



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3/2568 (กันยายน - ธันวาคม 2568)

VOLUME 2 ISSUE 3 SEPTEMBER - DECEMBER 2025



ISSN 3056-9206





วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

ชื่อหนังสือ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ISSN 3056-9206 (Online)
พิมพ์ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2568



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

ความเป็นมา

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จัดทำขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข โดยเริ่มจัดทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2567 ภายใต้การดำเนินงานของกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการผลิตและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขในทุกมิติ ทั้งนี้ วารสารมีแนวทางในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งยกระดับมาตรฐานการบริหารจัดการวารสารและคุณภาพของบทความให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) เพื่อเตรียมความพร้อมในการสมัครเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 ในอนาคตอันใกล้

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) และการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีกำหนดตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ออกสู่สาธารณะ

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงาน วิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการ สาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กำหนดการตีพิมพ์

วารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก

ฉบับที่ 1 มกราคม –เมษายน (Volume 1: January - April)

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –สิงหาคม (Volume 2: May - August)

ฉบับที่ 3 กันยายน –ธันวาคม (Volume 3: September - December)

บรรณาธิการ

นายแพทย์เอกชัย คำลือ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

รองบรรณาธิการ

ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นายอนุรักษ์ ศรีใจ

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการภายใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

นายณรงค์ ลือชา

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)

นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นางรัตนา รัชตพิสิฐกร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เภสัชกรเกียรติชัย สุภามณี

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

เภสัชกรจิตติมา วุฒิอิน

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

ทันตแพทย์หญิงรุจิรา แสนดี

ทันตแพทย์ชำนาญการ

นายอนุสิทธิ์ เหมืองหม้อ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ดร.อนุพงษ์ พูลพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายกฤษดา ปาสาลี

นักสาธารณสุขชำนาญการ

บรรณาธิการภายนอก “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นางขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นางเสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ สังวาระนนท์	อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยย่นเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยย่นเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ โพธิ์อ่ำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยย่นเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวี	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินัญฐิณีย์ จิตคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
นายอภิชาติ ใจใหม่	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
นางสาวดุขฎิ ก้อนอาทร	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
นายแพทย์ธวัชชัย ใจคำวัง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร
ดร.นายแพทย์ศิริศักดิ์ นันทะ	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย
แพทย์หญิงเยาวลักษณ์ จรรย์พงศ์ไพบูลย์	รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นางสาวจิราภรณ์ แสงสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวจันทร์จิรา อยู่เกียรติกุล	นักสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้ช่วยเลขานุการกองบรรณาธิการ

นายสุธรรม คำวะรัตน์	นักทรัพยากรบุคคล
นายภรณ์ ธนวงค์	นักทรัพยากรบุคคล
นางสาวนริรัตน์ เอลานี คริสติน	นักทรัพยากรบุคคล

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายสาธิต มุรินทร์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
-------------------	---------------------------------

ประเภทของบทความ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) รับผิดชอบบทความ 4 ประเภท (section) ดังนี้

1. บทความวิจัย (Original Article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัย ของงานวิจัยนั้นๆ ให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความ ตามโครงสร้างองค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา

>>วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย: JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3/2568 (กันยายน – ธันวาคม 2568)

หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) หมายถึง บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆงานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ หรือผลงานวิชาการอื่นๆจนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

4. การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) หมายถึง ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับกรณีหรือระบบใดๆที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจง ณ ช่วงเวลานั้นๆ เน้นทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างละเอียดเจาะลึก (In-depth Study) และเป็นองค์รวม โดยนักวิจัยจะต้องเข้าไปศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในสภาพแวดล้อมจริงมิได้มีการควบคุมตัวแปรใดๆ และนำความรู้ความจริงที่ได้มาวิเคราะห์และตีความหมาย เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมสถานการณ์ที่เป็นอยู่ อันนำไปสู่การค้นหาแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่อไป

ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวธรรมดาจัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง
- สังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

- เป็นข้อความที่กล่าวถึงผลงานและแสดงความขอบคุณบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความช่วยเหลือต่างๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิกแทนลำดับเอกสารที่อ้างอิงโดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviors among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-23.

>>วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย: JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3/2568 (กันยายน – ธันวาคม 2568)

กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet]. 2012 [Cited 2019 June 10]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับท้ายของปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิจัย และนวัตกรรมด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรในพื้นที่ อันสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในฉบับนี้ ครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต การพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพผู้บริหารด้านสาธารณสุข การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดการกลับมารักษาซ้ำ และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งล้วนมีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือและจังหวัดเชียงราย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประเมินบทความทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและความเชี่ยวชาญในการสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารให้เป็นไปตามหลักวิชาการและจริยธรรมการวิจัย รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีส่วนช่วยให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน นักวิชาการ และบุคลากรด้านสาธารณสุข และสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เนื่องในโอกาสขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2569 ในนามของกองบรรณาธิการวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ขอส่งความปรารถนาดีและคำอวยพรไปยังผู้อ่าน นักวิชาการ และบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกท่าน ขอให้ประสบแต่ความสุข ความสำเร็จ มีสุขภาพแข็งแรง และมีกำลังใจในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนตลอดปีใหม่นี้

นายแพทย์เอกชัย คำลือ

บรรณาธิการ “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

30 ธันวาคม 2568

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLES)

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย <i>โดย เสาวลักษณ์ สิริลักษณ์</i>	1
รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย <i>โดย อนุพงษ์ พูลพร</i>	15
การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำ ในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย <i>โดย สินีนาฏ ทองสุข</i>	30
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ <i>โดย จรรย์ญา เรือนมูล</i>	42
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย <i>โดย พนาวัน พรหมเผ่า</i>	62

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

เสาวลักษณ์ สิริลักษณ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยมุ่งเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดระยะเวลาในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งเสริมสร้างสมรรถนะและความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน

การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 64 คน แบ่งเป็น 2 วงรอบ วงรอบละ 32 คน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ McNemar's test, Wilcoxon Signed Rank test, Paired t-test การวิเคราะห์เนื้อหา และ SWOT analysis ร่วมกับกรอบแนวคิด PARISHS

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 25.0 เหลือร้อยละ 9.4 ($p < 0.05$) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลงจาก 7.0 ± 2.1 วัน เหลือ 4.0 ± 1.5 วัน ($p < 0.001$) และคะแนน NEWS ลดลงจาก 8.0 ± 2.3 เหลือ 4.0 ± 1.8 ($p < 0.001$) ขณะที่คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 12.0 ± 2.5 เป็น 18.0 ± 1.2 ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจระดับสูง (4.3 ± 0.5) นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.7 และเวลาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้ยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 55.6 ข้อเสนอแนะคือควรขยายผลการใช้แนวปฏิบัติไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสนับสนุนการคัดกรองเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, คะแนน NEWS

*โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Saowalux Sirilux E-mail: saowaluxdreammy@gmail.com

Received: 29 July 2025 Revised: 29 August 2025 Accepted: 29 September 2025

Development and evaluation of nursing practice guidelines for screening patients with sepsis in the emergency and forensic department at Thoeng hospital, Chiang Rai province

Development and evaluation of nursing practice guidelines for screening patients with sepsis in the emergency and forensic department at Thoeng hospital, Chiang Rai province

Saowalux Sirilux *

ABSTRACT

This action research aimed to develop and evaluate nursing practice guidelines for sepsis screening tailored to the context of Thoeng Hospital, Chiang Rai Province. The objectives were to improve early patient identification, reduce treatment delays, and decrease mortality rates, while simultaneously enhancing nurses' competencies and satisfaction in clinical practice.

The study was conducted from December 2024 to May 2025 at the Emergency and Forensic Department of Thoeng Hospital. Participants included 15 registered nurses and 64 sepsis patients, divided into two cycles of 32 patients each. The research followed four steps of the action research cycle: planning, acting, observing, and reflecting. Data collection tools included a nurse knowledge assessment, satisfaction questionnaire, and patient record forms. Data were analyzed using McNemar's test, Wilcoxon Signed Rank test, Paired t-test, content analysis, and SWOT analysis within the PARIHS framework.

Results indicated that patient mortality significantly decreased from 25.0% to 9.4% ($p < 0.05$), hospital length of stay reduced from 7.0 ± 2.1 to 4.0 ± 1.5 days ($p < 0.001$), and NEWS scores decreased from 8.0 ± 2.3 to 4.0 ± 1.8 ($p < 0.001$). Nurses' knowledge scores improved from 12.0 ± 2.5 to 18.0 ± 1.2 ($p < 0.001$), with a high satisfaction level (4.3 ± 0.5). Additionally, the number of screened patients increased by 66.7%, while laboratory testing and antibiotic administration times decreased by 55.6%. It is recommended that the guidelines be expanded to other community hospitals and supported by technological systems to strengthen sustainable screening efficiency.

Keywords: sepsis screening, nursing practice guidelines,, NEWS score

*Thoeng Hospital Chiangrai Province

Corresponding Author: Saowalux Sirilux E-mail: saowaluxdreammy@gmail.com

Received: 29 July 2025 Revised: 29 August 2025 Accepted: 29 September 2025

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ จนนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะสำคัญหลายระบบ¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านรายต่อปี และเสียชีวิตถึง 11 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ของการเสียชีวิตทั้งหมด² การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิต โดยการล่าช้าในการให้ยาปฏิชีวนะทุก 1 ชั่วโมงจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.6³ ด้วยเหตุนี้ Surviving Sepsis Campaign จึงกำหนดแนวทางการรักษาภายในชั่วโมงทองที่เน้นการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย⁴

ในประเทศไทย การศึกษาล่าสุดพบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด⁵ โดยเฉพาะในภาคเหนือ มีเพียงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองอย่างเหมาะสม⁶ การคัดกรองผู้ป่วยในท้องฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม⁷ การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองสามารถลดเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ นอกจากนี้ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้เครื่องมือคัดกรองยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ⁹

โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564–2566) พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 113, 80 และ 113 รายตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.19-8.75 ที่สำคัญคือในปี พ.ศ. 2566 มีเพียงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 90 ตามแนวทางของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย¹⁰ สาเหตุหลักมาจากการขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการคัดกรองผู้ป่วยแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการใช้เครื่องมือคัดกรองและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแต่การศึกษาส่วนใหญ่มักดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรเพียงพอ ยังขาดการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรที่แตกต่างกัน¹¹ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาเน้นที่ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นหลัก แต่ยังขาดการประเมินผลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมุมมองของบุคลากร กระบวนการทำงาน และความยั่งยืนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในมิติของผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และระบบบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง ลดระยะเวลาในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ต่อไป

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเทิง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ทั้งในมิติของผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และระบบบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งเหมาะสมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในหน่วยงานบริการสุขภาพ เนื่องจากเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการปรับใช้จริงในบริบทงาน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระดับองค์กรและสร้างความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลง¹³ ดำเนินการวิจัยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ (n=15) กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=64)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- กลุ่มที่ 1** พยาบาลวิชาชีพ (n=15)
- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทิง

- มีความเต็มใจและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=64)

- คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย Power analysis โดยใช้ G*Power 3.1 กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, Power = 0.80, Effect size = 0.5 (medium effect) จากการศึกษาสำรอง ได้ขนาดตัวอย่าง 32 คนต่อวงรอบ รวม 64 คน
- อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - มีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้แก่ มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย $> 38^{\circ}\text{C}$ หรือ $< 36^{\circ}\text{C}$) หรือ มีอาการสงสัยการติดเชื้อ (เช่น ทนาวสั่น, เหงื่อออก, เซื่องซึม) ร่วมกับมีอาการแสดงของการทำงานของอวัยวะล้มเหลวอย่างน้อย 1 ระบบ
 - เข้ารับการรักษาครั้งแรกในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเทิง
 - ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
 - ได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- กลุ่มที่ 1** พยาบาลวิชาชีพ (n=15)
- พยาบาลที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยระยะยาว/ พยาบาลที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย
- กลุ่มที่ 2** ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=64)
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal illness) ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
 - ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะมาถึงโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาขึ้นจาก

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

การทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ค่า IOC = 0.93)

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และคะแนน NEWS (ค่า IOC = 0.8)

3. แบบประเมินความรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.86)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.92)

5. แบบบันทึกข้อมูลระบบบริการ ประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง ระยะเวลาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะ (ค่า IOC = 0.85)

วิธีรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานตามกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 2 วงรอบ (Cycle)

วงรอบที่ 1 (ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) ระยะเตรียมการและพัฒนาแนวปฏิบัติ ศึกษาศานการณั้ และวิเคราะห์ปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เก็บข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Act) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดประชุมทีมติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติระหว่างทดลองใช้

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observe) ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลระบบบริการ สังเกตและบันทึกปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ระยะปรับปรุงแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้น้แนวปฏิบัติ จัดประชุม ทีมเพื่อทบทวนผลลัพธ์ปรับเปลี่ยนวิธีการหรือขั้นตอนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เตรียมความพร้อมสำหรับวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 (มีนาคม 2568 – พฤษภาคม 2568)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) วิเคราะห์ข้อมูลจากวงรอบแรกเพื่อกำหนดแนวทางการขยายผล และปรับระบบงาน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Act) พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรอง อบรมการใช้แนวปฏิบัติให้พยาบาลห้องฉุกเฉิน นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วมาใช้จริง ขยายการใช้แนวปฏิบัติแบบเต็มรูปแบบตลอดทุกเวรทั้งในและนอกเวลาราชการ

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observe) ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับปรุงรอบ 2 ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย บุคลากร และระบบบริการ สังเกตและบันทึกปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ระยะสรุปผลและเขียนรายงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ จัดประชุม ทีมเพื่อสรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงสรุปและเขียนรายงานการวิจัย **สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ อัตราการเสียชีวิต: McNem ระยะเวลารอดโรงพยาบาล คะแนน NEWS คะแนนความรู้: Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed Rank test ตามความเหมาะสม วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=64)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	59.40
หญิง	26	40.60
อายุ (ปี)		
Mean ± SD	65.3±14.7	
18-59	22	34.40

เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs¹⁶

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO NO.116/2567 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1. ระบบการคัดกรองด้วย NEWS Score ที่มีการกำหนดเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน NEWS (0-4, 5-6, และ ≥7) พร้อมกำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรง 2. ระบบการจัดการที่รวดเร็วครอบคลุมตั้งแต่การประเมินอาการเริ่มต้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และการให้การรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 3. ระบบการติดตามและประเมินผล ที่มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง การเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการติดตามปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม.

