, J. G., Talampas, R. G., & Hawken, L. (2001). Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. *Health Policy and Planning*, 16(suppl 2), 61–69. Retrieved from https://doi.org/10.1093/heapol/16.suppl_2.61
 14. ปณิศา ธีรสุภกุล, ปัญญาพร้อมดิษฐ์, & จันทิมา นวมะวัฒน์. (2018). An Evaluation of Health Mission Transferred to Local Government Organizations in Regional Health 3. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*.

บทความวิจัย

การประยุกต์ใช้การบูรณาการข้อมูลหน่วยบริการระดับจังหวัดในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาการบริการด้านสุขภาพและการกำหนดนโยบาย

วารุณี กীরติขจร*, นवलลอ พุทธสิมา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อบุคคลและสังคม การจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองอย่างทัน่วงทีเป็นความท้าทายสำคัญ ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกจัดตั้งขึ้นในหลายพื้นที่ แต่ยังคงมีปัญหาดังต่อไปนี้ ในหลายหน่วยบริการ การบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการโรคหลอดเลือดสมองและกำหนดนโยบาย ช่วยสร้างความเข้าใจความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ประสานงานการให้บริการ สนับสนุนการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล และให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย **วิธีการศึกษา:** การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ โดยประยุกต์ใช้โมเดลเส้นทางและการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด **ผลการศึกษา:** พบว่าสามารถสร้างโมเดลระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยโมดูลหลัก ได้แก่ 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 2) การแสดงภาพรวมการให้บริการ 3) การค้นหากิจกรรมและการสนับสนุน และ 4) การนำเสนอข้อมูลสำคัญในรูปแบบแดชบอร์ดเพื่อการทำงานร่วมกัน **สรุป:** โมเดลนี้ครอบคลุมเส้นทางการให้บริการ ผ่านการค้นหากิจกรรมและจุดเน้นการสนับสนุนช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงการควบคุมและกำหนดนโยบายการจัดการที่เหมาะสมได้อย่างเป็นรูปธรรม การใช้โมเดลเส้นทางและการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัดได้

Applying Pan-Province-level Data Integration: Optimizing Stroke Fast Track Systems for Advanced Healthcare Delivery and Policymaking

Warunee Keeratikhajon*, Nuanlaor Puttasima

Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

Background: Stroke, a leading cause of death and disability worldwide, significantly impacts individuals and societies. One major challenge in public health management is providing a fast and efficient response to stroke cases. Fast-track stroke services have been established in many areas, but there are still problems that need to be addressed in certain regions. Integrating provincial-level data offers a crucial tool for effective stroke management and policymaking. This approach promises a comprehensive understanding of public health needs, improved service coordination, informed decision-making, and ultimately, enhanced service efficiency for stroke patients. **Methodology:** In this study, an exploratory research approach is employed, utilizing the pathway model to integrate Pan-Province-level Data for the development of optimized Stroke Fast Track Systems at the provincial level. **Results:** This study successfully establishes the model at the provincial level. The main features consist of: 1) Integrating and analyzing data from various sources, 2) Providing an overview of service delivery, 3) Facilitating activity seeking and support reception, and 4) Implementing a dashboard for collaborative work. The model, implemented as the "Collaborative Dashboard for tracking service pathways, seeking activities, support, monitoring, and mentoring," provides a comprehensive overview of service delivery, activity seeking, and support reception. **Conclusion:** Utilizing a pathway model to track the service pathway of stroke fast track through integrated data from all sectors or Pan data can lead to the successful development of the model for use in provincial-level service areas. The resulting model encompasses the pathways of service delivery, activity seeking, and support focus. It enables collaborative work among stakeholders to improve control and can inform policy-making for appropriate management moving forward.

Keywords: Pathway Model, Stroke Fast Track, Integrated Data, Pan Data, Service Delivery

*Corresponding author: mynameissom2010@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงทั่วโลก เนื่องจากมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนจำนวนมาก ตามรายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (WSO) (Organization, 2022) ระบุว่าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตและอันดับ 3 ของความพิการในโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 เพียงปีเดียวก็มีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 12 ล้านคน และเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน (Feigin, V. L., 2022) พร้อมทั้งพบว่ามีผู้ป่วยจากโรคนี้มากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก ในบริบทของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 34,545 คน โดยมีการแยกรายอายุและเพศ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นส่วนใหญ่ และชายมีอัตราการตายมากกว่าหญิง โดยอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดจนถึงปัจจุบัน

นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดความพิการ อาจเสียชีวิตทันทีหรืออาจพิการถาวรไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ยังระบุผลกระทบด้านเศรษฐกิจว่า ในปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกสูงถึง 66% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือประมาณ 103.5 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Girotra et al., 2020; Strilciuc et al., 2021)

อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้านสังคม โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างกว้างขวาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจต้องออกจากงาน ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ครอบครัว

ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยพิการอาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรและงบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน

โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงมากขึ้นทุกปี เนื่องจากประชากรโลกมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังนั้น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญในระดับบุคคล ที่ทุกคนควรตระหนักและปฏิบัติอย่างจริงจัง

การให้บริการสาธารณสุขด้านโรคหลอดเลือดสมองมีบทบาทสำคัญ และพบว่ามี การเปลี่ยนแปลง การให้บริการตามเวลาและสถานที่ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล หรือชนบท ที่ประชากรส่วนใหญ่อาจเผชิญกับปัญหาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และมีรายได้ต่ำ (Kuriakose et al., 2016) เป็นปัจจัยที่ย้ำความจำเป็นของการใช้วิธีการที่ต้องครอบคลุมและตรง ปัญหาความต้องการ ในการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรวมถึงการจัดการให้ประชาชนเหล่านั้น เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ในการแก้ไขปัญหาในแต่ละพื้นที่หรือชุมชนจำเป็นต้องใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงเฉพาะพื้นที่ยังสร้างความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพที่ตรงประเด็น ในการที่จะยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการต่อการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ควรคำนึงถึงการ จัดบริการแบบทั้งระบบ แม้ว่าจะมีความพยายาม แก้ปัญหาทั้งทางคลินิกและเชิงระบบต่าง ๆ มากมาย แต่ยังคงพบว่าการจัดการที่ตรงตามความต้องการ และสามารถนำมาสร้างแนวทางและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงระบบในแต่ละ

พื้นที่ ยังขาดประเด็นความเชื่อมต่อ หรือไม่บูรณาการที่แท้จริง ดังนั้นการจัดการผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่มากมายแต่ละภาคส่วน น่าจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพของการจัดการเชิงระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบูรณาการข้อมูลจากหลากหลายภาคส่วน (different sectors) และพื้นที่ที่แตกต่างกัน (geographic areas) มีประโยชน์มากต่อการแก้ปัญหา เช่น การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของระบบพลังงาน (Ménard et al., 2012) และความเข้าใจความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนเฉพาะพื้นที่ (Clift et al., 2014) ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า การบูรณาการข้อมูลระดับพื้นที่นี้ได้รับความนิยมมากขึ้น (Hillier & Culhane, 2005; Ziegler & Dittrich, 2007) ดังนั้น ระบบการบูรณาการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพน่าจะนำไปสู่การช่วยลดปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างบูรณาการเช่นกัน

ดังที่กล่าวข้างต้น ในประเด็นการพัฒนารูปแบบการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากมายที่ผ่านมา แต่การประยุกต์ใช้ระบบผสมผสานข้อมูลลงคร่อมยังมีการนำมาใช้น้อย และยังต้องการความชัดเจนในเชิงวิชาการ โดยเฉพาะที่มุ่งเน้นในทางปฏิบัติ ในบริบทการบูรณาการข้อมูลระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทที่สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT) ซึ่งเป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการข้อมูลที่มีความครอบคลุมในระดับพื้นที่ที่จะช่วยในการวางแผน ปรับปรุงโครงสร้าง และกระบวนการของระบบนี้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในพื้นที่

ดังนั้น การบูรณาการข้อมูลระดับพื้นที่จึงน่าจะเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการพัฒนาและสามารถ

นำไปสู่การปรับปรุงกลยุทธ์การป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาในประเด็นการพัฒนา ระบบครั้งนี้จึงมีความสำคัญไม่เพียงแค่ระดับหน่วยงาน แต่ยังรวมไปถึงองค์ความรู้ที่ได้จะช่วยเสริมภารกิจต่อผู้กำหนดนโยบายในด้านการวางแผนและการดูแลสุขภาพของประชากร และน่าจะสามารถเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งอาจนำไปสู่การบริหารนโยบายสาธารณสุข สร้างเป็นแนวทางที่มีศักยภาพที่จะช่วยลดปัญหาสาธารณสุขในบริบทที่เกี่ยวข้องในปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

คำถามของการวิจัย (RESEARCH QUESTION)

1. วิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุงระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร
2. การบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดมีผลต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง:
 - การทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง
 - การวิเคราะห์และสร้างแบบแผนการบูรณาการข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบการรักษา

2. เพื่อประเมินผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดต่อประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย:

- การวิเคราะห์ผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดต่อประสิทธิภาพของระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง
- การประเมินปัญหาและความจำเป็นในการปรับปรุงระบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่มีลักษณะค้นคว้า (Exploratory Research) ในเรื่อง การศึกษาวิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดต่อการขับเคลื่อนประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและค้นหาวิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย การวิจัยนี้ใช้โมเดล Pathway เพื่อรวบรวม ประเมิน และวิเคราะห์งานของบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็นจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อนำข้อมูลระดับจังหวัดมาบูรณาการ (Pan-Province-level Data Integration) โดยเน้นไปที่ระบบในการตอบสนองต่อความต้องการและการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน และโรงพยาบาล แบบเครือข่าย

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังประเมินผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดต่อการขับเคลื่อนประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด

สมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โดยศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อหาผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดต่อการขับเคลื่อนประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 006/2567 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567 ก่อนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษา

การดำเนินการในการศึกษาแบบ Exploratory Research เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ข้อมูลระดับจังหวัด เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพระบบการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองทั้งระบบ โดยเน้น ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้บริการในระดับท้องถิ่น โดยเลือกพื้นที่เพื่อศึกษาหนึ่งจังหวัด (Study site) คือ จังหวัดเลย ขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการดำเนินการในการศึกษาแบบนี้ได้แก่:

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษานี้เน้นการสำรวจความมีประสิทธิภาพในการรวมข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อเสริมสร้างระบบ ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ตามกระบวนการให้บริการ (Service Pathway Tracking) โดยมีการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและการจัดการนโยบาย ซึ่งรวมถึงความเข้าใจวิธีการรวมข้อมูลระดับจังหวัด การวิเคราะห์และการสร้างแผนการรวมข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของระบบ การดูแลสุขภาพ การศึกษามีวัตถุประสงค์ในการประเมินผลของการรวมข้อมูลเฉพาะต่อผลการทำงานของระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเลย อาทิ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายระดับ ปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จำนวน 14 หน่วย ผู้ประสานงาน Service plan stroke ในโรงพยาบาล 14 แห่ง จำนวน 28 คน และผู้ประสานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 14 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2567

พื้นที่วิจัย : ระบบหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมอง และระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

จังหวัดเลย ประกอบด้วย โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเลย 13 แห่ง รวมทั้งหมด 14 แห่ง

ผลลัพธ์หลัก : คือระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลที่ช่วยสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

ตัวแปร/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Procedures) คือ วิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด ผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาครั้งนี้คือ ประยุกต์ใช้ Pathway Model เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์และปรับปรุงระบบบริการ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาล(ปฐมภูมิและทุติยภูมิ) ในแต่ละพื้นที่ Pathway Model เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดขั้นตอนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเสนอวิธีการทำงานที่ทำให้แต่ละขั้นตอนในระบบบริการสามารถเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกที่ โดยพิจารณาจากแบบแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้โรงพยาบาลและกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการใช้ Pathway Model จะประกอบไปด้วย:

1. การวิเคราะห์และบริหารจัดการทรัพยากร: เริ่มต้นด้วยการประเมินและวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบ ได้แก่ อุปกรณ์การแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เพื่อให้มีการวางแผนและประสานงานร่วมกันในการดำเนินการ
2. การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแล: พื้นที่การให้บริการสุขภาพแต่ละแห่งจะต้องกำหนด

เป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคและความต้องการของการดูแลต่าง ๆ

3. การดำเนินการและประสานหน่วยงาน: ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาล จะต้องมีการประสานงานระหว่างทีมงานทางการแพทย์และทีมงานทางสาธารณสุข รวมถึงทีมงานทางสังคมและชุมชน ด้วยเป้าหมายที่ง่ายต่อการเข้าถึงและบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

4. การติดตามผลและการประเมิน: ขั้นตอนสุดท้ายในการใช้ Pathway Model คือการตรวจสอบและประเมินผลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาล โดยพิจารณาจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงระบบการดูแลต่อไป

กรอบแนวคิดนี้จะช่วยในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบบริการให้มีมาตรฐานสูง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รวดเร็วในระดับจังหวัดทั่วประเทศจากสถานพยาบาลทุกแห่งในประเทศประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลอัตราการ

เข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I63) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการวิจัย Documentary Research เป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ข้อมูลความคิดเห็น ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเอกสารต่างๆ เป็นต้น โดยผู้วิจัยจะศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ห้องสมุด อินเทอร์เน็ต หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

- ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด

- ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน จากแหล่งบันทึกข้อมูล รายงาน

- การสำรวจความเข้าใจในระบบปัจจุบัน: ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น กระบวนการ การแจ้งเตือน (notification process) เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระบบการคัดกรอง

(triage system), และกระบวนการการรักษาเบื้องต้นที่มีอยู่ พร้อมทั้งการประเมินปัญหาหรือข้อจำกัดในระบบปัจจุบัน ตามแนวทาง Pathway Model ในการวิเคราะห์ข้อมูลและกระบวนการ การให้บริการ (Service pathway tracking :SPT) เพื่อประเมินและปรับปรุงระบบ

2.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (ถ้าข้อมูลไม่มีในตัวจาก เอกสาร)

3.การสำรวจความคิดเห็น (Survey)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน ของ พื้นที่ที่ศึกษา พบว่า จากสถิติข้อมูลจังหวัดเลยในปี 2564 - 2566 พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 1,834 ราย 1,789 ราย และ 1,916 ราย ตามลำดับ อัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาเดียวกันก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ด้วยร้อยละ 3.17 ร้อยละ 3.43 และร้อยละ 3.86 ตามลำดับ ในปี 2567 (ตค 66 - มค 67) มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 697 ราย และอัตราตายร้อยละ 3.01 จากสถิติพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราตายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีอาการเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วนที่เพิ่มมากขึ้น การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังไม่ได้รับความสำคัญมากพอ และชุมชนยังขาดความรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าถึงช่องทางด่วนในการรับการรักษา Stroke Fast Track ที่ยังไม่ครอบคลุม สิ่งเหล่านี้ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการ ตามแนวคิด SFT พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเชิง Pathway Model ในกรณีพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ สามารถแบ่งเป็นหลายด้านได้ดังนี้:
2.1 พื้นที่:

2.1.1) ระยะทางที่อยู่ห่างจากอำเภอเมืองและต่างอำเภออาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลามากขึ้นในการเดินทางเข้าสู่โรงพยาบาลและการได้รับการรักษา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความล่าช้าในการรักษาที่เร่งด่วน เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) หรือการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Fast Track.

2.1.2) อุปสรรคในการเข้าถึงโรงพยาบาลโดยการเดินทางผ่านช่องทางด่วน เช่น การใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน สามารถทำให้ระยะเวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลลดลง และสามารถเข้าถึงการบริการที่รวดเร็วได้.