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=64) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
60-79	30	46.90
≥80	12	18.70
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	28	43.80
ความดันโลหิตสูง	32	50.00
โรคไต	15	23.40
โรคหัวใจ	10	15.60
แหล่งติดเชื้อ		
ระบบทางเดินหายใจ	25	39.10
ระบบทางเดินปัสสาวะ	20	31.30
ระบบทางเดินอาหาร	12	18.80
อื่นๆ	7	10.80

ตารางที่ 2 ข้อมูลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n = 15)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ย ± SD
เพศ			
- หญิง	13	86.7	
- ชาย	2	13.3	
อายุ (ปี)	-	-	32.5 ± 6.8
ประสบการณ์ในห้องฉุกเฉิน (ปี)	-	-	5.2 ± 3.4

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	ก่อน (n=32)	หลัง (n=32)	% การเปลี่ยนแปลง	p-value
อัตราการเสียชีวิต n (%)	8 (25.0)	3 (9.4)	-62.5	< 0.005*
ระยะเวลานอน รพ. (วัน) Mean ± SD	7.0±2.1	4.0±1.5	-42.9	<0.001**
คะแนน NEWS Mean ± SD	8.0±2.3	4.0±1.8	-50.0	<0.001**

*McNemar's test, **Wilcoxon Signed Rank test

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

อัตราการเสียชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 25.0 เหลือร้อยละ 9.4 ($p<0.05$) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 62.5

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 7 วัน เหลือ 4 วัน ($p<0.001$)คิดเป็นการลดลงร้อยละ 42.9 ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ

ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาคะแนน NEWS (National Early Warning Score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 8 คะแนน เหลือ 4 คะแนน ($p<0.001$) แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและรักษาได้เร็วขึ้น ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรพยาบาล

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	% การเปลี่ยนแปลง	p-value
คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 20) Mean ± SD	12.0±2.5	18.0±1.2	+50.0	<0.001*
ความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 5) Mean ± SD	-	4.3±0.5	-	-

*Paired t-test

ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 12 คะแนน เป็น 18 คะแนน ($p<0.001$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ความพึงพอใจ พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.7)

มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุด โดยให้คะแนนเฉลี่ย 4.3 จาก 5 คะแนน

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	% การเปลี่ยนแปลง	p-value
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง/เดือน	9	15	+66.7	0.012*
เวลาส่ง Lab (นาที) Mean ± SD	45.0±8.5	20.0±5.2	-55.6	<0.001**
เวลาให้ยาปฏิชีวนะ (นาที)Mean ±SD	90.0±15.3	40.0±10.2	-55.6	<0.001**

*McNemar's test, **Paired t-test

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 9 ราย เป็น 15 รายต่อเดือน ($p=0.012$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.7 แสดงว่าพยาบาลมีความตระหนักและสามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น แสดงถึงประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ดีขึ้น

ระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 90 นาที เหลือ 40 นาที ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงตามแนวปฏิบัติ

ระยะเวลาในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 45 นาที เหลือ 20 นาที ($p<0.001$) ซึ่งส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ
จากการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs¹⁶ พบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น:

1. ปัจจัยสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ได้แก่ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ การมีเครื่องมือช่วยในการคัดกรองการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การ

ฝึกอบรมที่เข้มข้น และการสนับสนุนจากผู้บริหาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ “ทีมแพทย์เชื่อมั่นในการประเมินของพยาบาลมากขึ้น” (พยาบาล คนที่ 1) “การอบรมทำให้เข้าใจและมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติมากขึ้น” (พยาบาล คนที่ 7) “แนวปฏิบัติชัดเจนมาก มี step ที่ทำตามได้ง่าย แค่ว่า NEWS score ก็รู้ว่าต้องทำอะไรต่อ” (พยาบาล คนที่ 8)

2. อุปสรรคในการปฏิบัติ ได้แก่ ความไม่คุ้นเคยกับระบบใหม่ ช่วงแรกยังขาดความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติและภาระงานที่มากในบางช่วงเวลาทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่ครบถ้วน “ช่วงแรกยังไม่คุ้นเคย ใช้เวลาประเมินนานกว่าเดิม” (พยาบาล คนที่ 5) “บางครั้งผู้ป่วยมาพร้อมกันหลายคน ทำให้การประเมินล่าช้า” (พยาบาล คนที่ 9)

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบเตือน (Alert system) อัตโนมัติ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น “น่าจะพัฒนาเป็น mobile app จะได้คำนวณ score ได้เร็วขึ้น” (พยาบาล คนที่ 10)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

Strengths (จุดแข็ง) แนวปฏิบัติชัดเจน ใช้งานง่าย ทีมพยาบาลมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือ มีการสนับสนุนจากผู้บริหาร

Weaknesses (จุดอ่อน) บุคลากรบางส่วนยังไม่คุ้นเคย และภาระงานสูงช่วงเร่งด่วน

Opportunities (โอกาส) การพัฒนา alert system อัตโนมัติ และการต่อยอดแนวปฏิบัติในหน่วยงานอื่น

Threats (อุปสรรค) ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงแรก ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรในช่วงนอกเวลาราชการ

การวิเคราะห์ตามกรอบ PARIHS

Evidence (หลักฐานเชิงประจักษ์) แนวปฏิบัติอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ high (Systematic review) มีการปรับให้เหมาะกับบริบท (Context-based adaptation) ผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาอื่น

Context (บริบท) วัฒนธรรมองค์กรสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง (Change readiness score = 4.2/5)

Facilitation (การอำนวยความสะดวก) การฝึกอบรมครอบคลุมร้อยละ 100 ของบุคลากร มีระบบ feedback และ monitoring ต่อเนื่อง การประชุมทบทวนรายเดือน การมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้มแข็ง บริบทที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง และการอำนวยความสะดวกที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยเฉพาะการอบรมและระบบติดตามอย่างสม่ำเสมอ. **สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

1. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการลดอัตราการเสียชีวิต การที่อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 9.4 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 62.5 ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Townsend และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการปฏิบัติตาม Early Management Bundle (SEP-1) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Medicare ได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Surviving Sepsis Campaign Guidelines⁴ ที่เน้นการรักษา

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

ภายใน "ชั่วโมงทอง" ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎี "Time is Tissue" ของ Rivers และคณะ¹⁷ ที่ระบุว่า การล่าช้าในการรักษาทุก 1 ชั่วโมงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.6 ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย¹⁸ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติคัดกรองด้วย NEWS score ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 45-60 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีผลดีกว่า อาจเนื่องจากการบูรณาการระบบการจัดการที่รวดเร็วและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลจาก 7 วันเหลือ 4 วัน (ลดลงร้อยละ 42.9) ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ผลลัพธ์นี้สนับสนุนกับแนวคิดของ Salomão และคณะ¹⁹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาระของโรคได้อย่างมาก โดยเฉพาะในบริบทที่มีทรัพยากรจำกัด จากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลเบื้องต้น การลดวันนอนโรงพยาบาล 1 วันในผู้ป่วย sepsis สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 5,000-8,000 บาทต่อราย⁶ ดังนั้น การลดวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน จึงประหยัดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 15,000-24,000 บาทต่อราย ซึ่งมีนัยสำคัญทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

3. การประยุกต์ใช้ NEWS Score ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การใช้ NEWS Score เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ และคู่มือการดูแลผู้ป่วย

Sepsis ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย⁷ การที่คะแนน NEWS ลดลงจาก 8 เหลือ 4 คะแนนแสดงถึงประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ผลการศึกษานับสนุนทฤษฎี Early Warning System ของ Morgan และคณะ²⁰ ที่ว่าการมีระบบเตือนภัยล่วงหน้าช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง²¹ พบว่าการใช้ NEWS Score อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล

4. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและการเรียนรู้ขององค์กร ผลลัพธ์ด้านบุคลากรแสดงให้เห็นว่าพยาบาล มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 (จาก 12 เป็น 18 คะแนน, $p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับสูง (ร้อยละ 86.7) สอดคล้องกับทฤษฎี Adult Learning ของ Knowles²² ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การใช้ Action Research เป็นกรอบการวิจัยสนับสนุนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ระดับองค์กร (Organizational Learning)²³ การที่พยาบาลเสนอให้พัฒนาเป็น mobile app แสดงถึงการคิดริเริ่มและความเป็นเจ้าของ (Ownership) ในการพัฒนางานที่พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

5. ผลกระทบต่อระบบบริการและการทำงาน เป็นทีม การลดระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะจาก 90 นาที เหลือ 40 นาที (ลดลงร้อยละ 55.6) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Surviving Sepsis Campaign 2021⁴ การปรับปรุงนี้เกิดจากการพัฒนาระบบ Fast Track ที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จนถึงการเบิกจ่ายยา การที่ระยะเวลาลดลงสะท้อนถึงการพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Systems Thinking ของ Senge²⁴ ที่เน้นการมองภาพรวมของระบบ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การพัฒนาระบบ Sepsis Fast Track ในโรงพยาบาลชุมชนต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ²⁵ การที่พยาบาลรายงานว่า "ทีมแพทย์เชื่อมั่นในการประเมินของพยาบาลมากขึ้น" สะท้อนถึงการพัฒนา Interprofessional Collaboration ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก²⁶

6. ความท้าทายและข้อจำกัดในบริบท โรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าการศึกษาจะประสบความสำเร็จ แต่ยังพบอุปสรรคเรื่องภาระงานและความไม่คุ้นเคยในช่วงแรก สอดคล้องกับ Change Management Theory ของ Kotter²⁷ ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลาและต้องมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ SWOT และ PARIHS Framework พบว่าปัจจัยสำคัญคือการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แข็งแกร่ง บริบทที่เอื้อ และการอำนวยความสะดวกที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสำเร็จของการนำ Evidence-based Practice ไปใช้ใน

โรงพยาบาลชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้²⁸ สิ่งที่น่าสนใจคือการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การปรับแนวทางปฏิบัติระดับสากลให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้และให้ผลลัพธ์ที่ดีซึ่งตอบโจทย์ช่องว่างการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมักศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นและการจัดระบบที่เลี้ยง แสดงว่าไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงในพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยทรัพยากรที่จำกัด²⁹

7. การเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติระดับชาติ และสากล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ World Health Organization Global Sepsis Resolution³⁰ ที่เน้นการพัฒนาระบบการคัดกรองและการรักษาที่รวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับ Thai Sepsis Guidelines¹¹ พบว่าการศึกษานี้สามารถบรรลุเป้าหมายการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงได้ในร้อยละ 85 ของผู้ป่วย ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 90 การเปรียบเทียบกับการศึกษาาระดับนานาชาติ พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงร้อยละ 62.5 ในการศึกษาที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบการลดลงร้อยละ 30-40⁸ อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีการบูรณาการหลายมิติและการติดตามอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในแง่ของการออกแบบที่เป็น before-after study ซึ่งอาจมีปัจจัยกวนอื่นๆ และการศึกษาในโรงพยาบาลเดียวอาจจำกัด generalizability ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตคือควรมี

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

การศึกษาแบบ randomized controlled trial ในหลายสถาบัน รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ระยะยาวและวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การออกแบบวิจัย เป็น before-after study ไม่มี control group อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ ระยะเวลาติดตาม 6 เดือน อาจสั้นเกินไปในการประเมินความยั่งยืน External validity ทำในโรงพยาบาลเดียว อาจจำกัดการนำไปใช้ทั่วไป Hawthorne effect การที่บุคลากรรู้ว่าถูกศึกษาอาจส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทิง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานคุณภาพ อายุรแพทย์ แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ให้ความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนางานครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลจากงานวิจัยนี้จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กำหนดเป็นนโยบายโรงพยาบาล บรรจุแนวปฏิบัติคัดกรอง Sepsis ในแผน HA (Hospital Accreditation) ตั้ง

คณะกรรมการ Sepsis Fast Track ขยายผลระดับจังหวัด และ การบรรจุแนวปฏิบัติเป็น clinical practice guideline (CPG) ระดับจังหวัด

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ อบรม NEWS score แก่พยาบาลใหม่ทุกคน และ Refresher training ทุก 6 เดือน พัฒนา Fast Track ส่ง Lab และ เบิกยา เป้าหมายให้ยาใน 30 นาที

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษา RCT (randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ติดตามผลลัพธ์ระยะยาว 90 วัน เปรียบเทียบประสิทธิผลในหลายโรงพยาบาล วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติ พัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อช่วยในการคำนวณ NEWS score

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: WHO; 2020.
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;395(10219):200-11.
3. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, et al. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. N Engl J Med. 2017;376(23):2235-44.

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

4. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-247.
5. สุภาพร ชินชัย, รัชณี จันทร์เพ็ญ, มาลี เอี่ยมสำอางค์. ปัจจัยความสำเร็จในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.* 2566;41(3):234-48.
6. วิชัย เอกพลากร, สมชาย สุระชัย, พรทิพย์ วงศ์แก้ว. การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2566;17(1):89-102.
7. สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย; 2565.
8. Damiani E, Donati A, Serafini G, Rinaldi L, Adrario E, Pelaia P, et al. Effect of performance improvement programs on compliance with sepsis bundles and mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One.* 2015;10(5): e0125827.
9. อภิชัย มงคล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, อรพรรณ โพนกุล. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
10. โรงพยาบาลเทิง. รายงานสถิติผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน พ.ศ. 2564-2566 . เชียงราย: โรงพยาบาลเทิง; 2566.
11. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2565.
12. วิจารย์ พานิช. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม; 2560.
13. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner.* 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบ Sepsis Fast Track ในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
15. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15.
16. Townsend SR, Phillips GS, Duseja R, Tefera L, Cruikshank D, Dickerson R, et al. Effects of compliance with the early management bundle (SEP-1) on mortality changes among Medicare beneficiaries with sepsis: a propensity scores matched cohort study. *Chest.* 2022;161(2):392-406.
17. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2001;345(19):1368-77.
18. สมพร รักษาศิลป์, จันทนา วัฒนภพ, ศิริพร ชัมภลิจิต. ผลของการใช้ NEWS score ในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุดูแลฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

- เชื้อในกระแสเลือด: การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลฉุกเฉิน. 2566;10(2):145-58.
19. Salomão R, Ferreira BL, Salomão MC, Santos SS, Azevedo LCP, Brunialti MKC. Sepsis: evolving concepts and challenges. Braz J Med Biol Res. 2019;52(4):e8595.
20. Morgan RJM, Williams F, Wright MM. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. Clin Intensive Care. 1997;8(2):100.
21. อรพรรณ โตสิงห์, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, นวลจันทร์ ปราบพาล. ประสิทธิภาพของการใช้ NEWS score ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน: การศึกษาพหุสถาบัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2567;35(1):45-58.
22. Knowles MS, Holton EF III, Swanson RA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
23. ปิยะนุช จิตตุนนท์, วิภาดา คุณาวิกติกุล, อาริวรรณ กลั่นกลิ่น. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล: การสร้างการเรียนรู้ระดับองค์กร. วารสารสภาการพยาบาล. 2567;39(1):112-26.
24. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. Rev ed. New York: Doubleday/Currency; 2006.
25. วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมศรี เจริญเกียรติ, ประภาพร สุวรรณ. การพัฒนาระบบ sepsis fast track ในโรงพยาบาลชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2566;16(2):78-91.
26. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
27. Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business Review Press; 2012.
28. สุภาพร ชินชัย, รัชณี จันทร์เพ็ญ, มาลี เอี่ยมสำอางค์. ปัจจัยความสำเร็จในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. 2566;41(3):234-48.
29. พิมพ์ใจ นิภารักษ์, วราภรณ์ บุญเชิด, สุนิสา ชัยมงคล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(2):156-69.
30. World Health Organization. Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. WHA70.7. Geneva: WHO; 2017.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