2.2 เครื่องมือ:

สำหรับ โรงพยาบาล ที่มีเครื่อง CT SCAN และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA) ได้ จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่โรงพยาบาล ไม่มีเทคโนโลยีที่จำเป็นเหล่านี้ การรักษาและการคัดกรองผู้ป่วยให้ตรงตามมาตรฐานสากลอาจเป็นตัวบ่งชี้ว่าประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องอาจมีความล่าช้า

2.3 ข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์:

อำเภอที่อยู่ห่างจากเมืองหรือสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขา ที่อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจ

ก่อให้เกิดความล่าช้าในการรับรู้อาการและการรักษาของโรค

2.4 การส่งต่อ:

ระยะห่างในบางอำเภออาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึง Stroke Fast Track ที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความแม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น.

2.5 หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงในการเกิดซ้ำหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ต้องมีการรับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล (เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดหลังเกิดความบกพร่องทางร่างกาย) อุปสรรคในการส่งต่ออาจเกิดขึ้น เช่น การเดินทางที่ยากลำบากหรือช้าลง ในกรณีนี้ ความล่าช้าในการพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ลำพัง ญาติควรพิจารณาให้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโดยการเสนอแนวทาง เช่น:

- การประสานงานร่วมกับทีมงานที่เป็นผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลที่อยู่ในชุมชนหรือแม้กระทั่งพยาบาลอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้ได้รับการประเมินเบื้องต้นและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างทัน่วงที
- การแจ้งเตือนและสร้างความตระหนักในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้สูงอายุที่เป็นผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้คนในครอบครัวหรือญาติรู้สึกสนใจและเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. รูปแบบการพัฒนา Stroke Fast Track Model: การประยุกต์ใช้โมเดล Pathway ที่เป็นแนวทางการจัดการผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่เน้นการบูรณาการข้อมูล โดยมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนา SFT Model: การประยุกต์ใช้โมเดล Pathway

องค์ประกอบสำคัญ	รายละเอียด
Collaborative Dashboard	- ตั้งทีมนำ แสดงข้อมูลแบบร่วมมือกัน - รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - แสดงภาพรวมกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง - ติดตามสถานการณ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแล
Pan-Data Integration	- การบูรณาการข้อมูลเชิงกว้าง - เชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ - ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน - เพื่อให้ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
Tracking Service Pathway	- ติดตามเส้นทางการบริการ - การคัดกรองผู้ป่วย - การรักษาในโรงพยาบาล - การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - ช่วยให้การบริการรวดเร็วและมีมาตรฐาน
Seeking Activities and Support การค้นหา กิจกรรม สนับสนุน	- แสวงหากิจกรรมและการสนับสนุน - การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ - การอบรมบุคลากรทางการแพทย์ - การพัฒนาศักยภาพของอสม. - เพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลให้แข็งแกร่ง
Monitoring and Mentoring ระบบติดตาม และสนับสนุน	- ติดตามผลการดำเนินงาน - ประเมินประสิทธิภาพ - เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

ปัจจุบันการแก้ปัญหาเชิงระบบ โดยการรวมข้อมูลจากที่มาหลายแหล่ง ที่ไม่เหมือนกัน ได้เป็นที่นิยมอย่างมาก เพื่อให้ได้ขนาดข้อมูลที่ใหญ่และหลากหลาย (Zhu & Ferreira, 2015) ในการศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการจัดการเชิงระบบ (WSO, 2022) การวิจัยนี้มุ่งหวังที่จะปรับปรุงและพัฒนาระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงระบบในประเทศหรือพื้นที่อื่น ๆ เป็นการเพิ่มคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพในระดับชุมชน โรงพยาบาลในพื้นที่แบบไร้รอยต่อ

ด้วยอุปสรรคต่าง ๆ และความซับซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง การใช้โมเดลเส้นทาง ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าสำหรับการวิเคราะห์และปรับปรุงระบบบริการด้านสุขภาพในหลาย ๆ สาขาที่ผ่านมา (Mould & Bowers, 2011) ซึ่ง Ramudhin, Amar และคณะ (Mould & Bowers, 2011; Ramudhin et al., 2006) ก็ประสบความสำเร็จ ในสร้างกรอบการทำงานใหม่ จากการผสมผสาน กระบวนการด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ และการปรับปรุง รวมเข้ากับโมเดลเส้นทาง นอกจากนี้ชัยรัช วันทะกำ และคณะ (Wantaka et al., 2018) เคยนำ Pathway Model in stroke care ในการพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อปรับปรุงการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันรุนแรง โดยเน้นที่สัญญาณ BEFAST ของโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) มาแล้วแต่เป็นการศึกษาเชิงคลินิก ยังขาดการนำโมเดลนี้ไปพัฒนาเชิงระบบ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการประยุกต์ใช้ Pathway Model เป็นเครื่องมือสำคัญ ที่ช่วยในการวิเคราะห์

และปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชนและโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ จะมีประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง และสามารถมอบการรักษาที่ทรงประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกระดับ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันและอดีต เช่น ข้อมูลเชิงปริมาณ (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง) เป็นต้น จากการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ ผู้วิจัยได้นำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการบูรณาการข้อมูลระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จากการวิเคราะห์ในส่วนข้อมูลสถานการณ์ พบ ประเด็นสำคัญคือการรับรู้และการจัดการปัญหาในพื้นที่ เครื่องมือข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ และการส่งต่อในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถช่วยให้บริการดูแลต่อเนื่องและการรักษาเสร็จสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาตาม Pathway Model โดยการรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคส่วน หรือ Pan-Province-Level Data Integration ครั้งนี้ สามารถสร้างเป็นรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยสามารถนำไปเป็นเครื่องมือ วิเคราะห์ สรุป จากข้อมูลที่หลากหลายในระดับจังหวัด เช่น ยังมีปัจจัยสำคัญในการทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและที่สำคัญคือประชาชนยังขาดความรู้ ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าถึงช่องทาง

ด่วนในการรับการรักษาแบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้โอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และการรักษาที่มีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาที่บ่งชี้ว่าหากได้รับการรักษานี้ทันเวลา จะทำให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษา (NING ET AL., 2013) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลาย ๆ สถาบันทางการแพทย์ ได้จัดหาข้อมูลเหล่านี้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัตราการตายจากโรคนี้ แต่ในเชิงจัดการระบบในพื้นที่บริการ ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบโรคหลอดเลือดสมอง และการบริการที่เกี่ยวข้อง เป็นไปได้ที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่บริการ รวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีคุณภาพแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในบ้านลำพัง การปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นต้น

จุดเด่นของการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การ Pan data จะนำเสนอภาพรวมข้อมูลของการบูรณาการข้อมูล โดยเน้นการเปลี่ยนจากการบูรณาการโครงสร้าง (structural) เป็นการบูรณาการความหมาย (semantic integration) ได้อย่างเป็นรูปธรรม (Ziegler & Dittrich, 2007) ดังนั้น การนำข้อมูลระดับจังหวัดมาบูรณาการ (Pan-Province-level Data Integration) เป็นทางเลือกที่สำคัญที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากรายงานของทีม McMaster Health Forum ในการดำเนินการเกี่ยวกับการบูรณาการข้อมูลข้ามภาคส่วนเพื่อพัฒนาบริการสาธารณะในรัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา (Moat et al., 2016) ปัญหาหลักที่การบูรณาการข้อมูลข้ามภาคส่วนพยายามแก้ไขปัญหาคือพื้นฐาน อาจจะเป็นการทำงานซ้ำซ้อน

ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขาดข้อมูลเชิงลึกที่เชื่อมโยงข้อมูลจากหลายภาคส่วน หรือปัญหาอื่นๆ และสร้างแนวทางแก้ไข แนวทางเหล่านี้ อาจจะเป็นการสร้างโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลกลาง เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน หรือการพัฒนากฎระเบียบและมาตรฐานการแชร์ข้อมูล การค้นหาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน อภิปรายทั้งอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำแนวทางแก้ไขตามข้อที่นำเสนอขึ้นไปปฏิบัติ อุปสรรคอาจเป็นเรื่องกฎหมาย เทคโนโลยี หรือวัฒนธรรม องค์กร ส่วนปัจจัยสนับสนุนอาจเป็นการมีผู้นำที่เข้มแข็ง งบประมาณจากรัฐบาล หรือการมีส่วนร่วมจากประชาชน การใช้แนวทางยุทธศาสตร์นี้สามารถให้ภาพรวมชัดเจน ให้ผลลัพธ์การจัดการระบบที่ดีมีประสิทธิภาพ ตรงความต้องการในการบริการสาธารณะ (Provides a clearer picture of public service needs) ก่อให้เกิดการรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทำให้มีภาพรวมที่ครอบคลุมและเข้าใจได้ดีเกี่ยวกับ ความต้องการและปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการสาธารณะ เช่น ความต้องการในด้านการรักษาพยาบาล, การศึกษา, หรือการรับบริการสังคม เสริมโอกาสในการเพิ่มประสิทธิภาพ (Provides opportunities for improved efficiency) การรวมข้อมูลช่วยเพิ่มโอกาสในการนำเทคโนโลยี และกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพมาใช้ เพื่อลดความซ้ำซ้อน, ลดการใช้ทรัพยากรทั้งทางการเงินและทางบุคคล, และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่มีข้อมูลมาก (Leads to informed decisions that can improve social outcomes) ซึ่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนการตัดสินใจที่มีข้อมูลมากมายทำให้ผู้บริหาร นักวิเคราะห์ และผู้ตัดสินใจสามารถตัดสินใจที่มีมูลค่า และมีผลต่อผลลัพธ์ทางสังคม สร้างความสะดวกรวดเร็วในการประสานงานการให้บริการสาธารณะต่าง ๆ (Facilitates better

coordination of public services) การบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพระดับจังหวัดมีความสำคัญต่อการจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง โดยการผสานข้อมูลทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มของโรค ทำนายสถานการณ์ได้แม่นยำ และนำไปสู่การสร้างกลยุทธ์และนโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล อันจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นระบบ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น แม้ว่าการบูรณาการข้อมูลระดับพื้นที่จะมีศักยภาพสูงในการช่วยลดปัญหาสาธารณสุขจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่การนำมาใช้ยังมีน้อยและขาดความชัดเจนในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม สามารถประยุกต์ใช้การบูรณาการข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการติดตามเส้นทางการให้บริการในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ชนบท ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผนและเตรียมการ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำรายงานผล และการนำข้อมูลไปใช้ เพื่อระบุประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และปรับปรุงความรวดเร็วของระบบบริการ อันจะนำไปสู่การวางแผนดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพบริการต่อไปโดยการติดตามเส้นทางการให้บริการสำหรับโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ชนบทจะช่วยให้ การบริการสาธารณสุข สามารถปรับปรุงการให้บริการให้เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงในชุมชน

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ผลสรุป Stroke Fast Track Model ระดับพื้นที่ ที่สามารถพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของโมเดล Pathway หรือเส้นทางบริการ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการบูรณาการข้อมูลและกิจกรรมต่างๆ ในระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โมเดลที่พัฒนาขึ้นคือ "Collaborative Dashboard for tracking service pathway, seeking activities, and support, monitoring, and mentoring" โดยมีเกณฑ์การดำเนินการเน้นการรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของการเดินทางให้บริการ การค้นหากิจกรรม และการสนับสนุน โดยมีแดชบอร์ดที่ช่วยให้การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อเสริมสร้างการควบคุมและการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

โมเดลนี้มุ่งเน้นการยกระดับการประสบความสำเร็จและความมีประสิทธิภาพของการให้บริการโดยการสร้างระบบติดตามและสนับสนุนการทำงานให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมการค้นหา การติดตาม และการให้คำแนะนำในเวลาจริง

อ้างอิง

1. Clift, K., Scott, L., Johnson, M., & Gonzalez, C. (2014). Leveraging geographic information systems in an integrated health care delivery organization. *Perm J*, 18(2), 71-75.
2. Girotra, T., Lekoubou, A., Bishu, K. G., & Ovbiagele, B. (2020). A contemporary and comprehensive analysis of the costs of stroke in the United States.

- Journal of the neurological sciences*, 410, 116643.
3. Hillier, A. E., & Culhane, D. P. (2005). Integrating and distributing administrative data to support community change. *The Handbook of community practice*, 647-658.
 4. Kuriakose, C., Shifafiya, M. N., Tharakan, N. S., Sattanathan, K., & Kumar, R. S. (2016). A prospective study of clinical profile of stroke in a tertiary care hospital. *Asian J Pharm Clin Res*, 9(3), 1-4.
 5. Ménard, L., Blanc, I., Beloin-Saint-Pierre, D., Gschwind, B., Wald, L., Blanc, P., Ranchin, T., Hischier, R., Gianfranceschi, S., & Smolders, S. (2012). Benefit of GEOSS interoperability in assessment of environmental impacts illustrated by the case of photovoltaic systems. *IEEE Journal of Selected Topics in Applied Earth Observations and Remote Sensing*, 5(6), 1722-1728.
 6. Moat, K. A., Wicks, M., & Wilson, M. G. (2016). Integrating Data Across Sectors for Public Service Improvement in Ontario.
 7. Mould, G., & Bowers, J. (2011). Roles of pathway-based models and their contribution to the redesign of health-care systems. *International Journal of Care Pathways*, 15(3), 90-97.
 8. Ning, M., Cao, J., Lopez, M., Sarracino, D. A., McMullin, D., Buonanno, F. S., Wang, X., & Lo, E. H. (2013). Abstract TP66: Quantitative Proteomic Profile of Tissue Plasminogen Activator (tPA) Responders. In: Am Heart Assoc.
 9. WSO. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int. J. Stroke*, 17, 478.
 10. Ramudhin, A., Chan, E., & Mokadem, A. (2006). A framework for the modelling, analysis and optimization of pathways in healthcare. 2006 International Conference on Service Systems and Service Management,
 11. Strilciuc, S., Grad, D. A., Radu, C., Chira, D., Stan, A., Ungureanu, M., Gheorghe, A., & Muresanu, F.-D. (2021). The economic burden of stroke: a systematic review of cost of illness studies. *Journal of Medicine and Life*, 14(5), 606.
 12. Wantaka, C., Kitidumrongsuk, P., Soontornpipit, P., & Sillabutra, J. (2018). Design and development of data model for stroke FAST track system. 2018 International Electrical Engineering Congress (iEECON),
 13. Zhu, Y., & Ferreira, J. (2015). Data integration to create large-scale spatially detailed synthetic populations. *Planning support systems and smart cities*, 121-141.
 14. Ziegler, P., & Dittrich, K. R. (2007). Data integration—problems, approaches, and perspectives. In *Conceptual modelling in information systems engineering* (pp. 39-58). Springer.

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

อรุณี ศิริกานต์*, ธัญญพัทธ์ ฐิติธโรจน์, ปิยะวรรณ เพ็ชรวานนท์
โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยใช้การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา: พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านโรงพยาบาล 3) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ 4) ด้านการบันทึกข้อมูล 5) ด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศ และ 6) ด้านการทบทวนและติดตามคุณภาพ ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าไม่มีอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงได้รับการส่งต่อลดลงเหลือ 98 นาที อัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ Stroke Fast Track คิดเป็นร้อยละ 42.85 อัตราการได้รับยา rt-PA คิดเป็นร้อยละ 29.03 และความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.85$, $SD = 0.37$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงการรักษาและการได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงการส่งเสริมความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

**DEVELOPMENT OF THE PATIENT CARE MODEL FOR CEREBROVASCULAR DISEASE
IN PAK-CHOM HOSPITAL, LOEI PROVINCE**

Arunee Sirakan*, Thunyapat Thitithirarot, Piyawan Piakhuanon
Pak-Chom Hospital, Loei province

ABSTRACT

This study aimed to develop a care model for stroke patients at Pak Chom Hospital, Loei Province, using research and development approach. The study was divided into four phases: 1) situation analysis, 2) care model development, 3) implementation of the developed model, and 4) outcome evaluation. The sample consisted of 34 healthcare personnel involved in caring for stroke patients. The research instrument was a questionnaire assessing satisfaction with the developed stroke care model. The results revealed that the developed model comprised six components: 1) personnel, 2) ambulance, 3) tools and equipment, 4) data recording, 5) information system development, and 6) quality review and monitoring. After implementing the model, there were no cases of ventilator-associated pneumonia and mortality. The average time from admission to referral decreased to 98 minutes. The access rate to Stroke Fast Track treatment was 42.85%, and the rate of receiving rt-PA was 29.03%. The personnel's satisfaction was at a high level ($\bar{x} = 4.85$, $SD = 0.37$). The findings suggest that the developed stroke care model is effective in improving the quality of patient care and can be applied in other community hospitals. However, further studies are needed to identify ways to increase access to treatment and thrombolytic therapy, as well as to promote public knowledge and awareness of stroke warning signs.