อนุพงษ์ พูลพร*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ Look - Think - Act มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผ่านกระบวนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และรองหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 48 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบประเมินเชิงสถานการณ์ (2) แบบประเมินข้อมูลป้อนกลับ 360 องศา (3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ (4) แบบสอบถามประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสอดคล้องกับวงจร AR โดยเริ่มจากการสำรวจสถานการณ์ (Look) การวิเคราะห์และสะท้อนผล (Think) และการดำเนินการปรับปรุง (Act) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานใช้สถิติ paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับสมรรถนะก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี (3.92 ± 0.60) โดยทักษะเด่น ได้แก่ การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ (4.05 ± 0.59) และการเรียนรู้ที่จะรักเรียน (4.04 ± 0.58) ส่วนด้านที่ควรพัฒนาคือ การพัฒนาตนเองและผู้อื่นและสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร (3.71 ± 0.64) และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (3.77 ± 0.63) (2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นหรือ CR-EXCEL Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ Competency Assessment, IDP Design, Learning & Development และ Reflection & Monitoring โดยมีระบบสนับสนุนด้านนโยบาย ทรัพยากร และเทคโนโลยี (3) การประเมินผลก่อน - หลัง พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านการพัฒนาตนเองและผู้อื่นและสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กรค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.66 (4) การประเมินประสิทธิผลรูปแบบ พบว่าผู้เข้าร่วมให้คะแนนความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงถึงสูงที่สุดค่าเฉลี่ยรวม 4.52

สรุปได้ว่า CR-EXCEL Model เป็นรูปแบบที่เหมาะสม ปฏิบัติได้จริง และสามารถยกระดับสมรรถนะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้อย่างชัดเจน ทั้งด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการ และทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ จึงควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในระดับจังหวัด พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการใช้แผนพัฒนารายบุคคล (IDP) อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมรรถนะผู้บริหาร, แผนพัฒนารายบุคคล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Anuphong phunpron E-mail: anuphong_phun@hotmail.com

Received: 26 August 2025 Revised: 6 October 2025 Accepted: 9 October 2025

The Development Model of Administrative Competencies for Executives at Chiang Rai
Provincial Public Health Office

Anuphong Phunpron*

ABSTRACT

This study employed Action Research (AR) using the Look–Think–Act cycle. The objective was to develop and evaluate a competency development model for executives at the Chiang Rai Provincial Public Health Office using Individual Development Plans (IDPs). The sample consisted of 48 executives, including heads and deputy heads of divisions, selected purposively between January and December 2024. Research instruments included: (1) a Situational Judgement Test (SJT), (2) a 360-Degree Feedback assessment, (3) semi-structured interviews, and (4) a questionnaire assessing the effectiveness of the developed model.

The results revealed that (1) pre-development competency levels were at a good level (mean = 3.92 ± 0.60). The strongest competencies were teamwork and responsibility (4.05 ± 0.59) and lifelong learning (4.04 ± 0.58), while self- and people development (3.71 ± 0.64) and empathy (3.77 ± 0.63) were areas requiring improvement. (2) The developed CR-EXCEL Model comprised four core components: Competency Assessment, IDP Design, Learning & Development, and Reflection & Monitoring, supported by policies, resources, and technology. (3) Post-test scores significantly improved across all competencies compared with pre-test scores ($p < 0.001$), with the greatest improvement in self- and people development (mean difference = 0.66). (4) Effectiveness evaluation showed that participants rated appropriateness, feasibility, and satisfaction at high to highest levels (overall mean = 4.52).

In conclusion, the CR-EXCEL Model is appropriate, feasible, and effective in enhancing managerial competencies of public health executives, particularly in strategic thinking, management, and interpersonal skills. It should be applied at the provincial level with continuous monitoring and evaluation of IDP implementation.

Keywords: Managerial Competency, Individual Development Plan (IDP), Chiang Rai Provincial Public Health Office

*Chiangrai Provincial Health Office

Corresponding Author: Anuphong phunpron E-mail: anuphong_phun@hotmail.com

Received: 26 August 2025 Revised: 6 October 2025 Accepted: 9 October 2025

บทนำ

การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 มีลักษณะซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงรวดเร็วครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน¹ ดังนั้น ภาวะผู้นำและสมรรถนะของผู้บริหารสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาและการบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่^{2,3}

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปฏิรูประบบราชการและระบบบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะ (Competency Development) ของบุคลากรภาครัฐ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) และนโยบายด้านสุขภาพ⁴ โดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะประจำสายงาน (Functional Competency) เป็นแนวทางในการพัฒนา ขณะเดียวกันยังได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน⁵

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเป็นหน่วยงานที่มีบริบทเฉพาะ เนื่องจากตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ ปัญหาสังคมชายแดน และปัญหามลพิษทางอากาศที่รุนแรง โดยเฉพาะฝุ่นละออง PM2.5 ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกปี⁶ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายต้องมีสมรรถนะรอบด้าน

ทั้งการคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการ การเจรจาต่อรองและสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ตลอดจนการจัดการเชิงนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินทักษะและสมรรถนะของผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายที่ผ่านมา พบว่า แม้ผู้บริหารหลายคนมีความเข้มแข็งด้านการปฏิบัติงานเชิงวิชาการและมีความทุ่มเทต่อองค์กร แต่ยังคงขาดสมรรถนะบางด้านที่จำเป็นต่อการบริหารในศตวรรษที่ 21 เช่น การคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจ (Evidence-based decision making) การวิเคราะห์นโยบาย และการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)⁶ หากไม่มีการพัฒนาสมรรถนะเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้บริหารในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อสถานการณ์จริง นำไปสู่การบริหารที่ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และอาจลดทอนคุณภาพการบริการสุขภาพของประชาชนโดยรวม

ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผ่านกระบวนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น โดยจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ มีทิศทางการเรียนรู้ที่ชัดเจน และยกระดับศักยภาพองค์กรให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและยุทธศาสตร์ชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) โดยใช้แนวคิดของ Stringer⁷ ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ Look - Think - Act เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2567

ขั้นที่ 1 Look การสำรวจและทำความเข้าใจสถานการณ์

- ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบริบทการทำงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย/ เก็บข้อมูลสภาพปัจจุบันของสมรรถนะผู้บริหาร โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินสมรรถนะ และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง/ วิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) เพื่อระบุสมรรถนะที่ต้องพัฒนา

ขั้นที่ 2 Think การวิเคราะห์และสะท้อนผล

- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ เพื่อหาช่องว่างสมรรถนะ (Competency Gap)/ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Focus Group / Workshop) กับผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อร่วมกันตีความผลการประเมินออกแบบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่เชื่อมโยงกับกระบวนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP)

ขั้นที่ 3 Act การดำเนินการและการปรับปรุง

- นำร่องการใช้แผนพัฒนารายบุคคลกับผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย/ ติดตามผลการพัฒนาเป็นระยะ ผ่านการสะท้อนผล (Reflection) และการ

ประชุมร่วม/ ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตามข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และรองหัวหน้ากลุ่มงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานและการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 48 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับเชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ชำนาญการพิเศษ จำนวน 12 คน และชำนาญการ จำนวน 29 คน

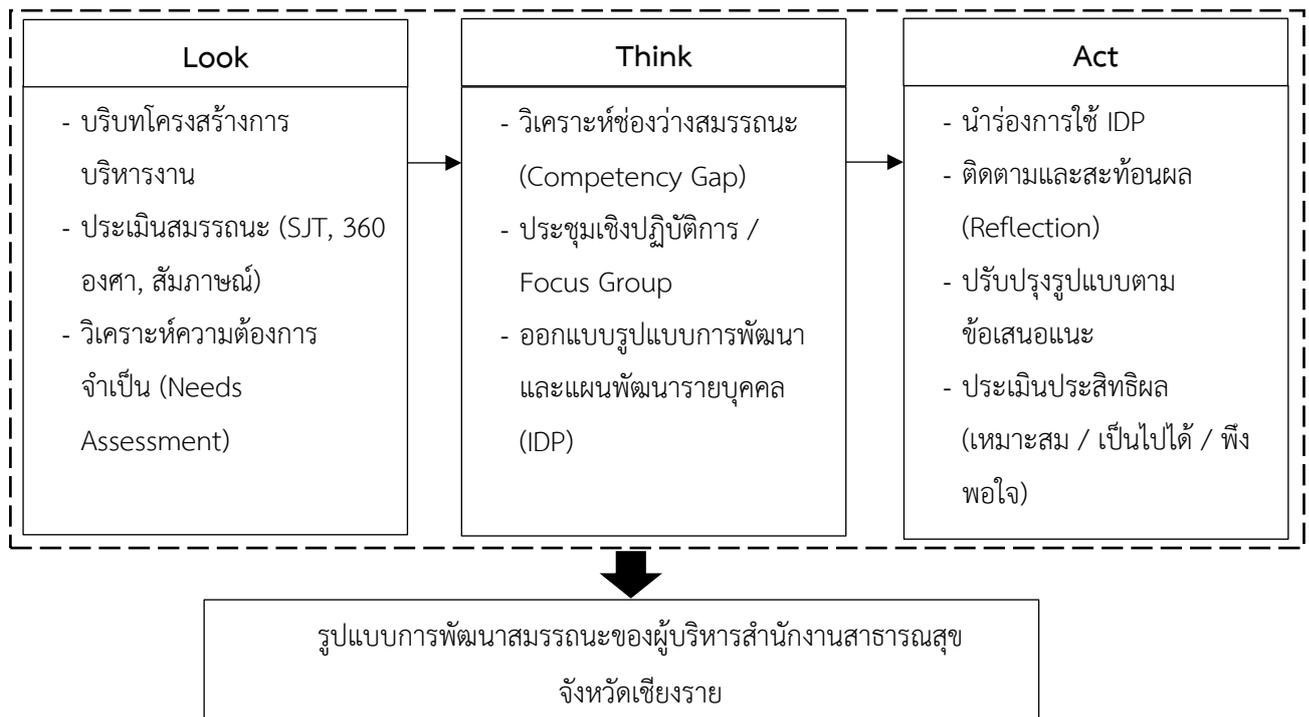
เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หรือรองหัวหน้ากลุ่มงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ณ ช่วงเวลาที่ทำการวิจัย
2. มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อให้มีประสบการณ์เพียงพอในการประเมินสมรรถนะ
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนของโครงการได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนของการวิจัยได้
2. ผู้ที่ลาป่วย ลาพักรักษา หรืออยู่ในช่วงมอบหมายภารกิจพิเศษซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ที่ไม่ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. ใช้เครื่องมือประเมินสมรรถนะนักบริหารระดับสูงจำนวน 2 เครื่องมือ ได้แก่

1.1 แบบประเมินประเภท 360 องศา ใช้เพื่อประเมินสมรรถนะของผู้บริหารใน 14 ด้าน โดยเก็บข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การประเมินตนเอง ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา ใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที การแปลผลคำนวณค่าเฉลี่ยรายสมรรถนะจากทุกแหล่ง เปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองกับผู้อื่นเพื่อหาช่องว่างสมรรถนะ (Competency Gap) และแปลผลตามเกณฑ์ 5 ระดับ (1.00-1.50 = น้อยที่สุด, 1.51-2.50 = น้อย, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 3.51-4.50 = มาก, 4.51-5.00 = มากที่สุด)

1.2 แบบประเมินเชิงสถานการณ์ (Situational Judgement Test: SJT) ใช้สถานการณ์จำลองการบริหารเพื่อวัดสมรรถนะสำคัญ 10 ด้าน เช่น การคิดเชิงกลยุทธ์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการบริหารเวลา ใช้เวลาในการ

ทำประมาณ 90 นาที ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนตามเกณฑ์การปฏิบัติ (Rubric) รายด้าน จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยและจัดระดับคุณภาพตามเกณฑ์ 5 ระดับ (1.00-1.50 = น้อยที่สุด, 1.51-2.50 = น้อย, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 3.51-4.50 = มาก, 4.51-5.00 = มากที่สุด)

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองของผู้บริหารสาธารณสุขต่อสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับความท้าทายในการทำงาน แนวทางการพัฒนาตนเอง และการสร้างเสริมสมรรถนะในระยะยาว

2. แบบสอบถามประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) พร้อมคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ โดยแปลผลตามเกณฑ์ช่วง

คะแนน ได้แก่ 4.51–5.00 = มากที่สุด, 3.51–4.50 = มาก, 2.51–3.50 = ปานกลาง, 1.51–2.50 = น้อย, และ 1.00–1.50 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้

2. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือผ่านการทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถนะ 360 องศา เท่ากับ 0.92 แบบประเมินเชิงสถานการณ์ (SJT) เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ เท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ 0.70 สะท้อนว่าเครื่องมือทั้งหมดมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำมาอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนระดับสมรรถนะในแต่ละด้าน นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์การแจกแจงคะแนน (Score Distribution) เพื่อแสดงภาพรวมของระดับสมรรถนะที่ได้จากการประเมินเชิงสถานการณ์ (Situational Judgment Test: SJT) การประเมินแบบ 360 องศา (360-Degree Feedback)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะก่อนและหลังการพัฒนา

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO no.262/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1) บริบทโครงสร้างการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีโครงสร้างการบริหารงานที่แบ่งออกเป็นสามระดับสำคัญ ได้แก่ ระดับผู้บริหาร ระดับกลุ่มงานภายใน และระดับหน่วยงานในสังกัด โดยในระดับผู้บริหาร ประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัดด้านสาธารณสุข และมีรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สนับสนุนการบริหารและกำกับงานในแต่ละด้านอย่างใกล้ชิด

กลุ่มงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มงานและรองหัวหน้ากลุ่มงานเพื่อรับผิดชอบดูแลภารกิจที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารและการบริการ โดยประกอบด้วยกลุ่มงานทั้งหมด 19 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานกฎหมาย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและชีวอนามัย กลุ่มงานสารนิเทศและอำนวยการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กลุ่มงานการสาธารณสุขชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กลุ่มงานสุขภาพจิตจิตเวช และกลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิตจิตเวช กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร และกลุ่มงานตรวจสอบภายใน ทั้งหมดนี้มีบทบาทเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อขับเคลื่อนการบริหารจัดการสาธารณสุขของจังหวัดเชียงรายให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ชายแดนได้อย่างเหมาะสม

หน่วยงานในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายประกอบด้วยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทั้งหมดนี้ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและสะท้อนปัญหาสุขภาพที่แท้จริงในพื้นที่

ในเชิงกลยุทธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีบทบาทสำคัญในการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังทำหน้าที่กำกับมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่าง ๆ ตลอดจนเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัญหาสาธารณสุขชายแดน รวมถึงการจัดการกับมลพิษสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

1.2) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

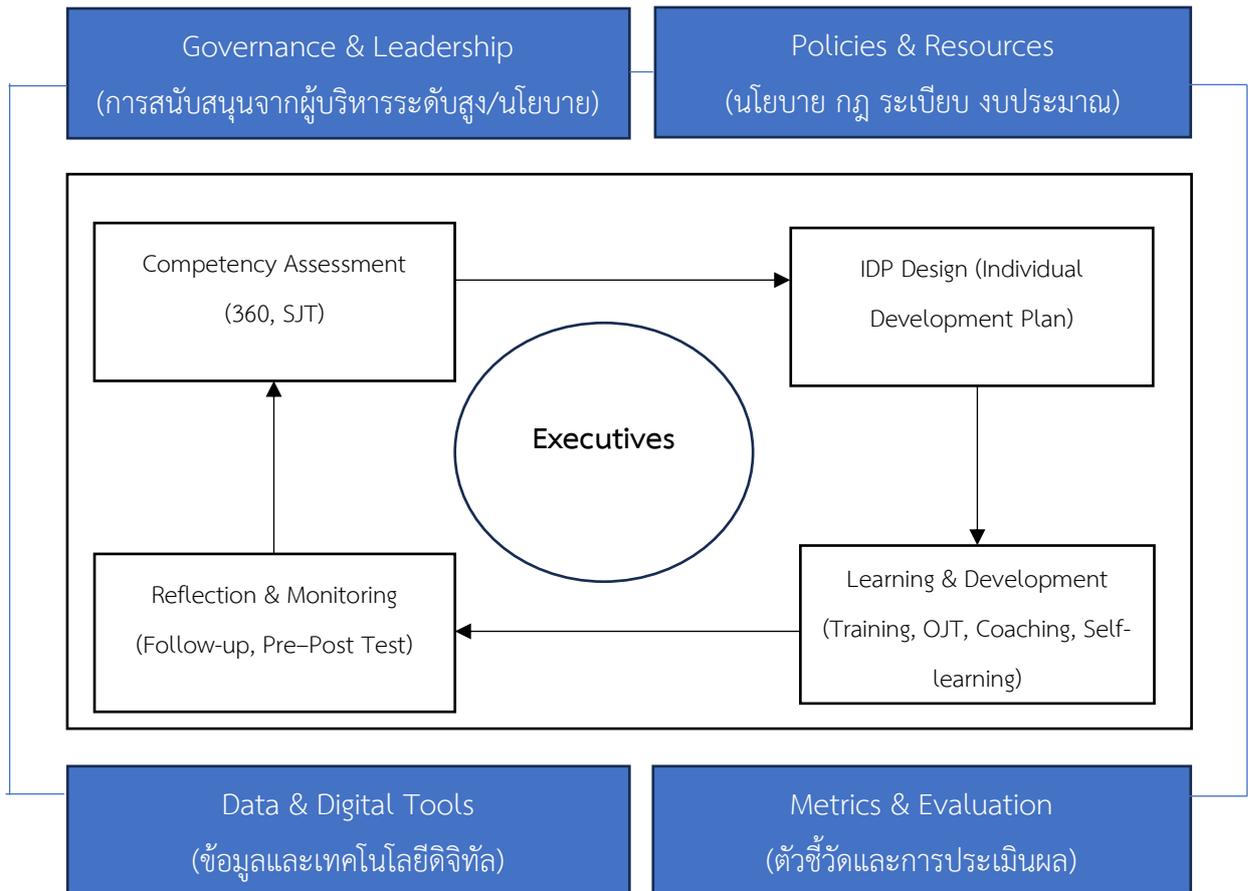
ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (62.5%) มีอายุ 51–60 ปี (41.67%) การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรี (64.58%) และมีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 30 ปี (39.58%) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้บริหารมีคุณวุฒิและประสบการณ์สูง อยู่ในวัยทำงานช่วงปลายใกล้เกษียณ

2. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ทั่วไป

พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หรือ CR-EXCEL Model (Chiang Rai Executive Competency Enhancement & Leadership Model) มีแกนกลางคือ ผู้บริหาร (Executives) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา รอบแกนกลางประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินสมรรถนะ (Competency Assessment) ผ่านเครื่องมือ 360-Degree Feedback, SJT เพื่อค้นหาช่องว่างสมรรถนะที่แท้จริง จากนั้นเข้าสู่กระบวนการ การออกแบบแผนพัฒนารายบุคคล (IDP Design) ที่มุ่งเน้นการกำหนดแนวทางการเรียนรู้เฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม ต่อด้วย การเรียนรู้และการพัฒนา (Learning & Development) ผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น Training, On-the-job Training, Coaching และ Self-learning และปิดท้ายด้วยการสะท้อนผลและการติดตาม (Reflection & Monitoring) ผ่านการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนา (Pre-Post Test) และการติดตามต่อเนื่อง

รอบนอกของโมเดลเป็น สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supporting Environment) ที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย Governance & Leadership หรือการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงและนโยบายกำกับดูแล, Policies & Resources ได้แก่ นโยบาย ระเบียบ และทรัพยากรต่าง ๆ ที่จัดสรรเพื่อการพัฒนา, Data & Digital Tools การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการเรียนรู้ และ Metrics & Evaluation ที่ใช้ตัวชี้วัดและการประเมินผลเพื่อยืนยันความสำเร็จและประสิทธิภาพของการพัฒนา

โดยสรุป CR-EXCEL Model สะท้อนว่า การพัฒนาผู้บริหารตาม CR-EXCEL Model มิได้มุ่งเน้นเฉพาะกิจกรรมการพัฒนาเพียงอย่างเดียว แต่ยังเชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนรอบด้าน ทำให้การพัฒนาสมรรถนะมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และสามารถขยายผลได้จริงในบริบทการบริหารสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 CR-EXCEL Model (Chiang Rai Executive Competency Enhancement & Leadership)

3. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์เฉพาะ

3.1 ผลการศึกษาระดับสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ผลการประเมินสมรรถนะนักบริหารของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายก่อนการพัฒนา (n=48) พบว่า ทุกทักษะอยู่ในระดับดี โดยทักษะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ย 4.05) และการเรียนรู้ที่จะรักเรียน (ค่าเฉลี่ย 4.04) ในขณะที่ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การพัฒนาตนเองและผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 3.71) และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 3.77)

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า การประเมินตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07, การประเมินจากผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 และ การประเมินเชิงสถานการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 โดยมี ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน เท่ากับ 3.92 ซึ่งจัดอยู่ในระดับดี สะท้อนว่าผู้บริหารโดยรวมมีสมรรถนะอยู่ในระดับน่าพึงพอใจ อย่างไรก็ตามยังมีบางทักษะที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้รอบด้าน

ตารางที่ 1 ผลการประเมินทักษะสำหรับนักบริหารโดยรวมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ก่อนการพัฒนา (n=48)

ทักษะสำหรับนักบริหาร	ผลการประเมิน				
	ตนเอง	เชิงสถานการณ์	จากคนอื่น	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์	3.88	3.74	3.86	3.83	ดี
การคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์	3.96	3.65	3.99	3.87	ดี
การเรียนรู้ที่จะรักเรียน	4.23	3.87	4.04	4.04	ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.90	3.79	4.00	3.90	ดี
การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น	3.94	3.37	4.00	3.77	ดี
การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ	4.52	3.39	4.25	4.05	ดี
ทักษะดิจิทัล	4.04	3.89	3.87	3.93	ดี
การยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ	4.41	3.51	4.23	4.05	ดี
การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์	3.96	3.70	3.93	3.86	ดี
การพัฒนาตนเองและผู้อื่น และสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร	4.09	3.00	4.04	3.71	ดี
การสร้างและส่งเสริมให้เกิดการทำงานบูรณาการและความร่วมมืออย่างเต็มที่	4.32	3.71	4.12	4.05	ดี
การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง	4.02	3.62	3.92	3.85	ดี
การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์	3.88	4.02	3.98	3.96	ดี
การสื่อสารและโน้มน้าว	3.90	3.64	3.99	3.84	ดี
ค่าเฉลี่ยภาพรวม	4.07	3.67	4.01	3.92	ดี

3.2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และรองหัวหน้ากลุ่มงานเข้าร่วม ผลการประชุมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารในแต่ละระดับมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะที่แตกต่างกัน โดยผู้บริหารระดับสูงมุ่งเน้นการคิดเชิงกลยุทธ์และการปรับตัวต่อเทคโนโลยี หัวหน้ากลุ่มงานให้

ความสำคัญกับการคิดเชิงวิเคราะห์และการจัดการเชิงระบบ ขณะที่รองหัวหน้ากลุ่มงานเน้นทักษะการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วม ทั้งหมดนี้สะท้อนว่าการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล (IDP) ควบคู่กับกิจกรรมเสริมที่เหมาะสมกับแต่ละระดับตำแหน่ง ถือเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้อย่างครอบคลุมและตรงจุด

ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนมุมมองต่อกระบวนการพัฒนา เช่น ผู้บริหาร A ระบุว่า “การจัดทำ IDP ทำให้เราเห็นภาพชัดขึ้นว่าต้องพัฒนาอะไร ไม่ใช่แค่รู้จักตนเองของตัวเอง แต่ยังได้แนวทางว่าจะพัฒนาอย่างไร” ขณะที่ผู้บริหาร B กล่าวเสริมว่า “กิจกรรมได้ช่วยให้เรามีพื้นที่พูดคุยกับโค้ชและเพื่อนร่วมงาน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง ซึ่งเป็นสิ่งที่หนังสือหรือการอบรมทั่วไปให้ไม่ได้” ในด้านการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning Forum) หัวหน้ากลุ่มงาน C ให้ความเห็นว่า “พอเริ่มเปิดโอกาสให้เราฟังมุมมองของกลุ่มอื่น ทำให้เห็นปัญหาและแนวทางแก้ที่ต่างไปจากที่เราเคยใช้” ส่วนหัวหน้ากลุ่มงาน D กล่าวถึงบรรยากาศว่า “การประชุมลักษณะนี้ทำให้ทีมงานรู้สึกว่าการให้ความสำคัญกับการพัฒนาจริง ๆ ไม่ใช่แค่สั่งการลงมา” สำหรับรองหัวหน้ากลุ่มงาน หลายคนสะท้อนว่าการมีโครงการโค้ชช่วยสร้างแรงบันดาลใจ เช่น รองหัวหน้ากลุ่มงาน A กล่าวไว้ว่า “ผมได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารใหม่ ๆ จากโค้ชที่ช่วยให้การประชุมที่มีประสิทธิภาพขึ้น” และรองหัวหน้ากลุ่มงาน B เน้นว่า “IDP ไม่ได้เป็นแค่เอกสารแต่เป็นเครื่องมือที่เรานำมาใช้จริงในชีวิตการทำงาน”

ข้อมูลจากการประชุมนำไปใช้เป็นฐานในการจัดทำ IDP ซึ่งช่วยให้ผู้บริหารในแต่ละระดับสามารถระบุจุดแข็งและจุดที่ต้องการพัฒนาได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ แผน IDP ถูกกำหนดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับผู้บริหาร ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และระดับรองหัวหน้ากลุ่มงาน ทำให้การพัฒนาสมรรถนะตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละตำแหน่งได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในระยะยาว สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ และเตรียมความพร้อมของผู้บริหารสำหรับการเลื่อนตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น

ในส่วนของการทำงานจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล (IDP) ผู้เข้ารับการประเมินได้กำหนดทักษะที่ต้องการพัฒนาในระยะเวลา 2-12 เดือน โดยในระดับผู้บริหาร

มุ่งเน้นการคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทักษะดิจิทัล ความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการสื่อสารเชิงโน้มน้าว ส่วนสมรรถนะอื่น ๆ เช่น การทำงานร่วมกัน ความรับผิดชอบ การผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และการสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร ถูกระบุในสัดส่วนที่น้อยกว่า

เมื่อได้นำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan: IDP) มาทดลองใช้กับผู้บริหาร หัวหน้า และรองหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 48 คน ผลการประเมินสมรรถนะของผู้บริหารก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนารายบุคคล พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาในทุกด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยทุกทักษะมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดที่ทักษะที่มีการพัฒนามากที่สุดคือ การพัฒนาตนเองและผู้อื่นและการสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร ซึ่งมีค่าความแตกต่างเฉลี่ย 0.66 คะแนน รองลงมาคือ การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการผลักดันให้เกิดนวัตกรรม และการเปลี่ยนแปลง ขณะที่ ทักษะอื่น ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ การคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ รวมถึงการยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ ก็มีการพัฒนาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน แม้ทักษะที่มีการพัฒนาน้อยที่สุดคือ การเรียนรู้ที่จะรักเรียน แต่ก็ยังมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนามาใช้สามารถยกระดับสมรรถนะของนักบริหารได้ครอบคลุมทุกทั้งด้านการคิด การทำงานร่วมกัน ภาวะผู้นำ และทักษะดิจิทัล ซึ่งส่งผลให้ผู้บริหารมีความพร้อมมากขึ้นในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง การพัฒนาทักษะสำหรับนักบริหาร โดยรวมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (n=48)

สมรรถนะ	Pre-test $\bar{x} \pm SD$	Post-test Mean \pm SD	Mean Difference D	t	p-value
การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์	3.83 \pm 0.62	4.31 \pm 0.55	0.48	5.86	<0.001**
การคิดอย่างเป็นระบบและ สร้างสรรค์	3.87 \pm 0.60	4.33 \pm 0.57	0.46	5.61	<0.001**
การเรียนรู้ที่จะรักเรียน	4.04 \pm 0.58	4.39 \pm 0.52	0.35	4.27	<0.001**
การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง	3.90 \pm 0.65	4.35 \pm 0.54	0.45	5.49	<0.001**
การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น	3.77 \pm 0.63	4.36 \pm 0.56	0.59	7.20	<0.001**
การทำงานร่วมกันและความ รับผิดชอบ	4.05 \pm 0.59	4.45 \pm 0.51	0.40	4.88	<0.001**
ทักษะดิจิทัล	3.93 \pm 0.61	4.34 \pm 0.55	0.41	5.00	<0.001**
การยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ	4.05 \pm 0.57	4.46 \pm 0.52	0.41	5.00	<0.001**
การกำหนดวิสัยทัศน์และกล ยุทธ์	3.86 \pm 0.60	4.34 \pm 0.56	0.48	5.86	<0.001**
การพัฒนาตนเองและผู้อื่นและ สร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร	3.71 \pm 0.64	4.37 \pm 0.55	0.66	8.06	<0.001**
การสร้างและส่งเสริมให้เกิดการ ทำงานบูรณาการและความ ร่วมมืออย่างเต็มที่	4.05 \pm 0.58	4.43 \pm 0.53	0.38	4.64	<0.001**
การผลักดันให้เกิดนวัตกรรม และการเปลี่ยนแปลง	3.85 \pm 0.61	4.35 \pm 0.55	0.50	6.10	<0.001**
การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ และผลสัมฤทธิ์	3.96 \pm 0.59	4.35 \pm 0.54	0.39	4.76	<0.001**
ทักษะการสื่อสารโน้มน้าว	3.84 \pm 0.62	4.33 \pm 0.55	0.49	5.98	<0.001**
ค่าเฉลี่ยรวม	3.92 \pm 0.60	4.37 \pm 0.54	0.45	5.62	<0.001**