Keywords: Stroke, Patient care Management, Quality Improvement, Community Hospitals

*Corresponding author: aruneesirakan@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ.2562 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 30,000 คน คิดเป็นอัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าเพศชายมีอัตราการตายมากกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 70 ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day) ประเด็นการรณรงค์ในปี พ.ศ.2565 คือ "Minutes can save lives: Learn the signs, Say it's a stroke Save Precious time" โดยมุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนและให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันท่วงที เพราะทุก 1 นาทีที่เซลล์สมองขาดเลือดจะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ หากได้รับการรักษาช้าเซลล์สมองจะตายมากขึ้นนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งปัจจุบันได้มีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant Tissue Plasminogen Activator, rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งต้องดำเนินการรักษาภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ และการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเลือดออกปริมาณมากหรือมีความดันในสมองสูงจะ

ช่วยลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (ดิษนัย ทศนพูนชัย, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 32 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นในโรคค่าใช้จ่ายและการรักษา (ณัฐวิวรรณ พันธมุงและคณะ, 2561) การเข้าถึงการรักษาที่ทันท่วงทีเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานถือว่ามีความสำคัญเพราะช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาอันรวดเร็วด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ พบว่าประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยจะกลับมามีอาการเป็นปกติ โดยการรักษา rt-PA สามารถช่วยลดอัตราการตายและสามารถช่วยลดการเกิดความพิการภายใน 3 เดือนหลังเกิดอาการของโรค นอกจากนี้ประสิทธิภาพของยา rt-PA มีประโยชน์ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 ปี และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เท่ากับ 7.5 วัน ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA ที่จะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 10-14 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก หรือได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ลดความพิการ หรือลดอัตราการตายลงได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์เท่าที่ควรเนื่องจากการรับการรักษาช้าเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด สาเหตุมาจากผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิดไม่ทราบถึงลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น จึงทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้ารับการรักษานานเกินกว่า 4.5 ชั่วโมง (วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2563)

โรงพยาบาลปากชมเป็นโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอในจังหวัดเลย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบส่งต่อมายังโรงพยาบาลเลย ซึ่งระยะทางในการส่งต่อ จำนวน 90 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางโดยเฉลี่ย 1.30 - 2 ชั่วโมง ซึ่งมีระยะเวลาในการเดินทางเพื่อส่งต่อการรักษาที่นานเพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการการรักษาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงจากการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองปี 2563–2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 73, 87 และ 66 รายตามลำดับ ซึ่งในปี 2565 จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 1. ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตก จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 2. ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ผลการรักษาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาแบบ SFT จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.60 แต่มีผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.6 กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.60 (โรงพยาบาลปากชม, 2566)

โดยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลปากชมเดิมได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ซึ่งจะมีการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยมายังห้องฉุกเฉินโดยจะมีการประเมินอาการผู้ป่วย และการให้การรักษา จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลย แต่พบว่าการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินอาการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ยังมีการประเมินอาการไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เพราะขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่มีความแตกต่างในเรื่องประสบการณ์การทำงานของพยาบาลใหม่ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พบว่าสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในเรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า (สายทิพย์ จำยพงษ์, 2563)

นอกจากในส่วนปัญหาของผู้ป่วยและญาติแล้วยังพบว่าโรงพยาบาลปากชมมีข้อจำกัดในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองคือต้องส่งต่อเท่านั้นเพราะเกินศักยภาพในการบริการ ด้านการวินิจฉัย/รักษา การขาดเครื่องมือทางการแพทย์ ขาดบุคลากร และระยะทางการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลปากชมไปยังโรงพยาบาลเลยเป็นระยะทางค่อนข้างไกล ซึ่งปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลปากชมมีดังนี้ 1. การประเมินก่อน ระหว่างและหลังส่งต่อไม่เหมาะสม 2. ขาดการสื่อสาร และการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ 3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในระหว่างส่งต่อไม่เหมาะสม ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 4. ไม่มีการประชุมภาคีเครือข่าย DHS ของโรคหลอดเลือดในสมองในอำเภอ 5. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ และ 6. ไม่มีการทบทวน CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (โรงพยาบาลปากชม, 2566)

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยเน้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ การฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน โดยมีการวางแผนพัฒนาลงมือปฏิบัติ ติดตามผล และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขพัฒนา ให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการ service plan เน้นการเข้าถึงบริการ (สำนึกนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งจะได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดอัตราการตาย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 0021/2566 เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรเป้าหมาย (Target population) ซึ่งได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย (Health care providers) จำนวนทั้งสิ้น 34 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า:

- 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ไม่น้อยกว่า 1 เดือน
- 3) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก:

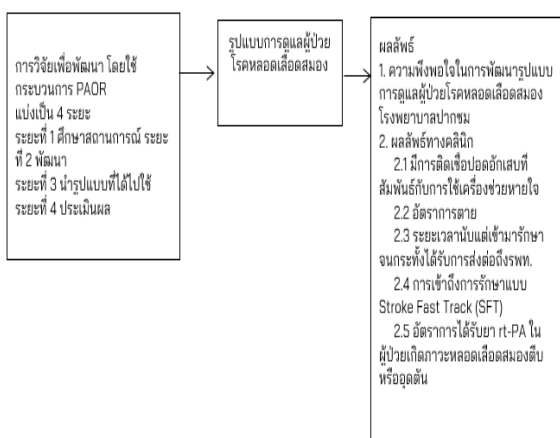
- 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ เช่น การย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลอื่น เป็นต้น ทั้งหมดได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1. แพทย์ จำนวน 4 คน ทำ

มกราคม - เมษายน 2567

หน้าที่วินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค 2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 29 คน มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 3. เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยใช้วงจร PAOR (ดังภาพที่ 1.) เป็นกรอบในการดำเนินการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ทั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปากชม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เป็นการประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (LIKERT SCALE) ซึ่งมีระดับคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นการสอบถามปัญหาและข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ผู้วิจัยได้กำหนดระดับคะแนนและค่าเฉลี่ยดังนี้

- มากที่สุด ให้ 5 คะแนน
- มาก ให้ 4 คะแนน
- ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- น้อย ให้ 2 คะแนน
- น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การวัดระดับความพึงพอใจทำได้โดยการนำผลรวมของคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย แล้วแปลความหมายค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้สูตรภาคชั้น (CLASS INTERVAL) ในการแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับ จากการคำนวณพิสัย (RANGE) ของคะแนนความพึงพอใจ ซึ่งเท่ากับ 0.8 ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

- ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้นิเทศน์เสนอในรูปแบบตาราง ประกอบกับการบรรยายเชิงพรรณนา เพื่อให้เห็นภาพรวมของระดับความพึงพอใจในแต่ละประเด็นได้อย่างชัดเจน สำหรับตอนที่ 3 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมประเด็นสำคัญที่ได้จากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปออกมาเป็นประเด็นหลักๆ พร้อมทั้งยกตัวอย่างข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่น่าสนใจประกอบการนำเสนอ เพื่อให้เห็นมุมมองเชิงลึกและแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปในอนาคต

การทดสอบเครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ได้รับการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CONTENT VALIDITY INDEX: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลปากชม หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (RELIABILITY) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(A-COEFFICIENT) ของครอนบาค(CRONBACH) ที่ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสภาพปัญหา ระบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ (ระยะเวลา 1 เดือน)

ระยะที่ 2: ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ และใช้กระบวนการ PAOR (PLAN, ACTION, OBSERVATION, REFLECTION) ในการพัฒนารูปแบบ (ระยะเวลา 2 เดือน)

ระยะที่ 3: นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการตาย ระยะเวลากการส่งต่อการเข้ารับการรักษารูปแบบ STROKE FAST TRACK และอัตราการได้รับยา rt-PA (ระยะเวลา 3 เดือน)

ระยะที่ 4: ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านบุคลากร มีการประชุมทีมบุคลากรใหม่ การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประชุมภาคีเครือข่าย การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉิน

2. ด้านรพยบาล มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของยานพาหนะและอุปกรณ์การแพทย์ รวมถึงการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ มีการฝึกอบรมบุคลากรในการใช้เครื่องมือแพทย์ การตรวจสอบความพร้อม และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแพทย์

4. ด้านการบันทึกข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วยและการดูแลขณะส่งต่อตามแบบฟอร์มที่กำหนด

5. ด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศ มีการนำระบบ SMART REFER และการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6. ด้านการทบทวนและติดตามคุณภาพ มีการติดตามคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการดูแล และการทำ RCA ในกรณีเสียชีวิต การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมทุกด้านนี้ มีส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม (N=42)

ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์ทางคลินิก	ค่าเป้าหมาย
อัตราการติดเชื้อมดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	0	<10%
อัตราการตาย	0	0
ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่เข้ามารักษาจนกระทั่งได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป	98 นาที	120 นาที
อัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ SFT	42.85%	>60%
อัตราการได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	29.03%	>65%

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลปากชม พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกบางส่วนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ อัตราการติดเชื้อมดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการตาย และค่าเฉลี่ยระยะเวลานับแต่เข้ามารักษาจนกระทั่งได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น อย่างไรก็ตาม ยังมีบางตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ อัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ SFT และอัตราการได้รับยา (rt-PA) ในผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ดังนั้น แม้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจะมีประสิทธิผลในระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาต่อไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในทุกตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในรูปแบบการดูแล

ระยะ	$\bar{x}$	SD*	ระดับ
ก่อนการพัฒนา	3.13	0.86	ปานกลาง
หลังการพัฒนา	4.85	0.37	มากที่สุด

$\bar{X}$ = Mean, Sd =Standard Deviation*

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลปากชม ที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมากหลังจากมีการพัฒนารูปแบบ โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.13 (ระดับปานกลาง) ก่อนการพัฒนา เป็น 4.85 (ระดับมากที่สุด) หลังการพัฒนา ในขณะที่ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 0.86 เป็น 0.37 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องในระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นใหม่

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยใช้การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าไม่มีอัตราการติดเชื้อมดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิต รวมถึงค่าเฉลี่ยระยะเวลานับตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเลยลดลงเหลือ 98 นาที ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์ และคณะ (2562) และบุญญรัตน์ เพิกเดช (2563) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ทางคลินิกบางส่วนยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ Stroke Fast Track (SFT) และอัตราการได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า โดยใช้เวลานานกว่า 180 นาที นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการเตือนที่เกิดขึ้นและมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ในสัดส่วนที่น้อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านระยะทาง ภูมิประเทศ และการเดินทางในพื้นที่ที่ใช้เวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสงบบุญทองโท และคณะ (2560), รัตนกรณียนต์

ตระกูล และคณะ (2560), และฟูสดี ก่อเจติย์ และคณะ (2562)

ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และความตระหนักแก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและมีโอกาสในการฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ไม่พบอัตราการติดเชื้อมดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิต ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเลยลดลงเหลือ 98 นาที อัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ Stroke Fast Track (SFT) คิดเป็นร้อยละ 42.85 และอัตราการได้รับยา rt-PA ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันคิดเป็นร้อยละ 29.03 นอกจากนี้ ความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 (SD = 0.37)

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่าได้แผนการพัฒนา หรือรูปแบบ โดยเมื่อนำมาทดสอบการใช้งาน พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ไม่พบอัตราการติดเชื้อมดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิต ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับตั้งแต่เข้ารับ

การรักษาจนได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเลย ลดลงเหลือ 98 นาที อัตราการเข้าถึงการรักษาแบบ Stroke Fast Track (SFT) คิดเป็นร้อยละ 42.85 และอัตราการได้รับยา RT-PA ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะ หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันคิดเป็นร้อยละ 29.03 นอกจากนี้ ความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 (SD = 0.37)

ผลการศึกษาวิจัยนี้น่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อเป็นการต่อยอด ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2565). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวัน อัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้ เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับประชาชน. <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
2. ณัฐวิวรรณ พันธมุง, สุนันทา ศรีชาติ, พิศมัย อรทัย, และศศิวิมล มีถาวร. (2561). ประเด็นสาร รณ รง ค์ วัน อัม พา ต โลก ปี 2 5 6 1 . http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/_2561.pdf
3. ฤทธิไกร ไชยงาม. (2562). _มาตรวัดเจตคติแบบ ลิเคิร์ท (Likert rating scales). สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/659229>
4. ดิษนัย ทศนพูนชัย. (2560). โรคหลอดเลือด สมองสาเหตุอัมพฤกษ์อัมพาต. สืบค้นจาก http://.sikarin.com/content/Detail/1312s_stroke
5. บุญญรัตน์ เฟิกเดช. (2563). การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 34(3), 7-21.
6. ผุสดี ก่อเจดีย์, วิลาวัณย์ ศรีรัตนกุล, สุมาวดี ชม วงค์, วิษณีย์ ภูมิสุทธาผล, และจารุพรรณ จารุ ภูมิ. (2562). ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน ของโรคหลอดเลือด สมองของประชาชนในจังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 65-77.
7. รัตนภรณ์ ยนต์ตระกูล, วนิดา ชนินทุทรวงศ์, ชไมพร ชูไพฑูรย์, ดุลยา จิตตะโยธธร, และ พยอม สังข์เกษม. (2560). การพัฒนาระบบ บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่าย บริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ,27(2), 80-95.
8. โรงพยาบาลปากชม. (2566). ข้อมูลโรคหลอดเลือด สมอง[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. งาน การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากชม อำเภอ ปากชม จังหวัดเลย.
9. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือด สำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบฉับพลัน ภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปีพ.ศ. 2 5 6 3 . <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf>
10. สงบ บุญทองโท, บรรจง มนต์สงค์, และ วัชรพงษ์ สว่างไสว. (2560). การพัฒนาระบบ บริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(3), 100-113.

11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สืบค้นจาก <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117MinistryofPublicHealth.pdf>
12. เสกสรรค์ จวงจันทร์, กมลรัตน์ จุ่มสีมา, และวีระชาติ วรรณม. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 17(2), 5-18.

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

ธัญญพัทธ์ จิตติธีรโรจน์*, อรุณี ศิริกานต์, ปิยะวรรณ เพ็ญขานนท์
โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานใน 6 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การบริการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ ในหอผู้ป่วยใน 4) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบฯ 5) นำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง และ 6) ประเมินผลรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน 36 ราย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 32 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ระบบการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น การติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง การใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก การรายงานแพทย์โดยใช้ ISBAR การนิเทศข้างเตียง และการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากร้อยละ 16.67 เหลือร้อยละ 8.33 และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ดังนั้น รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนี้จึงมีประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, หอผู้ป่วยใน

EFFECTIVENESS OF DEVELOPMENT OF SEPSIS PREVENTION MODEL OF PATIENTS TREATED IN WARD, PAK-CHOM HOSPITAL, LOEI PROVINCE

Thunyapat Thitithirarot*, Arunee Sirakan, Piyanon Piakhuanon
Pak-Chom hospital, Loei province

ABSTRACT

The objective of this study was to develop a model for preventing bloodstream infections and to investigate the effects of the developed model on patients admitted to the inpatient department at Pakchom Hospital, Loei Province, Thailand. A mixed-methods research design was employed, consisting of six phases: 1) analyzing the nursing service situation for patients at risk of bloodstream infections in the inpatient department; 2) developing a model for preventing bloodstream infections; 3) piloting the developed model in the inpatient department; 4) evaluating and improving the model; 5) implementing the revised model; and 6) assessing the effectiveness of the model. The sample, selected through purposive sampling, included 36 patients admitted to the inpatient department and 32 staff members. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that the developed model for preventing bloodstream infections comprised essential components, including an initial assessment and screening system for high-risk patients, continuous monitoring and evaluation, the use of clinical practice guidelines, ISBAR reporting to physicians, bedside supervision, and staff competency development. The implementation of the developed model reduced the incidence of bloodstream infections from 16.67% to 8.33%, and the staff expressed the highest level of satisfaction with the model. Therefore, this model for preventing bloodstream infections is beneficial and can be applied in nursing care for patients admitted to inpatient departments.