**p < 0.001 แสดงถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พิจารณาจาก 3 มิติ ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วมการพัฒนา โดยอาศัยแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบว่าผู้เข้าร่วมมีการประเมินในทุกมิติอยู่ในระดับสูงถึงสูงที่สุด โดยในด้าน ความเหมาะสม ได้

ค่าเฉลี่ย 4.62 ± 0.41 อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบที่นำไปใช้นั้นมีความสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นและบริบทขององค์กรอย่างชัดเจน ขณะที่ด้าน ความเป็นไปได้ ได้ค่าเฉลี่ย 4.38 ± 0.52 อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมและกระบวนการพัฒนาสามารถดำเนินการได้จริงและมีความเป็นไปได้สูงในทางปฏิบัติ ส่วนด้าน ความพึงพอใจ ได้ค่าเฉลี่ย 4.55 ± 0.47 อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อเนื้อหา กิจกรรม และวิธีการเรียนรู้ที่ใช้ในการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (n=48)

มิติการประเมิน	ค่าเฉลี่ย \pm SD	ระดับการประเมิน
ความเหมาะสม	4.62 ± 0.41	มากที่สุด
ความเป็นไปได้	4.38 ± 0.52	มาก
ความพึงพอใจ	4.55 ± 0.47	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.52 ± 0.47	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ระดับสมรรถนะของผู้บริหารก่อนการพัฒนา พบว่าผู้บริหารมีสมรรถนะทั้ง 14 ด้านอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 3.92 ด้านที่เด่นคือ การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ย 4.05) และการเรียนรู้ที่จะรักเรียน (ค่าเฉลี่ย 4.04) ขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าคือ การพัฒนาตนเองและผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 3.71) และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 3.77) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการเสริมพลังคนให้เข้มแข็งมากขึ้น

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบ CR-EXCEL Model ขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยใช้กระบวนการต่อเนื่องเป็นวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสมรรถนะ (360 องศา และแบบทดสอบเชิงสถานการณ์) เพื่อค้นหาจุดแข็งและช่องว่างสมรรถนะ การจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) ที่ช่วยกำหนดเป้าหมายและเส้นทางการเรียนรู้เฉพาะบุคคล การเรียนรู้และการพัฒนา ผ่านการอบรม การโค้ช การฝึกในงานจริง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนผลและติดตาม โดยใช้การประเมินก่อน-หลังการ

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

พัฒนาเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีระบบสนับสนุน เช่น นโยบาย ทรัพยากร ข้อมูล และเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการพัฒนาให้เกิดขึ้นจริงและยั่งยืน

ส่วนวัตถุประสงค์ที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่าอยู่ในระดับสูง โดยด้านความเหมาะสมได้ค่าเฉลี่ย 4.62 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้ได้ค่าเฉลี่ย 4.38 อยู่ในระดับมาก และด้านความพึงพอใจได้ค่าเฉลี่ย 4.55 อยู่ในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ CR-EXCEL Model ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อบริบทองค์กร สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และได้รับการยอมรับจากผู้เข้าร่วมในระดับสูง

ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางด้านที่ควรพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาตนเองและผู้อื่น และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น สะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านภาวะผู้นำเชิงมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Boyatzis ที่อธิบายว่าสมรรถนะผู้บริหารครอบคลุมทั้งด้านเทคนิคและด้านอารมณ์ เพื่อสร้างประสิทธิผลในการทำงาน⁸ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องเสริมสร้างสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและมนุษยสัมพันธ์เพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงาน⁹

การนำ CR-EXCEL Model ซึ่งผสมผสานการประเมินสมรรถนะจากหลายแหล่ง (360-Degree Feedback, SJT) และการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) พบว่าช่วยให้ผู้บริหารเห็นช่องว่างสมรรถนะและสามารถออกแบบเส้นทางการเรียนรู้เฉพาะบุคคลได้อย่างมีระบบ ผลลัพธ์คือคะแนนหลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Spencer & Spencer ที่ชี้ว่าการพัฒนาสมรรถนะเชิงระบบสามารถยกระดับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรได้จริง¹⁰ และยังสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่าการใช้

IDP ควบคู่กับกระบวนการมีส่วนร่วมส่งผลต่อการยกระดับสมรรถนะผู้บริหารระดับจังหวัด¹¹

การจัดกิจกรรมหลากหลาย เช่น การอบรม การโค้ช การเรียนรู้ในงานจริง (On-the-job Training: OJT) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning forum) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ McClelland ที่ชี้ว่าการพัฒนาสมรรถนะต้องผสมผสานทั้งการฝึกทักษะ การสะท้อนผล และแรงเสริมเชิงจิตใจ² รวมถึงสอดคล้องกับสุภาวดี ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสาธารณสุขไทยด้วยการโค้ช ซึ่งพบว่าช่วยเสริมทักษะการเป็นผู้นำและการทำงานเชิงกลยุทธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

นอกจากนี้ ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ CR-EXCEL Model ที่อยู่ในระดับสูงทุกมิติ แสดงถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจในการนำไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ Goleman ที่ระบุว่าสมรรถนะต้องเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรเกิดการยอมรับและปรับใช้ในทางปฏิบัติได้จริง¹²

งานวิจัยในประเทศชี้ว่าโมเดลที่เชื่อมโยงการประเมิน การจัดทำ IDP และกิจกรรมโค้ชซึ่งสามารถพัฒนาภาวะผู้นำและทักษะการจัดการเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,14} ขณะเดียวกัน งานวิจัยในประเทศไทย เช่น ของ ก.พ. และกระทรวงสาธารณสุข ก็ยืนยันถึงความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ การคิดวิเคราะห์ และการสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นแกนสำคัญของการบริหารงานสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน¹⁵ ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่ารูปแบบ CR-EXCEL Model มีความเหมาะสม ปฏิบัติได้จริง และสามารถยกระดับสมรรถนะผู้บริหารได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการ และด้านมนุษยสัมพันธ์ และยังมี

ศักยภาพในการขยายผลไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรผลักดันให้ CR-EXCEL Model ถูกบรรจุเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการยกระดับสมรรถนะ

1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุน สำหรับการดำเนินการตามแผนพัฒนารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาเกิดผลในระยะยาว

1.3 ควรกำหนดให้การประเมินสมรรถนะผู้บริหารผ่าน 360-Degree Feedback และ SJT เป็นส่วนหนึ่งของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดให้มีวงรอบการสะท้อนผลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุง IDP

2.2 ควรส่งเสริมให้มี การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและการมีพี่เลี้ยงมากกว่าการอบรมแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้

2.3 ควรพัฒนาระบบ Digital HRD Platform สำหรับบันทึกและติดตามการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลแบบเรียลไทม์ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถประเมินตนเองได้ตลอดเวลา

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ CR-EXCEL Model กับโมเดลการพัฒนาอื่น ๆ ในหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อยืนยันความเป็น Best Practice

3.2 ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อตรวจสอบว่าการพัฒนาสมรรถนะที่เกิดขึ้นสามารถคงอยู่ต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสาธารณสุขจริงหรือไม่

3.3 ควรวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับ สมรรถนะเฉพาะด้าน เช่น สมรรถนะดิจิทัล หรือสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่ตรงประเด็นมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2021.
- 2.McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973;28(1):1-14.
- 3.Boyatzis RE. The competent manager: a model for effective performance. New York: John Wiley & Sons; 1982.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- 5.สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP). กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.; 2563.
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานประจำปี 2566. เชียงราย: สสจ.เชียงราย; 2566.
- 7.Stringer, E. T. Action research: third edition. California: SAGE; 2007.
- 8.Boyatzis RE. The competent manager: A model for effective performance. New York: Wiley; 1982.
- 9.ไปรมา ไวทยาชีวะ, สุตคะนิง ฤทธิฤชัย, และคณะ. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหลักสูตรผู้บริหารสาธารณสุข. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(2):59–70.

10.Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: Models for superior performance. New York: John Wiley & Sons; 1993.

11.วีรชัย บริบูรณ์. การพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากร โดยการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(5):872-77.

12.Goleman D. Emotional intelligence and working with emotional intelligence. New York: Bantam Books; 2004.

13.Bolden R, Gosling J, Marturano A, Dennison P. A review of leadership theory and competency frameworks. Exeter: University of Exeter; 2003.

14.Calhoun JG, Dollett L, Sinioris ME, Wainio JA, Butler PW, Griffith JR, et al. Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. J Healthc Manag. 2008;53(6):375-90.

15.สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.). คู่มือการพัฒนาสมรรถนะและการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP). กรุงเทพฯ: ก.พ.; 2563.18.กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำ ในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

สินีนากู ทองสุข*

บทคัดย่อ

คุณภาพน้ำที่เสื่อมโทรมเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบต่อสุขภาพจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย ผ่านความร่วมมือจากภาครัฐ ภาควิชาการ และชุมชน

การวิจัยดำเนินการโดยใช้วงจร Plan-Act-Observe-Reflect กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน 322 คนที่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก ใน 7 อำเภอของจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเมือง 132 คน อำเภอเวียงชัย 5 คน อำเภอเวียงเชียงรุ้ง 22 คน อำเภอแม่จัน 29 คน อำเภอดอยหลวง 34 คนอำเภอเชียงแสน 48 คน และอำเภอแม่สาย 52 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสสัมผัสน้ำ ผ่านการคัดกรองด้วยแบบสอบถามและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทีมวิจัยเก็บตัวอย่างน้ำผิวดิน น้ำใต้ดิน น้ำประปาชุมชน พืชผัก สัตว์น้ำ และชีวะชีวัตในปัสสาวะพร้อมสำรวจอาการและพฤติกรรมของประชาชน ผ่านระบบฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อมโยงข้อมูลสิ่งแวดล้อม และสุขภาพแบบเรียลไทม์ รวมถึงจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม 3 จุด

ผลการศึกษาพบสารหนูในน้ำผิวดินเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในลุ่มน้ำสายซึ่งมีความเข้มข้นสูงสุดถึง 0.05 มิลลิกรัม ต่อลิตร และตรวจพบตะกั่วร่วมด้วยในบางพื้นที่ ระบบคัดกรองประชาชนครอบคลุมเกินร้อยละ 85 สูงสุดที่อำเภอเชียงของร้อยละ 90.7 ระบบแจ้งเตือนออนไลน์ และการสื่อสารความเสี่ยงช่วยให้ตอบสนองได้รวดเร็ว ประชาชนปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ แม้ชีวะชีวัตในปัสสาวะของกลุ่มเสี่ยงยังอยู่ในค่าปกติและไม่พบอาการเฉียบพลันแต่ต้อง มีการกำกับควบคุมมลพิษ ตรวจวัดคุณภาพน้ำรายสัปดาห์ และตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงทุกหกเดือน เพื่อความยั่งยืน การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่ทันทั่วถึง เพื่อแก้ปัญหาคุณภาพน้ำและปกป้องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, คุณภาพแม่น้ำ, ผลกระทบต่อสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Sininat Thongsuk E-mail: sineenatk16@hotmail.com

Received: 16 October 2025 Revised: 27 October 2025 Accepted: 11 November 2025

Action Research for Developing a Proactive Health Surveillance System Related to Water Quality in the Kok, Sai, and Ruak River Basins, Chiang Rai Province, Thailand

Sininat Thongsuk*

ABSTRACT

Degraded water quality is an environmental risk factor that affects public health. This study aimed to develop a surveillance system for monitoring health impacts from water quality in the Kok, Sai, and Ruak river basins in Chiang Rai Province through collaboration among government agencies, academia, and communities.

The research was conducted using the Plan-Act-Observe-Reflect cycle with a sample of 322 at-risk individuals who had potential water exposure across 7 districts of Chiang Rai Province: Mueang (132), Wiang Chai (5), Wiang Chiang Rung (22), Mae Chan (29), Doi Luang (34), Chiang Saen (48), and Mae Sai (52). The research team collected samples of surface water, groundwater, community tap water, vegetables, aquatic animals, and urinary biomarkers, and surveyed the population's symptoms and behaviors through an online database that linked environmental and health data in real-time. Three environmental quality monitoring centers were also established.

The results revealed that arsenic levels in surface water exceeded the standards, particularly in the Sai River Basin, where the highest concentration reached 0.05 milligrams per liter. Additionally, lead was detected in some areas. The population screening system achieved coverage of over 85%, with the highest coverage in Chiang Khong District at 90.7%. The online alert system and risk communication enabled rapid response, and the population significantly adjusted their behaviors. Although urinary biomarkers of the at-risk groups remained within normal ranges and no acute symptoms were observed, pollution control, weekly water quality monitoring, and health check-ups for at-risk groups every six months were necessary for sustainability. The integration of cooperation from all sectors was effective in developing a timely surveillance system to address water quality issues and protect the health of the population in the area.