Keywords: Bloodstream infections, Prevention model, Inpatient department

*Corresponding author: toytoytoy789789@gmail.com

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย (दनัย อังควฒนวิทย์, 2559) ซึ่งถือว่าเป็นโรคฉุกเฉินเพราะว่าติดเชื้อเพียงเล็กน้อย ก็อาจลุกลามไปสู่อาการรุนแรงได้ ที่พบมากที่สุดคือในผู้ป่วยโรคปอดบวมและทางเดินปัสสาวะอักเสบ นอกจากนี้ ยังพบในผู้ป่วยโรคโควิด 19 อีกด้วย อาการของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ และเกิดภาวะช็อคจนเสียชีวิต หากเกิดภาวะช็อคแล้ว อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มจาก 10% เป็น 40% จากสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตผู้ป่วย 1 ใน 5 ของโลกในแต่ละปี (Emily Brant and Kristina E. Rudd, 2021)

ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 พบผู้ป่วยประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี อัตราตายในปี 2562-2564 อยู่ที่ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร โดยอัตราตายในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร) แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษา แต่อัตราตายยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 28 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ปัจจัยในการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ได้รับยาปฏิชีวนะไม่เพียงพอ และการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (หน่วยโรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี, 2559) ปัจจุบันมีการกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติด

เชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน มีการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็วภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มตรวจพบ (สุภาพร เพชรรัช, 2563) นอกจากนี้แล้วบุคลากรอาจจะถูกฟ้องร้องได้ เนื่องจากผู้รับบริการไม่เข้าใจถึงกระบวนการรักษาและเกิดความไม่เชื่อมั่นจากการให้บริการ ดังนั้นการบริหารจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากร ระบบการบริหารการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลประกอบด้วย นโยบายคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติมีการติดตามและประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป (Malathum, and Rongrungruang, 2018) โดยในการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประกอบด้วย 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 2) ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (The Healthcare Accreditation Institute, 2018)

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดควรเป็นรูปแบบมุ่งเป้าเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และควรเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโดยความร่วมมือขององค์กรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2018) และการศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลจังหวัดระนอง พบว่า การพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อใน

โรงพยาบาลได้ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (เพชรดา พัฒทอง และนิรมล อุ่เจริญ, 2561)

ผู้วิจัยได้ทบทวนสถานการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปากชม ปี 2563 - 2565 พบว่า ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยในปี 2565 5 อันดับ ได้แก่ 1. Viral/Covid Pneumonia 2. Bacterial Pneumonia 3. Gastroenteritis 4. Bronchitis และ Anaphylaxis from sting/bite อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2565 พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 100 คน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสูงจากปี 2563 และปี 2564 การส่งต่อผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี 2565 และปี 2563 จำนวน 8 คน และปี 2564 จำนวน 6 คน และผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าปี 2564 มีจำนวน 6 คน รองลงมาคือปี 2563 จำนวน 4 คน และปี 2565 จำนวน 2 คน (โรงพยาบาลปากชม, 2566) ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชมได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการทบทวนสถานการณ์การป้องกันภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบัน พบว่า โรงพยาบาลปากชมมีการป้องกันในตำแหน่งการติดเชื้อที่สำคัญตำแหน่งอื่น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการติดเชื้อในกระแสเลือด ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน และพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสังเกตและการป้องกันผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้แล้วการเฝ้าระวังการติดเชื้อในปัจจุบันยังขาดการมีส่วนร่วม การส่งต่อข้อมูลของหอผู้ป่วยในส่งผลให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับนำมาวางแผนเพื่อ

ป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เป็นวิธีในการดำเนินการที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต (อรณพ สนธิไชย, 2560) มาพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกตติดตาม และการสะท้อนกลับเพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีความเหมาะสมกับบริบท เพื่อให้การป้องกันเกิดประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุดส่งผลให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนั้นแล้วการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีและเกิดความปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ECLOEI 0027/2566 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยใน โดยใช้ข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาของผู้ป่วย 36 คน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ 32 คน เพื่อศึกษาปัญหา รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ 32 คน และเสนอรูปแบบต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรเวช 3 ท่าน เพื่อพิจารณา แนะนำ และปรับปรุง

ระยะที่ 3: นำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน โดยให้เจ้าหน้าที่ 32 คนปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4: ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ 32 คน ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ และเสนอรูปแบบต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรเวช 3 ท่านเพื่อพิจารณา แนะนำ และปรับปรุง

ระยะที่ 5: นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยใน โดยให้เจ้าหน้าที่ 32 คนปฏิบัติตาม

ระยะที่ 6: ประเมินผลของรูปแบบ โดยใช้ข้อมูลการใช้รูปแบบในผู้ป่วย 36 คน และประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ 32 คนต่อรูปแบบ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เป็นประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จำนวนทั้งหมด 32 คน

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ในช่วง 1 สิงหาคม 2566– 31 มกราคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 36 คน ใช้ศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยใน มีเกณฑ์คัดออกและคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ในช่วง 1 สิงหาคม – 31 สิงหาคม 2566

2) รู้สึกตัวดี และสามารถพูดคุยได้ ไม่มีอาการสับสน

เกณฑ์คัดออก

1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี

2) ไม่สามารถสื่อสารหรือเขียนภาษาไทยได้
กลุ่มหลังรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 36 คน ใช้ศึกษาในระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระยะที่ 6 ประเมินผลของ

มกราคม - เมษายน 2567

รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มี
เกณฑ์คัดออกและคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ในช่วง ในช่วง 1
กันยายน 2566 – 31 มกราคม 2567
- 2) รู้สึกตัวดี และสามารถพูดคุยได้ ไม่มีอาการ
สับสน

เกณฑ์คัดออก

- 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี
 - 2) ไม่สามารถสื่อสารหรือเขียนภาษาไทยได้
- กลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลปากชมทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 32 คน
ใช้ศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การ
บริการพยาบาลผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะ
ติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยใน ระยะที่ 2
ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อใน
กระแสเลือด ระยะที่ 3 ดำเนินการนำรูปแบบการ
ป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปทดลองใช้ใน
หอผู้ป่วยใน ระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุง
รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะ
ที่ 5 ดำเนินการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อใน
กระแสเลือดที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยใน
ระยะที่ 6 ประเมินผลของรูปแบบการป้องกันภาวะติด
เชื้อในกระแสเลือด มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลปากชม ไม่น้อยกว่า 3 เดือน

- 2) เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกัน
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหอผู้ป่วยใน

เกณฑ์คัดออก

- 1) ได้ย้ายแผนกหรือสถานที่ในการทำงาน
- 2) มีเหตุสุวิสัยทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย
จนเสร็จสิ้นทุกระยะได้

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อ
ในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดย
ใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development)
มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1. ปัจจัยนำเข้า
2. กระบวนการ 3. ผลผลิต 4. ผลลัพธ์ 5. การ
ย้อนกลับของกระบวนการพัฒนา เป็นกรอบแนวคิด
ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บเองโดยการสอบถามด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ได้แก่ แบบฟอร์มการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย (โรงพยาบาลปากชม, 2566) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การประเมิน SOS (Search Out Severity) Score (นนท์รัตน์ จำเริญวงศ์ และคณะ, 2563) ประกอบด้วย

1. การวัดอุณหภูมิ
2. การวัดความดันโลหิต
3. การจับชีพจร
4. การนับอัตราการหายใจ
5. การประเมินความรู้สึกตัว
6. จำนวนปัสสาวะ

การแปลผล

คะแนน = 0 : Record V/S ตามปกติ ทุก 4 ชม.

คะแนน 1-3 : พยาบาล Record V/S, I/O ทุก 2-4 ชม.

คะแนน ≥ 4 : พยาบาล Record V/S, I/O ทุก 15-30 นาที
กลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม ได้แก่ 1. แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อการดูแลให้บริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ซึ่งจะมีการใช้ในระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยใน ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันภาวะติด

เชื้อในกระแสเลือด 2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ซึ่งจะมีการใช้ในระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และระยะที่ 6 ประเมินผลของรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ และตำแหน่ง มีคำถามทั้งหมด 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย การวัดระดับความพึงพอใจของปัจจัยต่าง ๆ ใช้มาตรา ลีเคิร์ท สเกล ซึ่งลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจน้อยที่สุด ความพึงพอใจน้อย ความพึงพอใจปานกลาง ความพึงพอใจมาก ความพึงพอใจมากที่สุด (ฤทธิ์ไกร ไชยงาม, 2562) ผู้วิจัยได้กำหนดระดับคะแนนและระดับค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ การวัดระดับความพึงพอใจใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบลีเคิร์ทสเกล 5 ระดับ (ฤทธิ์ไกร ไชยงาม, 2562) ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยนำผลรวมของคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างมาหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมาย ซึ่งในแต่ละระดับความพึงพอใจจะแบ่งคะแนนตามอันตรภาคชั้น (Class Interval) ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.21-5.00 (มากที่สุด), 3.41-4.20 (มาก), 2.61-3.40 (ปานกลาง), 1.81-2.60 (น้อย), และ 1.00-1.80 (น้อยที่สุด)

การทดสอบเครื่องมือในการวิจัย

ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถาม โดยขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.84 และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79
3. ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.78 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดสอบความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 10 คน ก่อนนำไปใช้จริง
4. ตรวจสอบค่า CVI ของรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดสอบความเข้าใจในการใช้รูปแบบกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 10 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแก่ผู้ป่วย และติดตามประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย มีระยะในการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 3 ดำเนินการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 5 ดำเนินการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 6 ประเมินผลของรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ และอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้ ยังใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการสังเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเสนอและสรุปตามวัตถุประสงค์

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ได้รูปแบบ รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ประกอบด้วย

- 1) ระบบประเมินคัดกรองและติดตามความรุนแรงด้วย SOS Score
- 2) ระบบลงเวลาที่ชัดเจนในการวินิจฉัย
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้การรักษา
- 3) การพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม
- 4) การระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวัง
- 5) การติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องโดยใช้ SOS Score
- 6) การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทาง Sepsis bundles
- 7) การค้นหาตำแหน่งติดเชื้อเพิ่มเติมและรายงานแพทย์
- 8) การนิเทศทางการพยาบาลและทบทวนผลลัพธ์การดูแล
- ผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 9) การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน
- 10) การจัดทำและติดตามแนวทางปฏิบัติ CPG และ
- 11) การให้คำแนะนำญาติในการสังเกตอาการผู้ป่วย

ตารางที่ 1 รูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

รูปแบบเดิมก่อนพัฒนา	รูปแบบใหม่
1. มีการประเมิน SOS Score ในผู้ป่วยแรกรับที่สงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด	มีระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว ใช้การประเมิน SOS Score โดยกำหนดให้เพิ่มการระบุกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินติดตามความรุนแรง
2. มีระบบลงเวลาที่ชัดเจน เช่น เวลาวินิจฉัย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาผลตรวจ เวลาให้การรักษา และเวลาการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ	มีระบบลงเวลาที่ชัดเจน เช่น เวลาวินิจฉัย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาผลตรวจ เวลาให้การรักษา และเวลาการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ
3. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในไม่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการป้องกันผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด	มีการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชมทั้งหมดโดยจัดอบรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในปี ละ 2 ครั้ง ทุกๆ 6 เดือน
4. ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานที่หอผู้ป่วยใน	มีการระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจนเกิดแผลขนาดใหญ่ มีแผล/เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis) หรือถูกไฟลวก ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ และผู้สูงอายุการได้รับยาสเตียรอยด์
5. มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องในการรับและส่งเวรในหอผู้ป่วยใน	มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องโดยใช้ SOS Score เริ่มต้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนด และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
6. ไม่มีการส่งต่อข้อมูลของหอผู้ป่วยในส่งผลให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับนำมาวางแผนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	เมื่อวินิจฉัยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จะให้การรักษายาพยาบาลภาวะติดเชื้อ ฟันฟูระบบไหลเวียน และระดับประคองการทำงาน ของระบบต่าง ๆ ตามแนวทางการรักษา Sepsis bundles
7. มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	มีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หากมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ให้ค้นหาตำแหน่งติดเชื้อเพิ่มเติม และรายงานแพทย์ทันที
8. มีการนิเทศทางการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในในครั้งแรกที่เข้ามาทำงานในหอผู้ป่วยใน	การนิเทศทางการพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใน ประกอบด้วยการทบทวนการดูแลและนิเทศทางคลินิกข้างเตียงโดยทีมบริหารทางการพยาบาลขณะรับ-ส่งเวรทุกวัน และการประชุมทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทุก 3 เดือน
9. มีคำสั่งในการแบ่งหน้าที่ รับผิดชอบการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน	มีคำสั่งในการแบ่งหน้าที่ รับผิดชอบในการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในที่ชัดเจน
10. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ Clinical Practice Guideline (CPG) ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย	มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) สำหรับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย ครอบคลุมการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยติด CPG ไว้ในห้องปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน
11. มีการแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป	มีการให้คำแนะนำญาติที่มาเฝ้าใช้ในการสังเกตอาการผู้ป่วย และแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน (n=36)

การดำเนินการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	6	16.67
หลังการพัฒนารูปแบบ	3	8.33

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในสามารถลดอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 8.33

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม (n=32)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ	Min-Max
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	3.24	0.42	ปานกลาง	1-5
หลังการพัฒนารูปแบบ	4.38	0.53	มากที่สุด	3-5

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากชม ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ระดับความพึงพอใจปานกลาง และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน สามารถอภิปรายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ดังต่อไปนี้

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการวิเคราะห์สภาพ

ปัญหา รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อการดูแลให้บริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในร่วมกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในนำไปสู่การพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่จัดอยู่ใน

กลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยใน ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะที่ 3 ดำเนินการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยใน ระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะที่ 5 ดำเนินการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยใน ระยะที่ 6 ประเมินผลของรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยกระบวนการดังกล่าวดำเนินการจนได้รูปแบบการดูแลใหม่ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามารักษาในหอผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภา เพ็งเภา (2563) พบว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลโพธาราม ระยะที่ 3 ดำเนินการนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ระยะที่ 5 ดำเนินการนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ระยะที่ 6 ประเมินประสิทธิผล ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ลดลงจากร้อยละ 36.7 เหลือร้อยละ 32.6 และอัตราการเกิดภาวะ septic

shock ลดลงจากร้อยละ 46.7 เหลือร้อยละ 39.3 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 93.5 จากการศึกษาในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ควรขยายผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค ประยุกต์ใช้กับการพยาบาล ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี และมีคุณภาพมากขึ้น จากการดำเนินการพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามารักษาในหอผู้ป่วยใน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการจัดการระบบการที่มีมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ อำพนธ์, ชัชฌาภา บุญโยประการ และพัชรินทร์ศิลป์กิจเจริญ (2560) พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับรูปแบบการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับคัดกรองวินิจฉัยและได้รับการตรวจรักษาที่ รวดเร็ว เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น และการศึกษาของวีรยา ด้านเสนา และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2564) พบว่า การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะ และเป็นแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโอกาสเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในหลังการใช้รูปแบบฯ ลดลงก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 12.37 ดังนั้นโรงพยาบาลควรนำข้อเสนอแนะในเชิงพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปกำหนดเป็นนโยบายและพิจารณานำเป็นแนวทางปฏิบัติ การ