Keywords: Surveillance system, River water quality, Health impacts, Participation, Action research

Chiangrai Provincial Health Office

Corresponding Author: Sininat Thongsuk E-mail: sineenatk16@hotmail.com

Received: 16 October 2025 Revised: 27 October 2025 Accepted: 11 November 2025

บทนำ

จังหวัดเชียงรายตั้งอยู่ทางตอนเหนือสุดของประเทศไทย มีภูมิประเทศที่โดดเด่นด้วยเทือกเขา สลับซับซ้อนและมีแม่น้ำสายสำคัญหลายสายที่หล่อเลี้ยงวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะแม่น้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก ซึ่งถือเป็นลุ่มน้ำหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจ สังคม การเกษตร การประมง การท่องเที่ยว และการค้าชายแดน¹² อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2568 มีรายงานปัญหาคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำดังกล่าว โดยชุมชนพบว่าน้ำมีความขุ่นผิดปกติและมีการปนเปื้อนของสารหนูซึ่งเป็นโลหะหนักที่มีอันตรายสูง การตรวจสอบโดยสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ยืนยันการปนเปื้อนของสารหนูและโลหะหนักในหลายพื้นที่เกินมาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินของประเทศไทย³ ปัญหาดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จัดให้สารหนูเป็นสารพิษโลหะหนักที่มีผลกระทบต่อทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยการได้รับสารหนูในปริมาณสูงหรือติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคผิวหนังเรื้อรัง ความผิดปกติของระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบางชนิด⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การลดคุณภาพน้ำ การทำลายความหลากหลายทางชีวภาพ และการรบกวนห่วงโซ่อาหารของชุมชนท้องถิ่น⁵

ในมิติทางเศรษฐกิจและสังคม การปนเปื้อนสารหนูและโลหะหนักไม่เพียงบั่นทอนคุณภาพน้ำ แต่ยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของผลผลิตทางการเกษตรและสัตว์น้ำ ซึ่งกระทบต่อรายได้ของเกษตรกรและชุมชนประมง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ด้านการท่องเที่ยวเชิงนิเวศและวัฒนธรรม รวมถึงอาจก่อให้เกิดข้อกีดกันด้านการค้าชายแดนระหว่างประเทศ เนื่องจากพื้นที่แม่สายและเชียงแสนเป็นจุดยุทธศาสตร์การค้าระหว่างไทย-เมียนมาที่ต้องพึ่งพาความมั่นคงด้านทรัพยากรธรรมชาติ¹² แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการตรวจสอบคุณภาพน้ำเป็นระยะ แต่ระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัดหลาย

ประการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลในลักษณะเชิงตั้งรับครอบคลุมเพียงบางจุดและบางช่วงเวลา ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง และไม่เชื่อมโยงข้อมูลสิ่งแวดล้อมกับข้อมูลสุขภาพประชาชน ทำให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วถึง⁶ ที่ผ่านมา จึงยังไม่มีการวิจัยที่มุ่งพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกที่บูรณาการข้อมูลสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำเชียงรายโดยตรง ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางวิชาการที่จำเป็นต้องได้รับการเติมเต็ม

ดังนั้น การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากสามารถพัฒนากลไกการเฝ้าระวังในบริบทพื้นที่จริง และเปิดโอกาสให้ชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด⁷ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการลดผลกระทบต่อสุขภาพ เสริมสร้างความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนความยั่งยืนของสังคมในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาคุณภาพน้ำในแม่น้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกที่ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การคัดกรอง และการติดตามผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารหนูของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำเป้าหมาย
- 2) ทดสอบและประเมินประสิทธิผลของระบบในพื้นที่จริง ทั้งในด้านการระบุกลุ่มเสี่ยง การตรวจวัดระดับสารหนูในน้ำ สิ่งแวดล้อม ห่วงโซ่อาหาร และในร่างกาย ตลอดจนการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างทันทั่วถึง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ
- 3) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับปรุงและขยายผลการใช้ระบบเฝ้าระวังสุขภาพในระยะยาว

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกที่ได้รับการพัฒนาขึ้น มีศักยภาพในการเพิ่มความแม่นยำและความครอบคลุมในการระบุตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการได้รับสารหนูในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก แตกต่างจากระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระบบใหม่สามารถ

1) ลดระยะเวลาในการเก็บและตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างจนถึงการแจ้งผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เพิ่มประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง และความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารความเสี่ยงต่อประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้อาศัยระเบียบวิธีเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ วงจร Plan-Act-Observe-Reflect⁸ เป็นกลไกหลักในการพัฒนาและปรับปรุงระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก

ตัวแปรนำเข้า (Input) ได้แก่ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม (ระดับสารหนูในน้ำ ดิน และห่วงโซ่อาหาร), ข้อมูลสุขภาพประชาชน (ผลการคัดกรองและค่าซีวะซีวัต), ทรัพยากรบุคลากรและเครื่องมือ รวมถึงกรอบนโยบายที่เกี่ยวข้อง^{9,10}

กระบวนการ (Process) ครอบคลุมการวางแผนและออกแบบระบบ การดำเนินการเก็บข้อมูลและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามและบันทึกผล และการทบทวนและปรับปรุงร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน^{10,11}

ผลลัพธ์ (Output/Outcome)

ระยะสั้น ระบบเฝ้าระวังสุขภาพที่มีความครอบคลุมและแม่นยำมากขึ้น การระบุกลุ่มเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงที่ทันทั่วถึงและต่อเนื่อง

ระยะยาว การยอมรับและบูรณาการระบบเข้าสู่การดำเนินงานประจำของหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อความยั่งยืนในการลดผลกระทบจากสารหนูในพื้นที่

กรอบแนวคิดดังกล่าวสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ภายใต้กรอบทฤษฎีระบบเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินความเสี่ยง โดยมีวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอิงวงจร Plan-Act-Observe-Reflect⁸ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก จังหวัดเชียงราย โดยบูรณาการข้อมูลสิ่งแวดล้อม (ระดับสารหนูในน้ำ ดิน และอาหาร) กับข้อมูลสุขภาพ (ค่าซีวะซีวัต ผลการคัดกรอง) ทดลองใช้ในพื้นที่จริง และปรับปรุงระบบผ่านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารหนูในลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีโอกาสสัมผัสน้ำ ดิน หรืออาหารที่อาจมีการปนเปื้อน นอกจากนี้ยังรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการทุกระดับ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รวมถึงหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่มีรายงานการปนเปื้อนสารหนูในน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารหนูในลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้ และ 2) มีแผนย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนจำนวน 322 คนที่อาศัยใน 7 อำเภอของจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเมืองเชียงราย เวียงชัย เวียงเชียงรุ้ง แม่จัน ดอยหลวง เชียงแสน และแม่สาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบสอบถามและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ ยังมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 35 คน และตัวแทนหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย¹²

ระยะเวลาและสถานที่วิจัย

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน ในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก จังหวัดเชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกและพัฒนาตามหลักความตรง ความเชื่อมั่น และความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนี้

1) แบบสอบถาม ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมเสี่ยง และการรับรู้/ทัศนคติของประชาชนต่อคุณภาพน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก พัฒนาจากแบบสอบถามของกรมอนามัย¹³ และปรับให้เหมาะสมกับชุมชน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบนั้ร่อกับประชาชน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.82 แสดงถึงความน่าเชื่อถือในระดับดี¹⁴

2) แบบบันทึกการสังเกตและการตรวจวัดภาคสนาม ใช้บันทึกการเก็บตัวอย่างน้ำ ดิน อาหาร น้ำประปา พืชและสัตว์น้ำ รวมถึงค่าผลการตรวจสารหนูและพารามิเตอร์สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ พัฒนาตามมาตรฐานของกรมควบคุมมลพิษ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม

3) เครื่องมือวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ใช้ Atomic Absorption Spectrophotometer (AAS) และ Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometer (ICP-MS) ในการวิเคราะห์สารหนูและโลหะหนักในตัวอย่างน้ำ ดิน และอาหาร โดยอ้างอิงมาตรฐานการตรวจวัดสากล เช่น USEPA และ Standard Methods¹⁵

4) คู่มือสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ ความกังวล และข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อปัญหาคุณภาพน้ำและสุขภาพพัฒนา WHO¹⁰ และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการออกแบบเพื่อรองรับวัตถุประสงค์เฉพาะทั้งสามข้อของการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาระบบ การทดสอบประสิทธิภาพ และการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ลุ่มน้ำเป้าหมาย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลออกแบบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผสมผสานข้อมูลจากหลายมิติ ดังนี้

1. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เก็บตัวอย่างน้ำผิวดิน น้ำใต้ดิน ตะกอนดิน อาหาร น้ำประปา พืชและสัตว์น้ำ จากจุดตรวจที่กำหนดตลอดลำน้ำกก สาย และรวก ใช้แบบฟอร์มสำรวจภาคสนามที่พัฒนาตามมาตรฐานกรมควบคุมมลพิษบันทึกสถานที่ วันเวลา และค่าพารามิเตอร์สิ่งแวดล้อมตัวอย่างถูกส่งตรวจในห้องปฏิบัติการด้วย AAS และ ICP-MS ตามมาตรฐานสากล (USEPA, Standard Methods) เพื่อวิเคราะห์สารหนูและโลหะหนัก

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน เก็บตัวอย่างชีวภาพ (ปัสสาวะ) เพื่อตรวจหาสารหนูในร่างกาย ใช้แบบสอบถาม 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้/ทัศนคติ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบค่าความเชื่อมั่น บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลและบันทึกเข้าสู่ระบบ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

จัดสนทนากลุ่มย่อย (3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน) เพื่อสะท้อนมุมมองและข้อเสนอแนะ โดยใช้คู่มือที่พัฒนาตามแนวทาง WHO¹⁰

4. การเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสิ่งแวดล้อม ถูกเชื่อมโยงกับผลตรวจชีวภาพและข้อมูลจากแบบสอบถามใช้กรอบการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของ WHO¹⁰ เพื่อวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงและประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวัง

5. การควบคุมคุณภาพข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลภาคสนามเป็นประจำ สุ่มส่งตัวอย่างบางส่วนตรวจซ้ำในห้องปฏิบัติการอ้างอิง ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ผลการตรวจวัดสารหนูและโลหะหนักในสิ่งแวดล้อม (น้ำผิวดิน น้ำใต้ดิน ตะกอนดิน น้ำประปา และอาหาร) รวมถึงค่าชีวชี้วัดในร่างกายของประชาชน และข้อมูลจากแบบสอบถาม (ข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ และทัศนคติ) ถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป แนวโน้ม และสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดความและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจำแนกประเด็นหลัก จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ จากนั้นเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงปริมาณผ่านกระบวนการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองส่วนถูกใช้ในการสะท้อนสถานการณ์จริงในพื้นที่ และเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุก รวมถึงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ลุ่มน้ำกก ลุ่มน้ำสาย และลุ่มน้ำรวก

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เชียงราย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ อนุเมตติ CRPPHO 049/2568 และดำเนินการภายใต้หลักการจริยธรรมสากล ได้แก่ หลักความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วม หลักการทำประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ตามแนวทางของ Declaration of Helsinki

ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิการรับบริการด้านสุขภาพ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed consent) ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ไม่เปิดเผยชื่อและจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะทีมวิจัย หากตรวจพบผลที่บ่งชี้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้มีการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตามหลักการปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบต่อสุขภาพจากคุณภาพน้ำในแม่น้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย โดยผลการวิจัยสามารถจัดนำเสนอได้ตามกรอบ Input - Process - Outcome ดังนี้

1. Input: สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยง

1.1 คุณภาพน้ำผิวดิน

ผลการตรวจวัดสารหนู (As) ในช่วงปีพ.ศ. 2567-2568 จากจุดตรวจทั้งหมด 27 จุดตลอดลำน้ำพบว่าค่าเฉลี่ยของสารหนูในหลายพื้นที่สูงกว่ามาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินของประเทศไทย (≤ 0.01 mg/L) โดยเฉพาะแม่น้ำสายที่ตรวจพบค่าเฉลี่ย 0.024 mg/L (SD = 0.008) และมีถึง 80% ของจุดตรวจที่เกินมาตรฐาน ขณะที่แม่น้ำกกพบค่าสูงสุดบริเวณต้นน้ำติดชายแดนไทย-เมียนมา (0.018 mg/L) และแม่น้ำรวกพบค่าเกินมาตรฐานเป็นระยะ (เฉลี่ย 0.013 mg/L) การไหลผ่านโครงสร้างชลประทานบางแห่งช่วยลดระดับสารหนูได้เล็กน้อย แต่ยังคงจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการตรวจวัดความเข้มข้นของสารหนู (As) ในแหล่งน้ำผิวดิน ณ จุดตรวจวัดสำคัญ

รหัสจุดตรวจ	สถานที่	แม่น้ำ	ช่วงค่าที่ตรวจพบ (mg/L)	สถานะเทียบมาตรฐาน (0.01 mg/L)
KK01	ชายแดนไทย-พม่า ต.ท่าตอน อ.แม่สาย	กก	0.016-0.038	เกินมาตรฐาน
KK06	บ้านโป่งนาคำ ต.ดอยฮาง อ.เมือง	กก	0.012-0.023	เกินมาตรฐาน
KK09	สะพานเฉลิมพระเกียรติ 1 อ.เมือง	กก	0.011-0.020	เกินมาตรฐาน
SA01	บ้านหัวฝาย อ.แม่สาย	สาย	0.023-0.036	เกินมาตรฐาน
SA02	สะพานมิตรภาพแม่น้ำสายแห่งที่ 2	สาย	0.029-0.049	เกินมาตรฐาน
SA03	บ้านป่าซางงาม อ.แม่สาย	สาย	0.024-0.034	เกินมาตรฐาน
RU01	สถานีสูบน้ำเกาะช้าง อ.แม่สาย	รวก	0.010-0.014	เกินมาตรฐาน
RU02	จุดบรรจบแม่น้ำโขง อ.เชียงแสน	รวก	<0.010-0.017	เกินมาตรฐานบางครั้ง

1.2 การปนเปื้อนในตะกอนดิน

ผลการตรวจวัดการปนเปื้อนของตะกอนดินในพื้นที่ศึกษาพบว่า แม่น้ำกกที่บริเวณสะพานเฉลิมพระเกียรติ 1 มีค่าการปนเปื้อนเฉลี่ย 28.4 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (SD = 5.2) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จัดอยู่ในเกณฑ์ เกินมาตรฐาน สะท้อนถึงการสะสมของสารปนเปื้อนในตะกอนดินบริเวณดังกล่าวในระดับที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมของแหล่งน้ำ

สำหรับแม่น้ำสาย พบค่าการปนเปื้อนของตะกอนดินในช่วง บ้านหัวฝาย-บ้านป่าซางงาม

อยู่ระหว่าง 0.058-0.066 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เช่นกัน จัดอยู่ในเกณฑ์ เกินมาตรฐาน สะท้อนถึงการมีการปนเปื้อนในตะกอนดินตลอดแนวลำน้ำ แม้ค่าที่ตรวจพบจะอยู่ในระดับต่ำกว่าแม่น้ำกก แต่ยังคงเกินค่ามาตรฐานและบ่งชี้ถึงการสะสมของโลหะหนักหรือสารมลพิษที่อาจเกิดจากกิจกรรมมนุษย์ เช่น การเกษตร การเลี้ยงสัตว์ หรือการระบายน้ำทิ้งจากชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวัดการปนเปื้อนตะกอนดิน

แม่น้ำ	สถานที่	ค่าที่ตรวจพบ (mg/kg)	เกณฑ์มาตรฐาน (mg/kg)	สถานะ
กก	สะพานเฉลิมพระเกียรติ 1	28.4 (SD=5.2)	≤ 20	เกินมาตรฐาน
สาย	ตลอดลำน้ำ (บ้านหัวฝาย-บ้านป่าซางงาม)	0.058-0.066	0.05	เกินมาตรฐาน

1.3 น้ำประปา พืชผัก และปลา

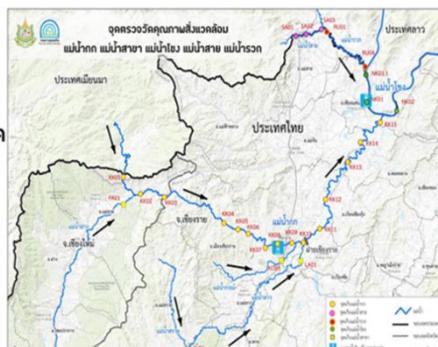
การเก็บตัวอย่าง 60 ตัวอย่างจากน้ำประปาหมู่บ้าน พืชผัก และปลา พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

เกือบทั้งหมด แต่มีบางตัวอย่างจากผักบุ้งและปลาน้ำจืดที่ตรวจพบสารหนูในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ แต่สะท้อนถึงความเสี่ยงหากมีการบริโภคต่อเนื่อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

1.4 แผนที่จุดตรวจคุณภาพน้ำ

- ☐ แม่น้ำกก 15 จุด
 - จังหวัดเชียงใหม่ 3 จุด
 - จังหวัดเชียงราย 12 จุด
- ☐ แม่น้ำสาขาที่ไหลลงแม่น้ำกก 4 จุด
 - แม่น้ำฝาง จ.เชียงใหม่ 1 จุด
 - แม่น้ำลาว จ.เชียงราย 1 จุด
 - แม่น้ำกรณ์ จ.เชียงราย 1 จุด
 - แม่น้ำสรวย จ.เชียงราย 1 จุด
- ☐ แม่น้ำโขง 3 จุด
- ☐ แม่น้ำสาย 3 จุด
- ☐ แม่น้ำรวก 2 จุด



รูปที่ 1 แสดงตำแหน่งจุดตรวจคุณภาพน้ำผิวดินและตะกอนดินในแม่น้ำกก แม่น้ำสาย แม่น้ำรวก และแม่น้ำโขง เพื่อสะท้อนพื้นที่เสี่ยงและการกระจุกตัวของปัญหาในเขตชายแดนและพื้นที่ชุมชนริมน้ำ

ที่มา : สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 (เชียงใหม่) กรมควบคุมมลพิษ ,สิงหาคม 2568.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำจากการเก็บตัวอย่างตามแผน ดังรูปที่ 1

ดำเนินการตามแผนตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยดำเนินการตรวจทุกเดือนๆละ 2 ครั้ง โดยเก็บตัวอย่างน้ำ 2 ครั้ง/เดือน และตะกอนดิน 1 ครั้ง/เดือน ดังนี้

- | | |
|---|---|
| ครั้งที่ 1 ตรวจเดือนมีนาคม 2568 | ครั้งที่ 2 ตรวจเดือนเมษายน 2568 |
| ครั้งที่ 3 ตรวจเดือนพฤษภาคม 2568 | ครั้งที่ 4 ตรวจเดือนพฤษภาคม 2568 |
| ครั้งที่ 5 ตรวจเดือนมิถุนายน 2568 | ครั้งที่ 6 ตรวจเดือนมิถุนายน 2568 |
| ครั้งที่ 7 ตรวจเดือนกรกฎาคม 2568 | ครั้งที่ 8 ตรวจเดือนกรกฎาคม 2568 |
| ครั้งที่ 9 ตรวจเดือนสิงหาคม 2568 (ต้นเดือน) | ครั้งที่ 10 ตรวจเดือนสิงหาคม 2568 (ปลายเดือน) |

2. Process: การดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุก

ภายใต้ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างชีวภาพ (ปัสสาวะ) จากประชาชนในชุมชนริมน้ำซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยง ผลตรวจวิเคราะห์พบสารหนูในระดับที่ยังไม่เกินมาตรฐานอ้างอิงสำหรับประชากรทั่วไป และไม่พบการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

โรคเฉพาะจากพิษสารหนูอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ มีการจัดตั้ง ศูนย์เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม 3 จุด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย 2 จุด (ศาลากลางจังหวัดเชียงราย และด่านพรมแดนแม่สาย) และจังหวัดเชียงใหม่ 1 จุด (อบต.ท่าตอน อ.แม่เมาะ) เพื่อเป็นกลไกติดตามและรายงานผลแบบเรียลไทม์

ตารางที่ 3 รายละเอียดศูนย์เฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม

พื้นที่รับผิดชอบ	ที่ตั้งศูนย์ฯ	หน่วยงานหลัก
แม่น้ำกก (เชียงใหม่)	ศูนย์การแพทย์แผนไทย อบต.ท่าตอน อ.แม่เมาะ	กรมทรัพยากรน้ำบาดาล
แม่น้ำกก (เชียงราย)	ศาลากลางจังหวัดเชียงราย อ.เมือง	กรมควบคุมมลพิษ (สคพ.1)
แม่น้ำสาย (เชียงราย)	ด่านพรมแดนแม่สายแห่งที่ 1 อ.แม่สาย	กรมควบคุมมลพิษ (กจน.)

ในด้านการสื่อสารความเสี่ยง ระบบเฝ้าระวังได้ปรับใช้ยุทธศาสตร์ Multi-channel ครอบคลุมทั้งการประกาศเตือนภัยระดับชาติ การให้ข้อมูลรายวันผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การทำงานเชิงรุก

ของอสม.ในพื้นที่ และการแสดงผลตรวจน้ำแบบเรียลไทม์ที่ศูนย์เฝ้าระวัง

ตารางที่ 4 สรุปกลยุทธ์และช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง

ช่องทาง/กิจกรรม	เนื้อหา/สาระสำคัญ	กลุ่มเป้าหมาย
ประกาศเตือนภัยระดับชาติ	แจ้งเตือนอันตรายจากสารหนู แนะนำ เลี่ยงใช้น้ำและสัตว์น้ำจากพื้นที่เสี่ยง	ประชาชนทั่วไป, ผู้สัญจร
ข้อมูลระดับจังหวัด (สสจ. เชียงราย) อสม.	วิธีล้างผักปลอดภัย, การใส่รองเท้าน้ำ, การแจ้งเตือนรายวัน เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ คัดกรองความ เสี่ยงเบื้องต้น	ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ครัวเรือนชุมชนริมน้ำ
ศูนย์เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม	แสดงผลตรวจน้ำแบบเรียลไทม์, รับ เรื่องร้องเรียน	ประชาชนในพื้นที่

3. ผลลัพธ์และผลกระทบ

3.1 ผลกระทบสุขภาพประชาชน

การตรวจทางชีวภาพชี้ให้เห็นการสัมผัสสารหนูในระดับต่ำ แต่ยังไม่เกินมาตรฐาน ขณะเดียวกันไม่พบการป่วยเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่หน่วยงานได้เน้นการเฝ้าระวังในกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ

3.2 ความเสี่ยงในห่วงโซ่อาหาร

แม้พืชผักและปลาที่สุ่มตรวจส่วนใหญ่ปลอดภัย แต่พบการปนเปื้อนสารหนูในบางตัวอย่าง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยงานให้ลดการบริโภคปลาในแม่น้ำกัก และสายเป็นประจำ

3.3 การจัดตั้งกลไกถาวรและเชิงนโยบาย

- แบบแผนการปนเปื้อนชี้ว่าต้นตอส่วนหนึ่งอยู่นอกประเทศ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการความร่วมมือข้ามพรมแดน ช่องว่างข้อมูลในระยะแรกสะท้อนความจำเป็นในการผลักดันกฎหมายการรายงานและเปิดเผยการปลดปล่อย และเคลื่อนย้ายมลพิษ (Pollutant Release and Transfer Register หรือ PRTR) เพื่อเปิดเผยข้อมูลมลพิษ มีการสร้างความร่วมมือวิชาการระหว่าง มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และ มหาวิทยาลัยซูโจว ประเทศจีน

3.4 พัฒนानวัตกรรมจัดการน้ำและมลพิษสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลสิ่งแวดล้อม-สุขภาพที่ครบถ้วนในครั้งนี้เป็นฐานเชิงประจักษ์เพื่อบูรณาการระบบเฝ้าระวังเข้าสู่ภารกิจ

ประจำของ สสจ.เชียงราย กรมควบคุมมลพิษ และกรมอนามัย พร้อมขยายผลสู่พื้นที่อื่นในอนาคต

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบสารหนูในน้ำผิวดินเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในกลุ่มน้ำสายซึ่งมีความเข้มข้นสูงสุดถึง 0.05 มิลลิกรัมต่อลิตร และตรวจพบตะกั่วร่วมด้วยในบางพื้นที่ ระบบคัดกรองประชาชนครอบคลุมเกินร้อยละ 85 สูงสุดที่อำเภอเชียงของร้อยละ 90.7 ระบบแจ้งเตือนออนไลน์ และการสื่อสารความเสี่ยงช่วยให้ตอบสนองได้รวดเร็ว ประชาชนปรับตัวกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ แม้ชี้ชะงักวัดในปีสภาวะของกลุ่มเสี่ยงยังอยู่ในค่าปกติและไม่พบอาการเฉียบพลัน แต่ต้องมีการกำกับควบคุมมลพิษ ตรวจวัดคุณภาพน้ำรายสัปดาห์ และตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงทุกหกเดือน การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่ทันท่วงทีเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพน้ำและปกป้องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

การอภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งวิเคราะห์ความหมายเชิงลึกและสังเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้ โดยมีใช้เพียงการทบทวนผลลัพธ์ซ้ำ แต่เป็นการตีความเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในเชิงระบบ ภายใต้กรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่างานวิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หลักทั้งสามประการได้อย่างครบถ้วน กล่าวคือ (1) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกที่บูรณาการข้อมูลสิ่งแวดล้อมและข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

สุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม (2) การทดสอบและประเมินประสิทธิภาพของระบบในพื้นที่จริง โดยสะท้อนผ่านการตรวจวัดทางสิ่งแวดล้อม การตรวจชีวชี้วัดในประชากร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน และ (3) การสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงนโยบายเพื่อกำหนดมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาได้เผยให้เห็นความแตกต่างที่น่าสนใจระหว่างข้อมูลสิ่งแวดล้อมกับข้อมูลชีวชี้วัดในมนุษย์ กล่าวคือ แม่น้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก มีค่าการปนเปื้อนสารหนูเกินมาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการตรวจวัดสารหนูในปีสภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลับไม่เกินค่าอ้างอิงมาตรฐานสากล (WHO < 50 µg/L; ATSDR < 35 µg/L) และไม่พบอาการเฉียบพลันที่จำเพาะเจาะจงต่อพิษสารหนู เช่น melanosis หรือ keratosis ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกและการสื่อสารความเสี่ยงที่ถูกพัฒนาขึ้นในงานวิจัย ซึ่งช่วยให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการใช้น้ำเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการให้ข้อมูลและคำแนะนำเชิงพฤติกรรมสามารถลดการรับสัมผัสสารหนูในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ^{10,16} และใกล้เคียงกับรายงานของกรมควบคุมโรค⁹ ที่ระบุว่าการทำงานเชิงรุกของอสม. และหน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการสัมผัสสารพิษในระดับครัวเรือน

เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาอื่นทั้งในและต่างประเทศ สถานการณ์การปนเปื้อนสารหนูในจังหวัดเชียงรายมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่าง ตัวอย่างเช่น กรณีร้อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เกิดจากการปนเปื้อนจากแร่ดีบุก ส่งผลให้ประชาชนได้รับสารหนูจากดินและน้ำใต้ดินต่อเนื่องจนเกิดโรคพิษสารหนูเรื้อรังและโรคมะเร็งผิวหนัง¹⁷ ขณะที่การปนเปื้อนในเชียงรายมีต้นกำเนิดจากมลพิษข้ามพรมแดนซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมเหมืองทองคำและแร่หายากในประเทศเมียนมา ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนถึงความแตกต่างเชิงโครงสร้างของแหล่งกำเนิดมลพิษสอดคล้องกับรายงานของ Global Witness¹⁸ ที่ระบุว่าพื้นที่ชายแดนไทย – เมียนมาเป็นจุดกำเนิดการไหลบ่าของมลพิษจากเหมืองเข้าสู่แม่น้ำสาย และแม่น้ำกก

นอกจากนี้ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการปนเปื้อนสารหนูในบังกลาเทศและเวียดนามซึ่งมีลักษณะ “การปนเปื้อนตามธรรมชาติ” (geogenic contamination) ในชั้นน้ำบาดาล¹⁹ จะเห็นได้ว่ากรณีของเชียงรายมีความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงในฐานะ “มลพิษจากแหล่งกำเนิดอุตสาหกรรม” (industrial point source)

แม้ผลการตรวจวัดชีวชี้วัดในปีสภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเชียงรายยังไม่พบค่าที่เกินมาตรฐานอ้างอิง แต่ประเด็นสำคัญที่ต้องตระหนักคือสารหนูอนินทรีย์เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ตามการจัดประเภทของ International Agency for Research on Cancer²⁰ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งผิวหนัง ปอด และกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน^{16,21} ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวโน้มในงานวิจัยระดับนานาชาติที่ยืนยันความสัมพันธ์แบบ dose-response ระหว่างระดับการได้รับสัมผัสสารหนูกับความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง

ในเชิงปฏิบัติและนโยบาย ผลการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาสารหนูในพื้นที่ลุ่มน้ำชายแดน โดยเฉพาะความจำเป็นในการพัฒนากลไกระหว่างประเทศเพื่อจัดการกับมลพิษข้ามพรมแดน ควบคู่กับการพัฒนากฎหมายภายในประเทศ เช่น PRTR²² ที่สามารถยกระดับความโปร่งใสและเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนถึงความจำเป็นของการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอสม. ที่ทำให้ระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกมีประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม ถือเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่เผชิญปัญหาลักษณะเดียวกันในอนาคต

แม้งานวิจัยครั้งนี้จะสามารถพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกได้สำเร็จ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งปี อาจไม่สะท้อนถึงความผันผวนตามฤดูกาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทำให้ไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดได้ อีกทั้งพารามิเตอร์ที่ตรวจวัดมุ่งเน้นเพียงสารหนูและตะกั่ว จึงอาจยังไม่ครอบคลุมโลหะหนักชนิดอื่น เช่น ปปรอทและ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกแม่ น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

แคดเมียม²³ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดเหล่านี้มิได้ลดทอนความสำคัญของข้อสรุปหลัก เพราะวัตถุประสงค์ของการวิจัยมุ่งเน้นการสร้างและทดสอบระบบมากกว่าการวัดเชิงระบาดวิทยา

ข้อเสนอแนะ

1. การบูรณาการระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกควรนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นภารกิจประจำของหน่วยงานหลัก เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมควบคุมมลพิษ และกรมอนามัย พร้อมจัดสรรบุคลากรงบประมาณ และเทคโนโลยีให้เพียงพอ เพื่อให้ระบบดำเนินการได้ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การพัฒนานโยบายและกฎหมายภาครัฐควรใช้ข้อมูลจากการวิจัยเป็นฐานกำหนดนโยบายและผลักดันกฎหมายเปิดเผยข้อมูลการปล่อยมลพิษ (PRTR) เพื่อเพิ่มความโปร่งใส และสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการจัดการมลพิษข้ามพรมแดน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่นควรส่งเสริมบทบาทประชาชนและเครือข่ายท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยง พร้อมจัดทำสื่อและกิจกรรมรณรงค์ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อกระตุ้นการปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยง

4. การสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าถึงได้ง่ายและหลากหลายช่องทาง เช่น การแจ้งเตือนรายวันตามระดับมลพิษ เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับพฤติกรรมได้สอดคล้องกับสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ราชบัณฑิตยสถาน. ภูมิศาสตร์และภูมิประเทศของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2557.
2. สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. รายงานสถิติประจำปีจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2566. เชียงราย: สำนักงานสถิติจังหวัด; 2566.
3. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1. รายงานสถานการณ์คุณภาพน้ำผิวดินและตะกอนดิน จังหวัด

เชียงราย พ.ศ. 2568. เชียงใหม่: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1; 2568.