ป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของโรงพยาบาลปากชม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะทางโครงสร้างของภารกิจ และวัฒนธรรมองค์กร ที่อาจแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้นการนำรูปแบบฯ ไปใช้จำเป็นต้องมีการทบทวนเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นการพัฒนาต่อยอดให้รูปแบบฯ มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิผลมากขึ้น

สรุปผลการศึกษา

หลังการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในสามารถลดอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 8.33 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในที่พัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจตลอดการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1448>
2. กรรณิการ์ อำพนธ์, ชัยัญญาภา บุญโยประการ และพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. (2560, กรกฎาคม-กันยายน). ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสาร ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 34(3), 222-236.
3. ดนัย อังควัฒนวิทย์. (2559). อะไรคือ “ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด” . สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue023/healthstation>
4. ฤทธิไกร ไชยงาม. (2562). มาตรฐานเจตคติแบบลิเคิร์ท. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/659229>
5. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์ และคณะ. (2563, มกราคม - เมษายน). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(1), 319-330.
6. เพชรดา พัฒทอง, นิรมล อุเจริญ. (2561, เมษายน-มิถุนายน). การศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย เขต 11, 32(2), 1053-1064.
7. โรงพยาบาลปากชม. (2566). สถิติข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปากชม

- (เอกสารไม่ได้เผยแพร่). เอกสารโรงพยาบาลปากชม
8. วีรยา ต่านเสนา, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564, กันยายน 2563-กุมภาพันธ์ 2564). ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วย ในของโรงพยาบาลแก่งคอย. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 5(2), 78-100.
 9. ศุภา เพ็งเเล. (2563, ตุลาคม-ธันวาคม). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาล โพนาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(4), 698-712.
 10. สุภาพร เพชรรักษ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย. สืบค้นจาก <https://he02.tcithaijo.org/index.php/jhri/article/download/246613/168833>
 11. หน่วยโรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. (2559). *ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในผู้ใหญ่*. สืบค้นจาก <https://www.pranangklao.go.th/webpnk60/images/Appmanual/am-105.pdf>.
 12. อรรณพ สนธิไชย. (2560). *RESEARCH AND DEVELOPMENT: R&D การวิจัยและพัฒนา*. สืบค้นจาก https://hr.moph.go.th/site/letter/asset/files/8_13772018-05-23.pdf
 13. Malathum, K., & Rongrungruang, Y. (2018). *Infection Prevention and Control in Hospital Guideline*. Nonthaburi: Aksorn Graphic & Design. [in Thai]
 14. Brant, E., & Rudd, K. E. (2021, November 10). Sepsis still kills 1 in 5 people worldwide – two ICU physicians offer a new approach to stopping it. The Conversation. <https://theconversation.com/sepsis-still-kills-1-in-5-people-worldwide-two-icu-physicians-offer-a-new-approach-to-stopping-it-175650>
 15. The Healthcare Accreditation Institute. (2018). *Hospital and Healthcare Standards*. Retrieved from www.ha.or.t

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนใน อำเภอเมือง จังหวัดเลย

วันสภรณ์ อินทะโร*, สาวิตรี ทรงศิลป์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 438 คน ซึ่งเป็นประชาชนที่อาศัยในตำบลต่าง ๆ ครอบคลุม 19 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.25) มีอายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 42.47) ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะมาจากโรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 28.91) รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 24.90) และรถเร่ (ร้อยละ 19.24) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับสูง (ร้อยละ 50.23) และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ร้อยละ 62.56) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 7.92$; $P = .04$) และความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ($\chi^2 = 47.42$; $P < .01$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและอายุที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ดังนั้น การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ยาปฏิชีวนะ, ดื้อยาปฏิชีวนะ, พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

Factors Related to Antibiotic Use Behavior Among Residents of Mueang District, Loei Province

Wanassaporn Intaro*, Sawitree Songsilp

Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

The objective of this study was to examine the antibiotic use patterns of the residents of Mueang District, Loei Province, and to investigate the factors associated with these patterns. The study employed a cross-sectional approach, collecting data from a sample of 438 individuals residing in 19 subdistricts within Mueang District, Loei Province. A questionnaire was used as the research tool. Descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean values, were used to analyze personal characteristics such as gender, age, marital status, education level, and occupation. Chi-square statistics (χ^2) were used to analyze factors related to antibiotic use behavior. The findings revealed that the majority of the sample was female (55.25%), with 42.47% aged between 45 and 59 years. Most participants obtained their antibiotics from public hospitals (28.91%), followed by private hospitals (24.90%) and hawkers (19.24%). The sample demonstrated a high level of knowledge about antibiotic use (50.23%) and exhibited appropriate antibiotic use behavior (62.56%). Age ($\chi^2 = 7.92$; $P = .04$) and knowledge of antibiotic use ($\chi^2 = 47.42$; $P < .01$) were found to be statistically significantly associated with antibiotic use behavior. The findings of this study suggest that appropriate antibiotic use behavior is influenced by both adequate knowledge and a suitable age. Therefore, providing regular and continuous education to the public about the proper use of antibiotics, especially among the working-age population and the elderly, can help promote more appropriate antibiotic use behavior.

Keywords: Anti-Bacterial Agents, Antibiotic Resistance, Antibiotic Misuse Behaviors, Rational Drug Use

*Corresponding author; Wanderpeemai@gmail.com

บทนำ

ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) กลายเป็นวิกฤตระดับโลก ส่งผลกระทบต่อประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากข้อมูลทั่วโลก รายงานว่ามีจำนวนประชากรประมาณ 700,000 คนเสียชีวิตในแต่ละปีเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นถึง 10 ล้านคนต่อปีภายใน 30 ปีข้างหน้า หากไม่มีการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้อย่างเร่งด่วน (Zaman et al., 2017) สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะประมาณ 88,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 38,000 รายต่อปี ซึ่งคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 42,000 ล้านบาท (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, THAILAND, 2560)

จากข้อมูลการสำรวจตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ประชากรไทยเพียงร้อยละ 3 มีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื้อยาและยาปฏิชีวนะ ในขณะที่เกือบ 1 ใน 4 ของประชากรไม่มีความรู้พื้นฐาน และ 3 ใน 4 มีความรู้บางส่วน (ฐิราธร อยู่โต และคณะ, 2563; สุนิชา ชานวาทิก และคณะ, 2561) นอกจากนี้ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand: NARST) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลทุกภูมิภาคของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543-2564 พบว่า เชื้อแบคทีเรียทุกชนิดมีแนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น และคณะ, 2562) ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะไม่ได้จำกัดอยู่

เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในชุมชน โดยพบว่าความชุกเฉลี่ยของเชื้อดื้อยาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 (รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น และคณะ, 2562) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาที่มากกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา (รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น และคณะ, 2562)

สาเหตุหลักของปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ คือ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม การใช้ยาเพื่อรักษาโรคหวัด การซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านชำหรือร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ การใช้ยาเกินหรือยาที่เหลือจากผู้อื่น การรับประทานยาไม่ครบขนาดหรือหยุดยาเอง และการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับมนุษย์ในสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร (ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์, 2559; อรุมา อินทองลักษณ์, 2556; วนิดา ฉายติลก และ กรแก้ว จันทภาษา, 2557; รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น และคณะ, 2562) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 ซึ่งเน้นการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปเกินความจำเป็น โดยเฉพาะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลสด ซึ่งมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่สามารถหายได้เอง (World Health Organization, 2002) นโยบายนี้ควบคู่ไปกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

จากข้อมูลข้างต้นและจากการทบทวนงานวิจัย ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการดื้อยาที่

อาจเกิดขึ้นในชุมชน และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผล จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มประชากรอำเภอเมือง จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 030/2566 วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 398 ราย (Yamane, 1967) และเพื่อป้องกันความ

คลาดเคลื่อนจากการเก็บข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายเท่ากับ 438 ราย โดยครอบคลุมพื้นที่ 19 ตำบลในเขตอำเภอเมืองเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามความถี่ของการใช้ยาปฏิชีวนะใช้วิธีหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะ 3) ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ และ 4) พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะบุคคล

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 438 ราย จากข้อมูลลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสัดส่วน

เพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 55.25 และ 44.75 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 42.47) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.95) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในการประกอบอาชีพและการทำงานในหลายสาขา นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร (ร้อยละ 51.83) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และสภาพภูมิอากาศของพื้นที่ที่เหมาะสมกับการเกษตรและการเลี้ยงสัตว์ รายละเอียดข้อมูลลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง General Demographic

ลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	196	44.75
หญิง	242	55.25
อายุ (ปี)		
20-29	53	12.10
30-44	111	25.34
45-59	186	42.47
≥ 60	88	20.09
สถานภาพสมรส		
โสด	88	20.09
สมรส	302	68.95
หย่าร้าง	13	2.97
แยกกันอยู่	8	1.83
หม้าย	27	6.16
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	137	31.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	93	21.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	122	27.85
ปวส./อนุปริญญา	32	7.31
อุดมศึกษา	54	12.33
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	35	7.99
ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป	112	25.57
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	37	8.45
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	27	6.16
เกษตรกร	227	51.83

2. ข้อมูลประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย

จากการศึกษาประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับยาปฏิชีวนะจากแหล่งต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่ได้รับยาจากโรงพยาบาลรัฐ รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน และรพ. ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับยาปฏิชีวนะจากแหล่งอื่น ๆ เช่น คลินิกพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการได้รับยาจากบุคคลอื่นและการไม่ทราบแหล่งที่มาของยามีสัดส่วนที่ค่อนข้าง แสดงดังตารางที่ 2 ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีการเข้าถึงยาปฏิชีวนะจากหลากหลายแหล่ง ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมถึงแหล่งอื่น ๆ ที่อาจไม่ใช่สถานพยาบาล เช่น รพ. และร้านค้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยาได้ ดังนั้น การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลจึงมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะในพื้นที่นี้

ตารางที่ 2 แสดง General Demographic

แหล่งรับยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.รัฐ	296	28.91
รพ.เอกชน	255	24.90
รพ.ร	197	19.24
คลินิก(พยาบาล)	137	13.38
รพ.สต.	86	8.40
ร้านค้า/ร้านชำ	25	2.44
คลินิก(แพทย์)	14	1.37
มีคนให้มา	9	0.88
ไม่ทราบ/จำไม่ได้ว่าได้จากที่ใด	5	0.49

3. ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.23 มีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะใน

มกราคม - เมษายน 2567

ระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 40.64 อยู่ใน ระดับปานกลาง และร้อยละ 9.13 อยู่ใน ระดับต่ำ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องการไ้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย (n=438)

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	220	50.23
ระดับปานกลาง	178	40.64
ระดับต่ำ	40	9.13

4. พฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย พฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย ในภาพรวมพบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะเหมาะสม จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 62.56 มีคะแนนพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 37.44 เมื่อพิจารณาข้อมูลรายข้อในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมากที่สุดคือข้อ 1. เมื่อได้รับยาปฏิชีวนะท่านรับประทานยาสม่ำเสมอ และครบกำหนดตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ($2.66 \pm .55$) รองลงมาได้แก่ข้อ 10. ท่านเพิ่มขนาดยาปฏิชีวนะเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการรุนแรงขึ้น ($2.65 \pm .63$) และข้อที่ 2. ท่านนำยาปฏิชีวนะของญาติหรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน ($2.63 \pm .55$) ตามลำดับ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 8. เมื่อแพทย์สั่งยาปฏิชีวนะให้รับประทานต่อเนื่อง แต่ทานยาแล้ว 1-2 วัน รู้สึกอาการไม่ดีขึ้น ท่านจึงพยายามเปลี่ยนแพทย์เพื่อจะได้ยาใหม่ ($2.35 \pm .74$)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในระดับที่เหมาะสม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายคือ มีอายุ 45 ปี – 59 ปี ร้อยละ 42.47 ซึ่งกลุ่มวัยดังกล่าว เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องการไ้ยา ตลอดจนการรณรงค์เกี่ยวกับการไ้ยา จากหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และมีความใส่ใจดูแลสุขภาพ รวมถึงมีประสบการณ์การไ้ยาที่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะมีความเหมาะสม ซึ่งตรงตามหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Andragogy Theory) เป็นทฤษฎีแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่โดย Malcolm Knowles (1978) กล่าวว่า ผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ในรูปแบบที่ต่างจากเด็ก “ประสบการณ์” (Experience) โดยที่บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ประสบการณ์ต่างๆที่แต่ละคนได้รับ จะเสมือนแหล่งทรัพยากรมหาศาลของการเรียนรู้ และจะสามารถรองรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น การเรียนรู้ที่เหมาะสมจึงควรเป็นการเรียนรู้ที่ใช้ประโยชน์จากประสบการณ์เดิม และจากแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เชื่อว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของฐิราธร อยู่โตและธนากร เกษศิลป์ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการไ้ยาปฏิชีวนะของผู้ที่ใช้บริการร้านยาในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขอยู่ในระดับดี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อที่มีคะแนนต่ำคือ พฤติกรรมการรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ มีน้ำมูก และท้องเสีย และสอดคล้องกับ

การศึกษาของวรวิทย์ นุ่มดี(2563) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และคณะ (2021) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ผลการสำรวจจากการสำรวจของประชาชนทั่วประเทศ ในประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะสามารถเร่งการฟื้นตัวจากอาการไอและไข้หวัดได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์(2559) ที่ทำการศึกษากิจกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ รพ.สต. ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับที่ต้องปรับปรุง และแตกต่างจากการศึกษาของวราวี กลิ่นขจร และคณะ (2554) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ ในรพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 3 พบว่ามีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม อยู่ในระดับพอใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากว่าผู้ที่มีอายุที่มากขึ้นย่อมทำให้มีความรอบคอบ และมีประสบการณ์หรือการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์และคณะ(2559) ที่ทำการศึกษากิจกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ รพ.สต.ตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.12$, $P < .05$) แต่

แตกต่างกับการศึกษาของอัมพร ยานะและดลนภา ไชยสมบัติ (2564) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนใน 5 แห่ง ของจังหวัดพะเยา โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยพบว่าผู้รับบริการมีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องลดลง ในส่วนของปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าความรู้ที่ดีทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย โดยอาภาพร เผ่าวัฒนา(2554) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธีภูมิพร และคณะ(2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิตติยา จริยะเศรษฐ์ และคณะ(2562) โดยศึกษาผลกระทบของความรู้และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในมหาวิทยาลัยบูรพาพบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ($P<.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอิสรา จุมมาลีและคณะ(2564) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ และ

ทัศนคติการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44, P < .001$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย ใช้สถิติ Chi-Square มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ($\chi^2 = 7.92; P = .04$) และความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ($\chi^2 = 47.42; P < .01$) โดยช่วงอายุ 45 - 59 ปี เป็นช่วงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 และความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะระดับสูง มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.3

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 438 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 242 ราย (ร้อยละ 55.25) มีอายุ 45 - 59 ปี มากที่สุด 186 ราย (ร้อยละ 42.47) มีสถานภาพสมรสแล้ว 302 ราย (ร้อยละ 68.95) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 137 ราย (ร้อยละ 31.28) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 51.83) ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก

ประชาชนส่วนใหญ่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ได้รับความรู้ได้รับการอบรมเรื่องยา แต่ประชาชนก็ยังคงมีความเข้าใจผิดว่ายาปฏิชีวนะคือ ยาแก้ อักเสบ และประชาชนบางส่วนยังคงได้รับยาปฏิชีวนะจากรถเร่ ร้านค้าหรือร้านชำ ซึ่งบ่งบอกถึงความไม่ปลอดภัยที่อาจจะเกิดกับประชาชน และปัญหาการดื้อยา ในส่วนของพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับที่เหมาะสม และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า อายุ และความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุและความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในระดับที่เหมาะสม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย ดังนั้นจึงควรจัดให้มีกิจกรรมให้ความรู้หรือโครงการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนตั้งแต่ในวัยเรียน วัยรุ่น และวัยทำงานตอนต้น รวมถึงนำผลการศึกษามาออกแบบโปรแกรมความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทกลุ่มประชาชน และควรจัดให้ความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพความรู้ให้ อสม. เนื่องจากอสม.อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ

มกราคม - เมษายน 2567

เพื่อให้สม.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาและช่วยดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป

3. จากข้อมูลประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีประชาชนบางส่วนที่ได้รับยาปฏิชีวนะมาจากร้านค้า/ร้านชำ ดังนั้นควรจัดให้มีกิจกรรมพัฒนาร้านค้าหรือร้านชำให้เป็นร้านชำต้นแบบปลอดภัยจากการจำหน่ายยาปฏิชีวนะตามแนวทางร้านชำ RDU โดยพัฒนาร้านชำส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย และได้รับความอนุเคราะห์เป็นอย่างยิ่งที่ให้เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน 19 แห่ง ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย หัวหน้ากลุ่มงาน ทีมกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.เลย ขอขอบพระคุณดร.จรัสรัตน์ ประवालัญญกร, ดร.ชินกร สุจิเมือง, คุณทัศนาศา โกลส เมืองเลย, ภก.เอกพจน์ วรจินดา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมฯ รพ.เอราวัณ และ ภญ.ทิพย์สุคนธ์ สุพรหมอินทร์ รพ.เลย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ตลอดจนบุคคลท่านอื่นที่มีได้เอื้อนนามในที่นี้ที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา คอยช่วยเหลือและเป็นการกำลังใจให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, THAILAND (2560). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. <http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf>
2. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131046_99194.pdf
3. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัดน์ รวมสุข และ เอมอร ชัยประทีป. (2555). การศึกษาความรู้และพฤติกรรม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. EAU Heritage Journal Science and Technology, 6(2),91-100.
4. ฐิราธร อยู่โต, ธนากร เกษศิลป์, ภคกุล อนันต์ ศานต์, พุทธ ศิลตระกูล, กฤตภาส กังวานรัตน์กุล และ ชามิภา ภาณุดุลกิตติ. (2563). การศึกษาความตระหนักรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ใช้บริการร้านยาในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/208876>. (วันที่สืบค้น 1 เมษายน 2566).
5. ทิตติยา จริยะเศรษฐ์, วรัญญา วัชรปรีชาวงศ์ และ ญัฐญาภรณ์ ชัยวรรณ. (2562). ทิตติยา จริยะเศรษฐ์. (2562). ผลกระทบของความรูู้

มกราคม - เมษายน 2567

- และทัศนคติที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนในมหาวิทยาลัยบูรพา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. รุ่งทิพย์ แก้วอุ่น, ชนิษฐา ไทยคานาม, พิกากรณ์ สุทธิแสน, สโรชา วิสัย และ บุญเลี้ยง สุพิมพ์. (2019). พฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพ: กรณีศึกษาประชาชนบ้านก้างปลาตำบลชัยพฤกษ์อำเภอเมืองจังหวัด เลย. UBRU Journal for Public Health Research, 8(2), 43-54.
 7. วณิดา ฉายดิลก และ กรแก้ว จันทภาษา, (2557). การให้ความหมายต่อยาแก้อักเสบในมุมมองของประชาชน: กรณีศึกษาบ้านนาโคก หมู่ที่ 3 ตำบลศรีสองรัก อำเภอเมือง จังหวัดเลย. เกษตรศาสตร์อีสาน, 9:93-98.
 8. วสาวิ กลิ่นขจร และ ศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล. (2554). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://hpc3.anamai.moph.go>. (สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2566)
 9. วรวิทย์ นุ่มดี. (2563). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. Journal of MCU Nakhondhat, 7(7), 213-228.
 10. ศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ. (2559). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. ในเอกสารการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัยใช้องค์ความรู้สู่ความยั่งยืน. วิทยาลัยนครราชสีมา.
 11. สุนิชา ชานวาทิก, อังคณา เลขะกุล, วุฒิพันธุ์ วงษ์ มงคล, วลัยพร พชร นฤมล, อภิชาติ ธีรญาหาร และ วิโรจน์ ตั้งเจริญ เสถียร. (2561). สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ. ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4938>. (วันที่สืบค้น 21 มีนาคม 2566).
 12. สุวัฒน์ ปริสุทธิวุฒิพร และ มณฑนา เหมชะญาติ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center, 31(2), 114-127.
 13. อัมพร ยานะ และ ดลนภา ไชยสมบัติ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 31(1), 121-134.
 14. อารยา ชื่อด้า และ อาทิตยา จิตจำนงค์, (2564). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดภูเก็ต. เวชสารแพทยทหารบก, 74(4):277-290.
 15. อิศรา จูมมาลี และ สมศักดิ์ อภาศรีทองสกุล. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารอาหารและยา, 28(3), 87-95.
 16. อรอุมา อินทงษ์ลักษณ์, (2556). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนตำบลเวียง อำเภอ

- เมือง จังหวัดพะเยา. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: University of Phayao Digital Collections: พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา (up.ac.th). (วันที่สืบค้น 27 เมษายน 2566).
17. อภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนางลัยชัย. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 62-63.
18. Davis ME, Liu TL, Taylor YJ, Davidson L, Schmid M, Yates T, et al. Exploring patient awareness and perceptions of the appropriate use of antibiotics: a mixed-methods study. *Antibiotics* (Basel, Switzerland). 2017; 6(4).
19. Kasl, S. and Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246–266.
20. Knowles, M. (1975). *Self-directed Learning. A Guide for Learners and Teachers*. New York: Association Press.
21. Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton and Lange.
22. Wong, L. P., Alias, H., Husin, S. A., Ali, Z. B., Sim, B., & Ponnampalavanar, S.S.L.S. (2021). Factors influencing inappropriate use of antibiotics: Findings from a nationwide survey of the general public in Malaysia. *Plos one*, 16(10), e0258698.
23. World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3). World Health Organization.
24. Zaman SB, Hussain MA, Nye R, Mehta V, Mamun KT, Hossain N. A review on antibiotic resistance: Alarm bells are ringing. *Cureus*. 2017;9(6): 1403.

**การเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขผ่านการพัฒนาแบบ
การบริหารงานวิจัย : การผสมผสานและปรับประยุกต์กรอบการทำงาน ทีดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น
วงล้อแห่งความสามารถ**

อิศรา ขุนพิสิฏ, ชติยา แก้วสมบัติ, ชินกร สุจิณมค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

บทนำ: การวิจัยด้านสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชาชน อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างศักยภาพการวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาแบบการบริหารงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขผ่านการผสมผสานและปรับประยุกต์กรอบการทำงานทีดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการนำกรอบการทำงานที่ปรับประยุกต์แล้วมาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัย **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานทั้งสามส่วน ได้แก่ รูปแบบการทดลองแบบออกแบบ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จำนวน 60 คน ระหว่าง ธันวาคม 2566 ถึง เมษายน 2567 **ผลการศึกษา:** พบว่า รูปแบบการบริหารงานวิจัยที่ปรับประยุกต์จากกรอบการทำงานทีดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยประเมินจากระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่มีต่อการวิจัยของบุคลากรภายหลังการได้รับการฝึกอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนและคุณภาพของงานวิจัยที่บุคลากรสาธารณสุขได้ดำเนินการเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารงานวิจัยที่ปรับประยุกต์ ได้แก่ 1) การปรับกรอบการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของบุคลากร 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ความพร้อมของทรัพยากรสนับสนุน 4) ระบบการติดตามที่เข้มแข็ง และ 5) การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนจากผู้บริหารระดับนโยบาย **วิจารณ์และสรุปผล:** การประเมินผลควรให้ความสำคัญต่อการวัดผลกระทบทางปฏิบัติของงานวิจัยที่ได้จากรูปแบบใหม่ว่าได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย แนวปฏิบัติ หรือการดำเนินการมาตรการต่างๆ รวมถึงการปรับปรุงสถานการณ์หรือตัวชี้วัดด้านสุขภาพในระดับจังหวัดหรือไม่ เพียงใด การประเมินในมิติต่างๆ จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงจุดแข็ง จุดอ่อน และประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุงของรูปแบบการบริหารงานวิจัยที่ปรับปรุงใหม่นี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างศักยภาพ, บุคลากรด้านสาธารณสุข, การพัฒนาแบบการบริหารงานวิจัย, การปรับปรุงและปรับประยุกต์, กรอบการทำงาน ทีดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ

ENHANCING RESEARCH CAPACITY OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL THROUGH RESEARCH MANAGEMENT MODEL DEVELOPMENT: INTEGRATING AND ADAPTING THE TDR-TGHN COMPETENCY WHEEL

Issara Khunpiluek*, Kuttiya Kaewsombut, Chinakorn Sujimongkol
Loei Provincial Pubic Health Office

ABSTRACT

Public health research plays a crucial role in improving the quality of life and well-being of the population. However, enhancing the research capacity of public health personnel remains a significant challenge. This study focuses on developing a research management model to strengthen the research capacity of public health personnel by integrating and adapting the TDR-TGHN competency wheel framework. The study also aims to investigate the factors influencing the effectiveness of the adapted framework in developing research skills. Methods: This is an action research study employing a mixed-methods approach, including an experimental design, participatory observation, and analysis. The sample consists of 60 public health personnel working under the Loei provincial public health office, including physicians, dentists, pharmacists, professional nurses, and public health officials, between December 2023 and April 2024. Results: The findings reveal that the research management model adapted from the TDR-TGHN competency wheel framework is effective in developing the research skills of public health personnel at the provincial level. This effectiveness is assessed based on the level of knowledge, skills, and attitudes towards research among personnel after receiving training or participating in activities according to the improved model. Furthermore, an increase in the quantity and quality of research conducted by public health personnel is observed. Factors influencing the effectiveness of the adapted research management model include: 1) aligning the framework with the context and needs of public health personnel, 2) stakeholder participation, 3) availability of support resources, 4) a robust monitoring system, and 5) motivation and support from policy-level administrators. Discussion and conclusion: the evaluation should focus on measuring the practical impact of research derived from the new model, assessing whether it has led to changes in policies, practices, or the implementation of various measures, as well as improvements in health situations or indicators at the provincial level. Evaluation in different dimensions will provide in-depth information on the strengths, weaknesses, and areas for improvement of this newly adapted research management model, leading to the sustainable development of research capacity among public health personnel.

Keywords: Capacity Building, Health Personnel, Development of a Research Management Model, Improvement and Adaptation, The TDR-TGHN Competency Wheel Framework

*Corresponding author: Happy.orloei@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีทักษะการวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น กรอบแนวคิด TDR-TGHN Competency Wheel ได้อธิบายถึงทักษะการวิจัยที่จำเป็นสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข การศึกษาในแง่มุมมองหรือบริบทด้านประสิทธิภาพของกรอบแนวคิดนี้ในการนำมาพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ถือเป็นประเด็นสำคัญและมุ่งเน้นในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อสร้างสังคมที่ยั่งยืนและเท่าเทียมกันในการพัฒนาประเทศ การพัฒนามนุษย์จึงถือเป็นความท้าทายระดับโลก และได้รับความสำคัญมากขึ้นในศตวรรษที่ 21 (Boyatzis, R. E., 2008; Anantrawan, M., 2022) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในปัจจุบันต้องเผชิญกับความท้าทายมากมาย เนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และความขัดแย้งระหว่างประเทศ ส่งผลให้ความต้องการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพิ่มสูงขึ้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งในภารกิจด้านการพัฒนามนุษย์ มุ่งสนับสนุนกระบวนการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านต่างๆ อาทิ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ผ่านวิธีการที่หลากหลาย มีความพยายามในการวางแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยกลวิธีต่าง ๆ โดยมีความสนใจเพิ่มขึ้นในบริบทการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในแทบทุกภาคส่วน หนึ่งในความพยายามดังกล่าว คือ การเพิ่มสมรรถนะด้านการวิจัยให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมทั้งการแพทย์ การพยาบาล สาธารณสุข เภสัชกรรม และการแพทย์แผนไทย ทั้งกิจกรรมเสริม

ทักษะด้านการวิจัยและความต้องการการฝึกอบรมของบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพล้วนมีความสำคัญต่อการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขจึงมีความจำเป็น เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายที่ออกมาจะส่งผลประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน (World Health Organization, 2020; UNICEF, 2021)

การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการประเมินคุณภาพของหลักฐานมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ อย่างมีวิจารณญาณ แยกแยะความน่าเชื่อถือ และเลือกใช้หลักฐานที่เหมาะสมในการสนับสนุนการตัดสินใจ ในการสร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ต้องอาศัยทั้งงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและบุคลากรที่สามารถนำหลักฐานเหล่านั้นมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถประเมินคุณภาพหลักฐานที่ใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ ใช้เป็นหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข ซึ่งนโยบายนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความสามารถในการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายที่ออกมามีความน่าเชื่อถือและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน การพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข มีกระบวนการมากมาย แต่ละกลวิธีมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกัน ประสิทธิภาพของการพัฒนาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ผู้เรียน ผู้สอน หลักสูตร และสภาพแวดล้อม ปัญหาที่พบในการ

พัฒนาสมรรถนะด้านนี้มีหลายประการ เช่น ขาดความรู้และทักษะพื้นฐาน ทักษะคิดและวัฒนธรรมที่ไม่เอื้อต่อการวิจัย และขาดแคลนทรัพยากร แม้จะมีข้อกำหนดจากตัวบุคคลและหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัย แต่ยังมีคำถามเกี่ยวกับความจำเป็นของทักษะที่กำลังพัฒนา รูปแบบทักษะ และกระบวนการศึกษาที่ให้ผลลัพธ์ตอบโจทย์สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข

การศึกษาของ Siew Yim Loh และคณะ (2018) จากมหาวิทยาลัยมาลายา พบว่า นักบำบัดการพูดมีส่วนร่วมในการวิจัยมากที่สุด (ร้อยละ 85.7) รองลงมาคือนักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 18.1) และนักบำบัดอาชีว (ร้อยละ 15.3) อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบว่า ทักษะคิดต่อการวิจัยของบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.1) เป็นไปในลักษณะเฉยๆ หรือไร้ความสนใจ นอกจากนี้ ผลการศึกษานำร่องจากบังกลาเทศเผยให้เห็นว่าแพทย์เกือบครึ่งหนึ่งในประเทศ (ร้อยละ 47) มีความสนใจในการทำวิจัย อย่างไรก็ตาม แพทย์ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 90) ยอมรับว่าตนเองขาดทักษะที่จำเป็นในการทำวิจัย (Rahman et al., 2015) และข้อมูลจากเว็บไซต์การศึกษาต่อแพทย์หลังปริญญาบัตรของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด (Barkoudah, E., 2020) ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แพทย์ในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาและเสริมทักษะด้านการวิจัย การเสริมทักษะวิจัยไม่ใช่ตัวเลือกสำหรับแพทย์อีกต่อไป แต่เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีทักษะเหล่านี้จะทำให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอนาคตของวงการแพทย์ ปรับปรุงคุณภาพการรักษา และก้าวหน้าในสายอาชีพของตนเอง ในบริบทของประเทศไทย องค์ความรู้ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แพทย์

และบุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการติดตามและประเมินหลักฐานใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ช่องว่างด้านความรู้อาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น หลักสูตรการเรียนการสอนที่ล้าสมัย การขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลวิจัยล่าสุด หรือขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับประเทศกำลังพัฒนาอย่างไทย ช่องว่างด้านการวิจัยอาจเป็นความท้าทายมากขึ้น เนื่องจากมีทรัพยากรที่จำกัดสำหรับใช้ในการวิจัย บุคลากรสาธารณสุขอาจขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะวิจัย ส่งผลให้การวิจัยด้านสุขภาพในประเทศอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ (Kietinun et al., 2019) นอกจากนี้ ช่องว่างด้านการวิจัยอาจเกิดขึ้นในกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งอาจขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะวิจัยเทียบเท่ากับสายวิชาการ ส่งผลให้การวิจัยด้านสุขภาพในชุมชนอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (Phuanuan et al., 2018)

การเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยอย่างยั่งยืน และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากช่วยให้บุคลากรเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาทักษะวิจัยได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ กลยุทธ์นี้ควรเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของบุคลากร

สาธารณสุขได้อย่างแท้จริง การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยยังสามารถนำหลักการต่างๆ ที่ได้รับการแนะนำในระดับสากลมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2020; Källemark Sporrang et al., 2022) ในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข มีเครื่องมือสำคัญที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การพัฒนาระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคติดเชื้อ (TDR) ได้แก่ วงล้อทักษะการวิจัยโรคติดเชื้อและสุขภาพเขตร้อนหรือวงล้อทักษะ TDR-TGHN กรอบการทำงานนี้แบ่งทักษะการวิจัยออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเขียนและการส่งผลงานตีพิมพ์ 2) การจัดการและการทำงานเป็นทีม 3) จริยธรรมการวิจัยและการดำเนินงานตามมาตรฐาน 4) การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ 5) การคิดเชิงวิพากษ์และความคิดสร้างสรรค์ และ 6) การวางแผนและการดำเนินงานวิจัย กรอบการทำงานนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2022) การนำวงล้อทักษะ TDR-TGHN (Training and Development Research Competencies Wheel) มาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขมีข้อดีหลายประการ เช่น ช่วยให้บุคลากรมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการวิจัยอย่างครบถ้วน ช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การวิจัยด้านสุขภาพมีความเข้มแข็งและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การนำวงล้อทักษะนี้มาใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับจังหวัด ยังมีช่องว่างที่สำคัญ ได้แก่ ช่องว่างด้านความรู้ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการและแนวคิดของวงล้อทักษะนี้

อย่างชัดเจน (Kitreerawutiwong, 2023) ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำวงล้อทักษะ TDR-TGHN มาใช้นำร่องระดับจังหวัด เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจน และสามารถขยายผลไปในระดับที่สูงขึ้นได้ในอนาคต การศึกษาวิจัยนี้ เน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (Phueakliab, 2022; Thairath, 2021)

คำถามการวิจัย

1. การปรับประยุกต์กรอบการทำงาน TDR-TGHN Competency Wheel อย่างไร จึงจะทำให้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

2. ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการนำกรอบการทำงาน TDR-TGHN Competency Wheel ที่ปรับประยุกต์แล้ว มาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างศักยภาพวิจัยของบุคลากรด้านสาธารณสุขผ่านการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัย: การผสมผสานและปรับประยุกต์กรอบการทำงานที่อาร์ดี-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ

มกราคม - เมษายน 2567

วัตถุประสงค์เฉพาะ (SPECIFIC AIM)

1. เพื่อศึกษาการปรับประยุกต์กรอบการทำงานที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถอย่างไรจึงจะทำให้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการนำกรอบการทำงานที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ ที่ปรับประยุกต์แล้ว มาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 0127/2566 วันที่ 15 ธันวาคม 2566

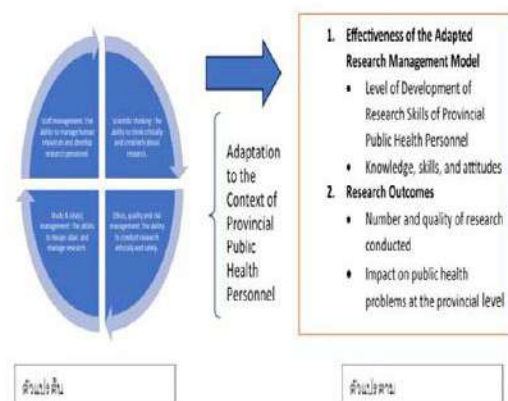
วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วิจัยแบบ Triangulation ทั้งสามส่วน ได้แก่ รูปแบบการทดลองแบบออกแบบ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์ ศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 60 คน ตั้งแต่เดือน 15 ธันวาคม 2566 ถึง เดือน 20 เมษายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามแบบประเมินผล และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บ

รวบรวมข้อมูลวิจัย 3 รูปแบบหลักๆ ได้แก่ การทดลองแบบออกแบบ (Design-Based Research) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) และนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 3 รูปแบบมาสังเคราะห์ข้อมูลรวมกันแบบ Triangulation การวิเคราะห์หोภิมาน (Abductive Analysis) และการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบสมมติฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Inductive Analysis)

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยของมีจุดประสงค์ในการสร้าง “รูปแบบการบริหารงานวิจัย” ขึ้น โดยอาศัยฐานจากวงล้อทักษะ TDR-TGHN Competency Wheel



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาการปรับประยุกต์กรอบทักษะ TDR-TGHN Competency Wheel

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารงานวิจัย ผสมผสานการปรับประยุกต์กรอบการทำงาน ที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ ดังนี้ 1. ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารงานวิจัยที่ปรับประยุกต์ พบว่า 1) ประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยประเมินจากระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่มีต่อการวิจัยของบุคลากรภายหลังการได้รับการฝึกอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ปรับปรุงแล้ว การประเมินสามารถทำได้ผ่านการสำรวจ การสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่ม 2) ผลงานวิจัยที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากจำนวนและคุณภาพของงานวิจัยที่บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดได้ดำเนินการ ซึ่งสามารถประเมินในเชิงปริมาณจากสถิติจำนวนงานวิจัยที่เริ่มต้น สำเร็จ และได้รับการตีพิมพ์ ขณะที่การประเมินคุณภาพจะพิจารณาจากความสอดคล้องกับบริบทสุขภาพในระดับจังหวัด ความเข้มแข็งทางวิชาการ และผลกระทบต่อการใช้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ 2. ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการนำกรอบการทำงาน ที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ ที่ปรับประยุกต์แล้ว มาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด พบว่า 1) การปรับกรอบการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด เนื่องจากการปรับที่อาร์ดี-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถนั้นถูกพัฒนาขึ้นในบริบทระดับนานาชาติ การนำมาประยุกต์ใช้จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่จังหวัดเลย

2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในการร่วมปรับประยุกต์กรอบการทำงาน ทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ และตัวบุคลากรสาธารณสุขเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3) ความพร้อมของทรัพยากรสนับสนุน ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมตามกรอบการทำงานที่ปรับปรุงแล้วเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ 4) ระบบการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็ง เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของกรอบการทำงานที่ปรับปรุงว่าสามารถพัฒนาทักษะบุคลากรได้ตามเป้าหมายหรือไม่ และนำผลมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการต่อไป 5) การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนจากผู้บริหารระดับนโยบาย เพื่อผลักดันให้บุคลากรเห็นความสำคัญและมีกำลังใจในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาทักษะด้วยกรอบการทำงานดังกล่าว

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการบริหารงานวิจัย (Research Management Model) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข โดยอาศัยการผสมผสานและปรับประยุกต์ใช้กรอบการทำงาน ที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ การกำหนดปัญหาวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การออกแบบการวิจัย การนำไปปฏิบัติ การบริหารจัดการ การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนและการสื่อสาร รวมถึงการประยุกต์ใช้ผลการวิจัย การนำกรอบการทำงานดังกล่าวมา

ผสมผสานและปรับประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยจะช่วยให้ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านต่างๆ ทั้งในเชิงความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และเจตคติที่จำเป็นสำหรับนักวิจัยสาธารณสุข ตลอดจนการบริหารจัดการงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลให้งานวิจัยมีคุณภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในกระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัย จะทำให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของบุคลากรมากขึ้น รวมถึงเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและการยอมรับในการนำรูปแบบไปใช้ ดังนั้น การดำเนินการดังกล่าวจึงมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข และยกระดับคุณภาพงานวิจัยด้านสาธารณสุขโดยรวม

การปรับประยุกต์กรอบการทำงาน ทำงาน ที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถให้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด ดังนี้ 1. การปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด เช่น การเน้นประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาของชุมชน 2. การออกแบบกระบวนการพัฒนาทักษะให้มีความยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับบุคลากร เช่น การจัดอบรมระยะสั้น การสอนแบบตัวต่อตัว การเรียนรู้ทางไกล หรือการเรียนรู้แบบผสมผสาน 3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน 4. การจัดให้มีระบบพี่เลี้ยง

และการให้คำปรึกษา โดยนักวิชาการหรือนักวิจัยที่มีประสบการณ์ เพื่อช่วยแนะนำและสนับสนุนบุคลากรในการพัฒนางานวิจัย 5. การสร้างแรงจูงใจและการให้รางวัลแก่บุคลากรที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาทักษะวิจัย เช่น การเลื่อนตำแหน่ง เงินรางวัลพิเศษ หรือโอกาสในการศึกษาต่อ การนำประเด็นต่างๆ เหล่านี้มาปรับใช้ร่วมกับกรอบการทำงาน ทำงาน ที่อาร์ดี-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัดได้อย่างเหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการมากขึ้น

การนำกรอบการทำงาน ทำงาน ที่ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ ที่ปรับประยุกต์แล้วมาใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพ ดังนี้ 1. การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการออกแบบและปรับประยุกต์กรอบการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริง จะช่วยเพิ่มการยอมรับและการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลาย 2. ความพร้อมขององค์กรและผู้บริหารในการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น งบประมาณ บุคลากร เวลา และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ 3. ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน 4. คุณภาพของวิทยากรและผู้ให้การอบรม ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำวิจัยสาธารณสุข สามารถถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5. การมีระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้า ระบุปัญหาอุปสรรค และนำมา

ปรับปรุงกระบวนการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นการให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้จะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการนำกรอบการทำงาน ท างาน ที่ ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น วงล้อแห่งความสามารถ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิจัยสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยผสมผสานกรอบการทำงาน ที่ ดีอาร์-ทีจีเอชเอ็น และวงล้อแห่งความสามารถ เป็นการวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยในด้านสาธารณสุข การดำเนินโครงการอย่างรอบคอบและนำผลที่ได้ไปปฏิบัติจะช่วยสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการได้เป็นอย่างดี โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้:

1. การนำกรอบแนวคิดทั้งสองมาผสมผสานกันจะช่วยให้ได้รูปแบบการบริหารงานวิจัยที่ครอบคลุมทั้งมุมมองการวิจัยและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
2. การปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรด้านสาธารณสุขจะทำให้รูปแบบที่ได้สามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญจะช่วยเสริมคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
4. ผลจากการวิจัยครั้งนี้น่าจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างศักยภาพการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนางานด้านนี้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Boyatzis, R. E. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27(1), 5-12. <https://doi.org/10.1108/02621710810840730>
2. Anantrawan, M. (2022). Human resource development: A challenge for sustainability in the 21st century. *International Journal of Human Resource Development and Sustainability*, 2(1), 1-12. <https://doi.org/10.37134/ijhrds.vol2.1>
3. World Health Organization. (2020). Human resources for health: Investing in a skilled health workforce. <https://www.who.int/activities/improving-human-resources-for-health>
4. UNICEF. (2021). Human resources for health and sustainable development. <https://www.unicef.org/reports/human-resources-health-and-sustainable-development>
5. Iqbal, Z. (2023). The importance of evidence-based policymaking during health crises. *Journal of Public Health Policy*, 44(1), 18-32. <https://doi.org/10.1057/s41271-022-00367-x>
6. World Health Organization. (2022). COVID-19: Lessons for evidence-informed policymaking. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-lessons-for-evidence-informed-policymaking>
7. Loh, S. Y., Muthuveloo, R., Chinna, K., & Mohamad, N. (2018). Research skills instruction among health professionals in

- Malaysia: A cross-sectional study. PLoS ONE, 13(10), e0204813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204813>
8. Loh, S. Y., Muthuveloo, R., Chinna, K., & Mohamad, N. (2018). Research skills instruction among health professionals in Malaysia: A cross-sectional study. PLoS ONE, 13(10), e0204813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204813>
9. Rahman, M., Huq, N.M., Nasrin, D., Ghosh, S., & Dey, B.R. (2015). Research skills among medical doctors: A cross-sectional study in Dhaka, Bangladesh. Journal of Dhaka Medical College, 23(2), 175-181. <https://doi.org/10.3329/jdmc.v23i2.26935>
10. Barkoudah, E. (2020, June 22). Why research skills are essential for physicians today. Harvard Medical School Postgraduate Medical Education. <https://postgraduateeducation.hms.harvard.edu/trends-medicine/why-research-skills-are-essential-physicians-today>
11. Kietinun, S., Kama, A., Chutima, R., & Wongwaisayawan, S. (2019). Research competency gaps of public health professionals in Thailand. Journal of Health Research, 33(3), 197-205. <https://doi.org/10.1108/JHR-10-2018-0116>
12. Phuanuan, P., Sakunphanit, T., & Pongpaibool, S. (2018). Healthcare professionals' competency gaps in research. Public Health and Preventive Medicine Archive, 6(1), 21-27. https://ph.mahidol.ac.th/phmjournal/upload/publica_article/11041088.pdf
13. World Health Organization. (2020). Health research governance: Towards better research in low- and middle-income countries. <https://www.who.int/publications/m/item/governance-health-research-en>
14. Kälve mark Sporrang, S., Fatunmbi, B. S., & Kibwage, I. O. (2022). Strengthening research management practices and systems for health research. UNICEF & UNDP/UNFPA/UNOPS/UN Women/WFP/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). <https://doi.org/10.47746/IHIR.V3I1.P59>
15. World Health Organization. (2022). TDR/TGHN Research Competency Wheel. <https://www.who.int/tools/research-competency-wheel>
16. Kitreerawutiwong, N. (2023). การประเมินความรู้เกี่ยวกับวงล้อทักษะ TDR-TGHN ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(2), 125-139.
17. Phueakliab, J. (2022). บทบาทของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด. สุขศึกษา, 45(3), 87-97.
18. Thairath. (2021, November 25). บทบาทของภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข [The roles of government and private sectors in developing research skills of public health personnel]. Thairath. <https://www.thairath.co.th/news/local/2144325>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม
จังหวัดเลย

เพ็ญนิภา จันทร์ถอด¹, อำพนธ์ คำตัน², รพีพร คำตัน³, นางสาวคะเนิงนิจ ขอดคำ⁴

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว อำเภอปากชม จังหวัดเลย

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าดีหมี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งติดบ้านและติดเตียง จำนวน 53 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 69 คน รวมทั้งสิ้น 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบประชุมเชิงปฏิบัติการที่อาศัยกระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ซึ่งดำเนินการ 2 วงรอบ แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ภายหลังการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 คะแนน (SD=0.12) ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 (SD=0.04) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบนี้ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) การมีศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 3) การประชุมหารือกันของภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน, รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Participation of Community Network Partners, at Sa-Ngao Sub-District health Promotion Hospital Pakchom District Loei Province

Pennipa Junthod ^{1*}, Ampon Kumton ², Rapeporn Kumton³, Kanungnid Khodkam⁴

¹*Sa-Ngao Sub-District Health Promotion Hospital, Pak Chom District, Loei province*

²*Phu luang District Health Office, Phu luang District, Loei province*

³*Chiangklom Sub-District Health Promotion Hospital, Pak Chom District, Loei province*

⁴*Thadeemee Sub-District Health Promotion Hospital, Chiang Khan District, Loei province*

ABSTRACT

This study focuses on developing a care model for dependent elderly individuals by leveraging the participation of community network partners in the area of Ban Sa-ngao Health Promoting Hospital, Huai Phichai Subdistrict, Pak Chom District, Loei Province, Thailand. The research employed an action research methodology, using purposive sampling to select a sample group consisting of 53 home-bound and bed-bound elderly individuals with dependency and 69 stakeholders involved in developing the care model, totaling 122 participants. The research tools included workshop templates that utilized a four-step research process following the PAOR cycle, conducted in two rounds, as well as questionnaires for dependent elderly individuals and stakeholders. Data collection was carried out between June and September 2023, and the data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, maximum, and minimum values. The findings revealed that the care model for dependent elderly individuals, developed through the participation of community network partners, consists of four stages: 1) Planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection. After implementing the model, it was found that the elderly participants had a high level of quality of life, with an average score of 3.83 (SD=0.12), while the stakeholders reported a very high level of satisfaction, with an average score of 4.55 (SD=0.04). The success factors of this model include: 1) strong participation of community network partners, 2) the presence of a center for the development and rehabilitation of the quality of life of the elderly, disabled, and dependent individuals in the area, 3) regular meetings and discussions among network partners, and 4) support from relevant network partners. These findings reflect that the participation of community network partners is a crucial mechanism for developing an effective care model for the elderly, which can be adapted and applied in other areas with similar contexts.

Keywords: Dependent elderly, Community network partnership, Elderly care model

*Corresponding author: Nuesine2524@gmail.com

บทนำ

ในปี 2019 จำนวนประชากรโลก 7,713 ล้านคน พบว่า ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,016 ล้านคน ซึ่งองค์การสหประชาชาติยังได้คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลก จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ, 2564) ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) (กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ รายงานประจำปี, 2563) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้น และเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้นจังหวัดเลย ได้จำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปี 2566 พบว่า จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 116,273 คน (ร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งหมด) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย รับผิดชอบทั้งหมด 4 หมู่บ้าน จำนวน 878 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 3,383 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 536คน คิดเป็นร้อยละ

15.84 ของประชากรทั้งหมดมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน)จำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 90.11 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 9.33 ผู้สูงอายุภาวะติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56 (HDCLOEI, 2566) พบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ 1) ระดับปัจเจกหรือปัญหาของตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และความร่วมมือในการดูแล 2) ระดับครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาความเครียด ขาดเงิน ขาดวัสดุอุปกรณ์ ขาดความรู้ ขาดคนดูแล และการดูแลที่ไม่เหมาะสม 3) ระดับองค์กรเกี่ยวกับปัญหาการขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดงบประมาณ/เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ผู้วิจัยจึงอยากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย เพื่อจะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงทั้งในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย

มกราคม - เมษายน 2567

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากคณะกรรมการของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่
ECLOEI0022/2566 วันที่ 23 มิถุนายน 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

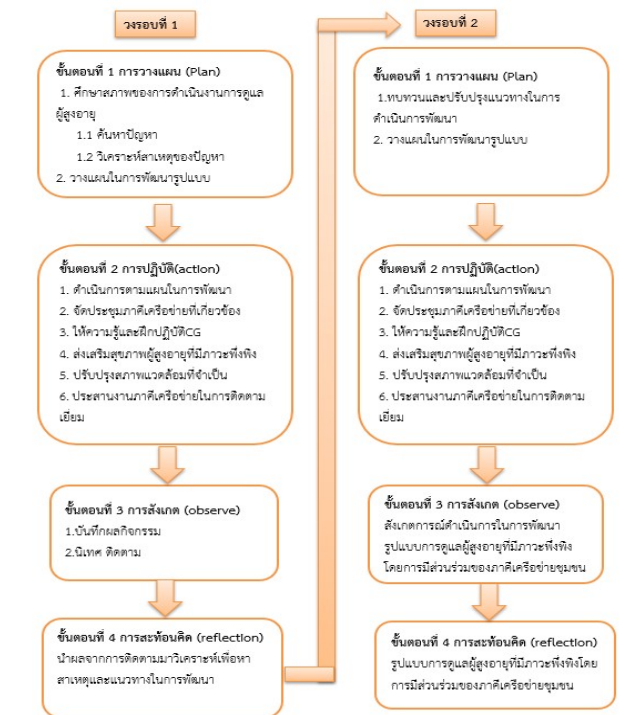
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการใช้รูปแบบการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมี
ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย
อำเภอปากชม จังหวัดเลย โดยใช้แนวคิดการมีส่วน
ร่วมของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis &
McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอน (PAOR) ขั้นตอน
ที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตาม
แผนที่กำหนด (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่
เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นตอนที่
4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)
ดำเนินการจำนวน 2 วนรอบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ประชากร (POPULATION)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 122
คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน
53 คน กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 69 คน คือ
ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน/
กลุ่มติดเตียง จำนวน 53 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4
คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย
จำนวน 1 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วย
พิชัยจำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุองค์การ

บริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย จำนวน 1 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 7 คน

กลุ่มตัวอย่าง (SAMPLE)

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 122 คน โดยได้นำประชากรทั้งหมดมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มีเกณฑ์ในการเลือก ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 50 คน ผู้สูงอายุภาวะติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 3 คน ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน/กลุ่มติดเตียง จำนวน 53 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย จำนวน 1 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย จำนวน 1 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนัดสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ที่บ้านผู้ป่วย จำนวน 2 รอบ ก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatnirunkul et al., 2002) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ ปัจจุบันผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับใครในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Whoqol Bref Thai) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.ด้านร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4.ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยด้านร่างกายเป็นคำถามข้อที่ 1-8 ด้านจิตใจเป็นคำถามข้อที่ 9-14 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นคำถามข้อที่ 15-17 และด้านสิ่งแวดล้อมเป็นคำถามข้อที่ 18-26 แบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert , 1970) 5 ระดับ ระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องในการให้คะแนนและแปลความหมายระดับคุณภาพชีวิต กำหนดดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ (Fisher อ้างถึงในชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539, หน้า 15) ตามแนวคิดของ Likert Rating Scales การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต กำหนดดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง มาก 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด กลุ่มที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการตอบแบบสัมภาษณ์นัดหมายในวันประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยพิชัย จำนวน 2

รอบ ก่อนและหลังดำเนินการ ระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน ประกอบด้วยซึ่งแบบสอบถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งในภาคีเครือข่าย และ ประสบการณ์การทำงาน มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1.ด้านระบบข้อมูลผู้สูงอายุ 2.ด้านการบริหารจัดการ 3.ด้านการจัดบริการ/เข้าถึงบริการ 4.ด้านการกำกับติดตาม 5.ด้านการมีส่วนร่วมในพื้นที่ จำนวน 15 ข้อ โดยด้านระบบข้อมูลผู้สูงอายุเป็นคำถามข้อที่ 1-3 ด้านการบริหารจัดการเป็นคำถามข้อที่ 4-6 ด้านการจัดบริการ/เข้าถึงบริการเป็นคำถามข้อที่ 7-10 ด้านการกำกับติดตามเป็นคำถามข้อที่ 11-12 และด้านการมีส่วนร่วมในพื้นที่เป็นคำถามข้อที่ 13-15 แบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert , 1970) 5 ระดับ โดยมีระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องในการให้คะแนนและแปลความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการศึกษามาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์การทดสอบหาความ
2. การทดสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและแก้ไขเพิ่มเติมแบบสอบถามให้ชัดเจน และเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง ข้อมูลคุณภาพชีวิต ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.95 และความพึงพอใจ ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.85
3. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย จำนวน 30 คน แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ข้อมูลคุณภาพชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88
4. แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาประมวลและวิเคราะห์ผลการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงสาธารณสุขอำเภอปากชมเพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงาว
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับสาธารณสุขอำเภอปากชม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยพิชัย อำเภอปากชม จังหวัดเลย
3. ผู้วิจัยลงไปยังพื้นที่เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้นัดหมาย
5. ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะดำเนินการประเมินผล โดยแบบสัมภาษณ์
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อนำไปจัดระเบียบลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบความสอดคล้องบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอรวมทั้งสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด
3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพึ่งพิง โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เน้นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อนจะนำมาถอดบทเรียนจากกระบวนการที่ได้ดำเนินงานมาใช้ในการสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน (PAOR) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) ดำเนินการจำนวน 2 วนรอบ เกิดรูปแบบ SANGAO Model ดัง

1. S: Stakeholder co-operation การพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในชุมชน
2. A: Activity Daily Living (ADL) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ Caregiver
3. N: Nursing care plan การวางแผนทางการพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดย Care manager ที่ปฏิบัติงานในชุมชน การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) และได้รับการฟื้นฟูศักยภาพเป็นปัจจุบัน

6. O: Outcome ผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมิน
ความสำเร็จของการพัฒนา

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสงวน ตำบลห้วยพิชัย อำเภอกาบัง จังหวัดเลย ควรยึดหลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรเริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด(Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมที่กล่าวมาข้างต้น เกิดรูปแบบ SANGAO Model ดังนี้

S: Stakeholder co-operation การพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

N: Nursing care plan การวางแผนทางการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

G: Goal Setting การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน กระบวนการของการพัฒนา

A: Advance care planning, ACP)การวางแผนดูแลล่วงหน้าคือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และตัวแทนที่มีสุขภาพดีที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจหรือ และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในอนาคต

O: Outcome ผลลัพธ์ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมิน
ความสำเร็จของการพัฒนา

เป็นการสร้างพลังอำนาจ และก่อให้เกิดความ
เข้มแข็งกับชุมชน เป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่แล้วใน
ชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุในชุมชน โดย
อาศัยหลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเข้า



มาร่วมด้วย ประสาน สนับสนุน ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ บูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้นมีความเป็นไปได้จริง และเกิดความยั่งยืนต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, วิฑิตมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิวารวัฒน์(2562) ศึกษาแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมและ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษาสอดคล้องกับวรางคณา ศรีภูวงษ์ (2560-2562) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินการกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของ

เครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ (2561-2562) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม จำนวน 70 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน รวมทั้งหมด 120 คน พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีกครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของชุมชนและวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผน 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผนงานโครงการ 5) นิเทศติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการพัฒนาถอดบทเรียน สรุปปัญหา อุปสรรค ซึ่งจะประสบผลสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และสอดคล้องกับ อาริษา เสาร์แก้ว (2564) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าต้นนาครี โดยมียัตถุประสงค์ดังนี้ 1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้าน 2. เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าต้นนาครีสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

เทศบาลตำบลป่าต้นนาคร้ว ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน ผลการศึกษา พบว่าภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิต ระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ การยอมรับรูปร่างหน้าตา และทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันแม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลตามลำดับ สำหรับการกำหนดแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) การวางแผนให้ความรู้เรื่องการทากายภาพบำบัด และการดูแลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลืดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) จัดหาอุปกรณ์ช่วยด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม 3) ออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน 4) ให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การทำบุญ การจัดกิจกรรมพบปะซึ่งกันและกัน 5) ผสานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การซ่อมแซมบ้าน รวมถึงสนับสนุนการฝึกอาชีพที่เหมาะสม

2.ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน
เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง

2.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน (n=53) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วงรอบที่ 2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีค่าเฉลี่ย 3.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.12)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน (n=53)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
วงรอบที่1	2.83	0.14	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
วงรอบที่2	3.83	0.12	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน (n=53) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วงรอบที่ 2 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีค่าเฉลี่ย 3.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.12)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(ภาคีเครือข่าย)ก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน (n=69)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
วงรอบที่1	3.78	0.06	ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
วงรอบที่2	4.55	0.04	ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มที่ 2 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องข้อมูลความพึงพอใจ ก่อนและหลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน (n=69) พบว่าข้อมูลความพึงพอใจ วงรอบที่ 2 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 91 มีค่าเฉลี่ย 4.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.04)

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสงาว ตำบลห้วยพิชัย อำเภอกุดชุมหะ จังหวัดเลย เน้นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อนจะ

นำมาถอดบทเรียนจากกระบวนการที่ได้ดำเนินงานมาใช้ในการสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(ภาคีเครือข่าย) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนไปปรับใช้ตามบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสงาว และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยพิชัย ที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจ ขอขอบคุณบิดามารดาที่ให้ชีวิต อบรมสั่งสอนด้วยความรักและเมตตา ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญารัตน์ กัญญาภาณูจันและคณะ(2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ร่วม ของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัด อุบลราชธานี. มนุษยสังคมสาร (มสส.) ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) 2562
2. ชวลิต สวัสดิ์ผลและคณะ(2559).การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของไทย. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
3. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และคณะ(2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. ธิดิรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ (2561). แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
5. ประจักษ์ ทรัพย์มณีและมูทิตา มุสิกการยกุล (2558). การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนครราชสีมา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2558)
6. ประภาพร จินันทุยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม(2564). ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.11 (2) .พฤษภาคม-สิงหาคม 2564
8. ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์และความต้องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล
9. เลอศักดิ์ จันทน์น้อย(2562).การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน ตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง
10. วรางคณา ศรีภูวงษ์ (2560-2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา.10 (2). กรกฎาคม – ธันวาคม 2563
11. ศศิรินทร์ สายแวว. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน สิทธิ

- โชค วรรณสันติกุล. (2546). จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์. ซีเอ็ด.
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
13. สิตานัน จันทรโต และพงศ์พิษณุ บุญดา (2560). ผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะผู้ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 1 สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพ.(2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2561). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร
15. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ(2563). รายงานประจำปี 2563.กรุงเทพมหานคร
16. อรพรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง และพรณิภา ไชยรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 1(2), 39-54

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

การปฏิเสธความรับผิดชอบ

"วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ใช้คำย่อว่า JOLOPO) ไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อการผิดพลาดหรือความไม่ถูกต้องของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือต่อความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากการใช้เนื้อหาในวารสาร ซึ่งทรงคุณค่าและความคิดเห็นที่ปรากฏในวารสารเป็นของผู้เขียนและไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงบรรณาธิการหรือผู้จัดพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้แต่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการขออนุญาตใช้ อ้างอิงหรือขอลิขสิทธิ์การใช้ สำหรับเนื้อหาที่เผยแพร่หรือรวมอยู่ในบทความของแต่ละผู้พิมพ์ ผลการวิจัยและความคิดเห็นที่แสดงในบทความเป็นทรงคุณค่าส่วนบุคคลของผู้เขียนและผู้แต่งที่ต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้อง โดยทาง วารสาร JOLOPO จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากการใช้หรือการใช้เนื้อหาของวารสารหรือจากการละเมิดสิทธิ์ของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับวารสาร"

วารสารไม่รับรองหรือรับประกันไม่ว่าโดยชัดแจ้งหรือโดยปริยาย เกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม เช่น ความถูกต้องของการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัย ความเหมาะสมอื่น ๆ ความน่าเชื่อถือ และจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ แม้ว่าจะได้รับแจ้งว่าอาจเกิดความเสียหาย สูญเสียและหรือได้รับความเดือดร้อน หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ดังนั้น ผู้ใช้ ผู้อ่าน ยอมรับและตกลงโดย ชัดแจ้งว่า อีกทั้งต้องตระหนักดีว่าวารสารฯ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบใด ๆ ของผู้ใช้ ผู้อ่านเอกสารวิชาการนี้ทั้งสิ้น อนึ่ง บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์



ดร.ชินกร สุธิมงคล

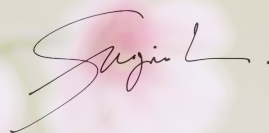
บรรณาธิการบริหาร

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

1 ธันวาคม 2566

DISCLAIMER

"The Journal of Loei Provincial Public Health Office (JOLOPO) is not responsible for any errors or inaccuracies in the articles published in the journal or for any damages resulting from the use of its contents. The views and opinions expressed in the journal are those of the authors and do not necessarily reflect those of the editors or publisher. It is the responsibility of the authors to obtain permission for any previously published or copyrighted material included in their articles. The research findings and opinions expressed in the articles are the personal views of the authors, and the authors are responsible for their accuracy. The JOLOPO will not be held liable for any damages resulting from the use or application of the contents of the journal or from any violations of other parties' rights in connection with the journal". Additionally, articles published in the journal are protected by copyright laws.



Chinakorn Sujimongkol, Dr.PH

Editor-in-chief

Journal of Loei Provincial Public Health Office

January 1, 2566 BE