4. World Health Organization. Arsenic fact sheet. Geneva: WHO; 2018.

5. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1. รายงานการติดตามคุณภาพสิ่งแวดล้อมลุ่มน้ำเชียงราย พ.ศ. 2567. เชียงใหม่: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1; 2567.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากคุณภาพน้ำ จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2567. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2567.

7. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.

8. McTaggart R. Participatory Action Research: International Contexts and Consequences. New York: State University of New York Press; 1997.

9. กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promote Int. 2000;15(3):259–67.

11. World Health Organization. Arsenic fact sheet. Geneva: WHO; 2018.

12. Creswell JW. Research design: Qualitative, and mixed methods approach. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014.

13. กรมอนามัย. แบบสอบถามการสำรวจด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกจากคุณภาพน้ำในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย และแม่น้ำรวก จังหวัดเชียงราย

14. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2:53–5.
15. United States Environmental Protection Agency (USEPA). *Methods for chemical analysis of water and wastes.* Washington DC: USEPA; 2017.
16. Navas-Acien A, Silbergeld EK, Pastor-Barriuso R, Guallar E. Arsenic exposure and prevalence of type 2 diabetes in US adults. *JAMA.* 2008;300(7):814–22.Sathianchan S.
17. Chronic arsenic poisoning in Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. *Thai J Public Health.* 2025;55(1):45–58.
- 18.Global Witness. *Myanmar's poisonous gold: Cross-border mining pollution report.* London: Global Witness; 2024.
19. Berg M, Stengel C, Trang PTK, Viet PH, Sampson ML. Magnitude of arsenic pollution in the Mekong and Red River deltas - Cambodia and Vietnam. *Sci Total Environ.* 2008;372(2–3):413–25.
20. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Arsenic, metals, fibers, and dusts. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol. 100C.* Lyon: IARC; 2012.
21. Moon KA, Guallar E, Umans JG, Devereux RB, Best LG, Francesconi KA, et al. Association between exposure to low to moderate arsenic levels and incident cardiovascular disease. *Ann Intern Med.* 2013;159(10):649–59.
22. United Nations Environment Program (UNEP). *Guidance on pollutant release and transfer registers (PRTRs).* Nairobi: UNEP; 2019.
23. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). *Toxicological profile for arsenic.* Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2022.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
และการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

จรัญญา เรือนมุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารับการรักษาซ้ำ ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2568 หลังได้รับการรับรองจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 2 กลุ่ม จำนวน 120 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ออกแบบโปรแกรมตามแนวคิดของ J. Rorden และ E. Taft (1990) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Paired samples t-test และ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.014, p < 0.001$) และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 20.00 ($p = 0.024$) นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -12.019$ และ $t = -13.488, p < 0.001$ ตามลำดับ)

โดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและลดภาระของระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ภาวะหัวใจล้มเหลว, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

*โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding Author: Jarunya Ruanmoon E-mail: jarunyarvanmoon@gmail.com

Received: 17 September 2025 Revised: 29 October 2025 Accepted: 29 November 2025

Effects of a discharge planning program on self-care behaviors and hospital readmissions among heart failure patients at Fang Hospital, Chiang Mai, Thailand.

Jarunya Ruanmoon*

ABSTRACT

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a discharge planning program for patients with heart failure on self-care behaviors and hospital readmission rates at Fang Hospital, Chiang Mai Province, Thailand. The study was conducted between May and July 2025 after receiving ethical approval. The sample consisted of 120 participants, including patients with heart failure and their caregivers, who were purposively selected and assigned to either the experimental or control group, with 30 participants per group. The discharge planning program was developed based on the concept proposed by J. Rorden and E. Taft (1990). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Chi-square test, paired-samples t-test, and independent-samples t-test, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results revealed that both groups were similar in demographic characteristics. After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean self-care behavior scores compared with the control group ($t = -8.014$, $p < 0.001$). No participants in the experimental group were readmitted within 28 days after discharge, while 20.0% of those in the control group were readmitted ($p = 0.024$). Additionally, both patients and caregivers in the experimental group showed significantly greater knowledge regarding heart failure than before the intervention and the control group ($t = -12.019$ and $t = -13.488$, $p < 0.001$, respectively).

In conclusion, the discharge planning program effectively enhanced self-care behaviors and disease-related knowledge among patients with heart failure and their caregivers, while significantly reducing 28-day readmission rates. The findings support the integration of structured discharge planning into routine practice to improve care quality and reduce healthcare system burdens.

Keywords: Discharge Planning, Heart Failure, Self-Care Behavior, Hospital Readmission

*Phang Hospital, Chiang mai Province

Corresponding Author: Jarunya Ruanmoon E-mail: jarunyarvanmoon@gmail.com

Received: 17 September 2025 Revised: 29 October 2025 Accepted: 29 November 2025

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure: HF หรือ Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการคั่งของเลือด โซเดียม และน้ำในร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ขาดออกซิเจน และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ¹ รวมถึงอันตรายถึงชีวิต ทั่วโลกมีแนวโน้มผู้ป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในยุโรปมีผู้ป่วยประมาณ 15 ล้านคน และในสหรัฐอเมริกามีราว 6.5 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 287,000 คนต่อปี² ส่วนในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดการรักษาซ้ำและเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ³ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำมักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย การเสียชีวิต และการเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ตามข้อมูลของ Medicare อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี 2009 ถึง 2012 อยู่ที่ร้อยละ 23 การศึกษาวิจัยอื่นๆ รายงานว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าการกลับมารักษาซ้ำหลายกรณีถือว่าสามารถป้องกันได้ ซึ่งวรรณกรรมวิชาการประเมินว่าร้อยละ 23.1 ของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันสามารถหลีกเลี่ยง

ได้⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกลับเข้าพักรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 1 ปีภายหลังการจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้าพักรักษาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทยจำนวน 462 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 51 ที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคร่วม ความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราการเต้นของหัวใจ⁵ ภาวะล้มเหลวเฉียบพลันมักพบในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วง 6 เดือนแรกสูงถึง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังถ้าหากขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการดูแลตัวเองไม่ดี จะส่งผลให้เปลี่ยนจากเรื้อรังเป็นเฉียบพลันได้ ดังนั้นการดูแลรักษาแบบองค์รวม คือการให้ผู้ป่วยรับประธานยาสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัด เฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง จำกัดน้ำและเกลือ รวมถึงการชั่งน้ำหนัก การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในส่วนผู้ดูแลจะสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับโรค จะทำให้อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ⁶ นอกจากนี้งานวิจัยในส่วนของแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในแนวทางยุโรป (ESC Guidelines) ได้เน้นย้ำความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบและการติดตามผลหลังจำหน่าย โดยมีการระบุถึงบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษา⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีการ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ⁸ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการที่สำคัญ การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรมีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่^{9,10} พบว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง¹¹ ส่วนการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เช่น การติดตามผลทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ¹² การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น^{13,14} โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจและลดความเครียดในการดูแลตนเอง โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่รวมการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการ และการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดภาวะทรุดซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพ¹⁶ นอกจากนี้การติดตามผลหลังจำหน่ายผ่านการโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและความเข้าใจในการจัดการสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลมาก

ขึ้น การให้คำแนะนำและการติดตามผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลฝาง 3 ปีย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในอายุรกรรม ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 มีจำนวน 230 ราย 259 ครั้ง 295 ราย 346 ครั้ง และ 343 ราย 398 ครั้ง และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.04 2.37 และ 3.79 ตามลำดับ¹⁸ ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมไม่เกินร้อยละ 5 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ตัวชี้วัดดังกล่าวได้ค่าเกินเป้าหมายของโรงพยาบาลที่หน่วยงานได้กำหนดเป้าหมายทำลายไว้คือ ร้อยละ 0 ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและระบบการติดตามหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา การไม่พบแพทย์ตามนัด และขาดทักษะการสังเกตอาการตนเองเบื้องต้นเพื่อมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ จึงทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นเมื่อมาพบแพทย์ส่งผลให้ต้องรับการรักษาด้วยการนอนในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Judith Rorden และ Elizabeth Taft (1990) เน้นให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านอย่างมั่นใจและปลอดภัย กระบวนการนี้ประกอบด้วย

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนหลักที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลไปจนถึงช่วงหลังการจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมิน(Assessment) การสร้างแผนการจำหน่าย (Building the Plan) และการยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the Plan)¹⁹ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

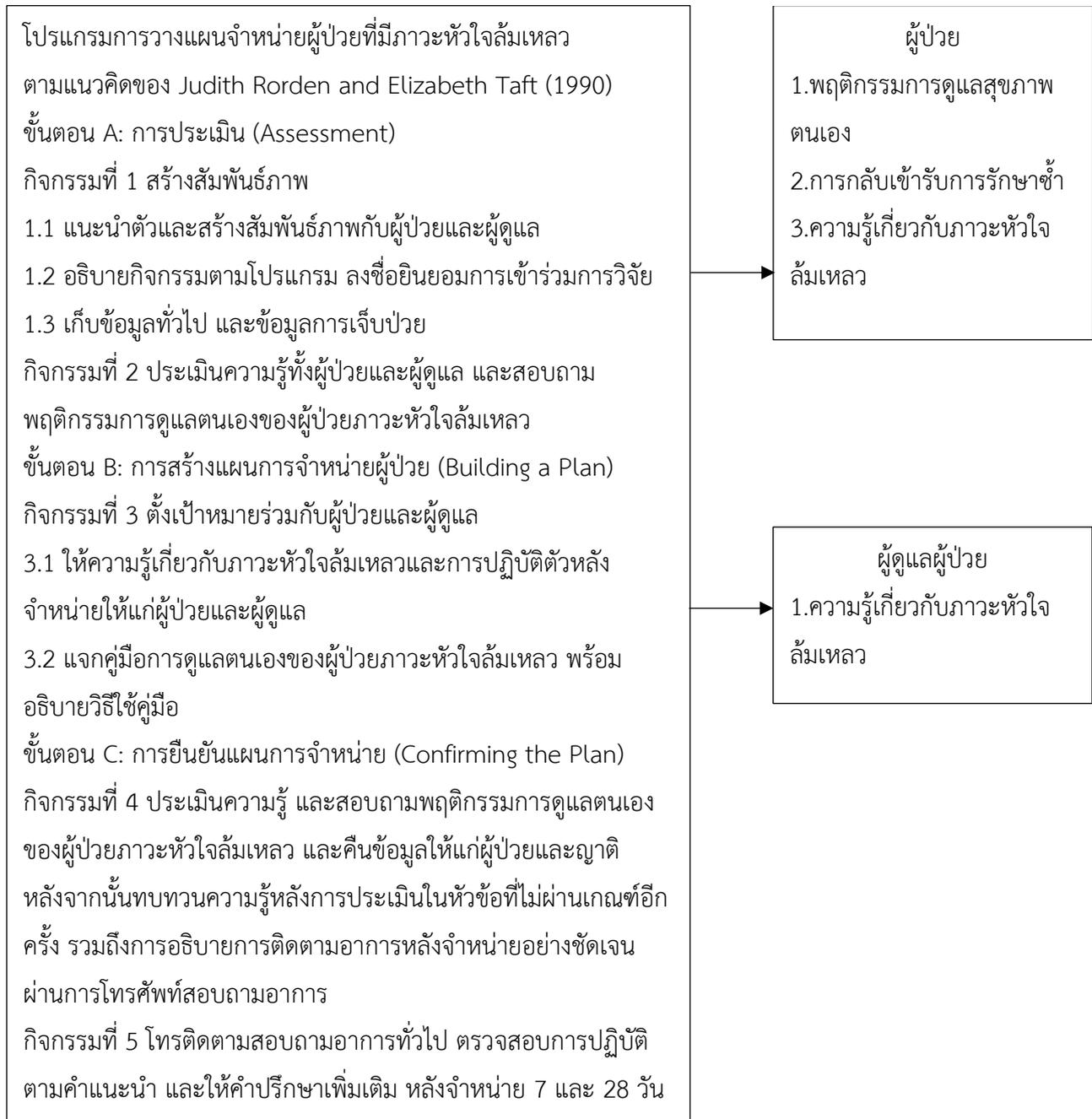
การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) คือ กระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Building a Plan) และการยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the Plan)

คำนิยาม

อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ามารักษซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด โดยการติดตามจากการโทรศัพท์สอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในวันที่ 7 และ 28 หลังจากจำหน่ายตามแบบเก็บข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากระบบ HosXp ของโรงพยาบาลอีกครั้งหลังจกสิ้นสุดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบ สอง กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Experimental Control – Group Design) โดยมีการแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเวลา (consecutive sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองเพื่อหลีกเลี่ยงการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน และตรวจสอบความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานก่อนการทดลองเพื่อยืนยันความเทียบเคียงระหว่างกลุ่ม และเพื่อจำกัดความเสี่ยงจากอคติในการประเมินผล (measurement bias) การประเมินผลลัพธ์หลังการทดลองดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้ทราบการจัดกลุ่มของผู้ป่วย (blinded assessor) โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้ข้อมูลตามโปรแกรมในกลุ่มทดลองเท่านั้น และไม่เกี่ยวข้องกับการให้คะแนนหรือบันทึกผลการประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2568 ที่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลฝาง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ อ้างอิง New York Heart Association (NYHA) classification อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมีผู้ดูแลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ มีโทรศัพท์และสามารถติดต่อได้สะดวก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารฟังอ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคทางจิตเวช มีประวัติที่ทำให้ผลการถ่ายทอดเลือดโคโรนารี หรือผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น โรคอัมพาต กระดูกหัก

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาหรือความพร้อมในการให้ความร่วมมือ ในกิจกรรมหรือโปรแกรมที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย ขาดความสามารถในการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ หรือมีปัญหาทางการได้ยินหรือการพูด และไม่มีอุปกรณ์

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สื่อสารที่สามารถใช้งานได้ เช่น ไม่มีโทรศัพท์หรือไม่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามที่กำหนดไม่สามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ ประสบปัญหาสุขภาพร้ายแรง หรือมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินบทบาทในโครงการวิจัยต่อไปได้ ไม่สามารถติดต่อหรือขาดการติดตามผลตามกำหนดเวลา และผู้ดูแลประสบเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อไปได้ เช่น การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยหรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อ้างอิงจากการศึกษาของ อดิณญา ลาลุน และบษพร วิรุณพันธ์ (2564) ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)^{20,21} โดยในการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และ Effect Size เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี

จำนวนการทดลองทั้งหมด 120 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มละ 60 คน แต่ละกลุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 เครื่องมือ ได้แก่ 1) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนทดลอง ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยหลังทดลอง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง และ ส่วนที่ 5 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง 2) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินวิจัยมีทั้งหมด 3 เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คู่มือดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (สำหรับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและการวิจัยทางคลินิก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และ

ความเหมาะสมของถ้อยคำ หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง ผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่าการเรื่องมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้

วิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลฝาง
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง
3. ผู้วิจัยดำเนินการประสาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยตามโปรแกรม
5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
6. สรุปและตีพิมพ์การศึกษา หรือนำเสนอผลการศึกษา
7. รายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลฝางตามข้อกำหนด

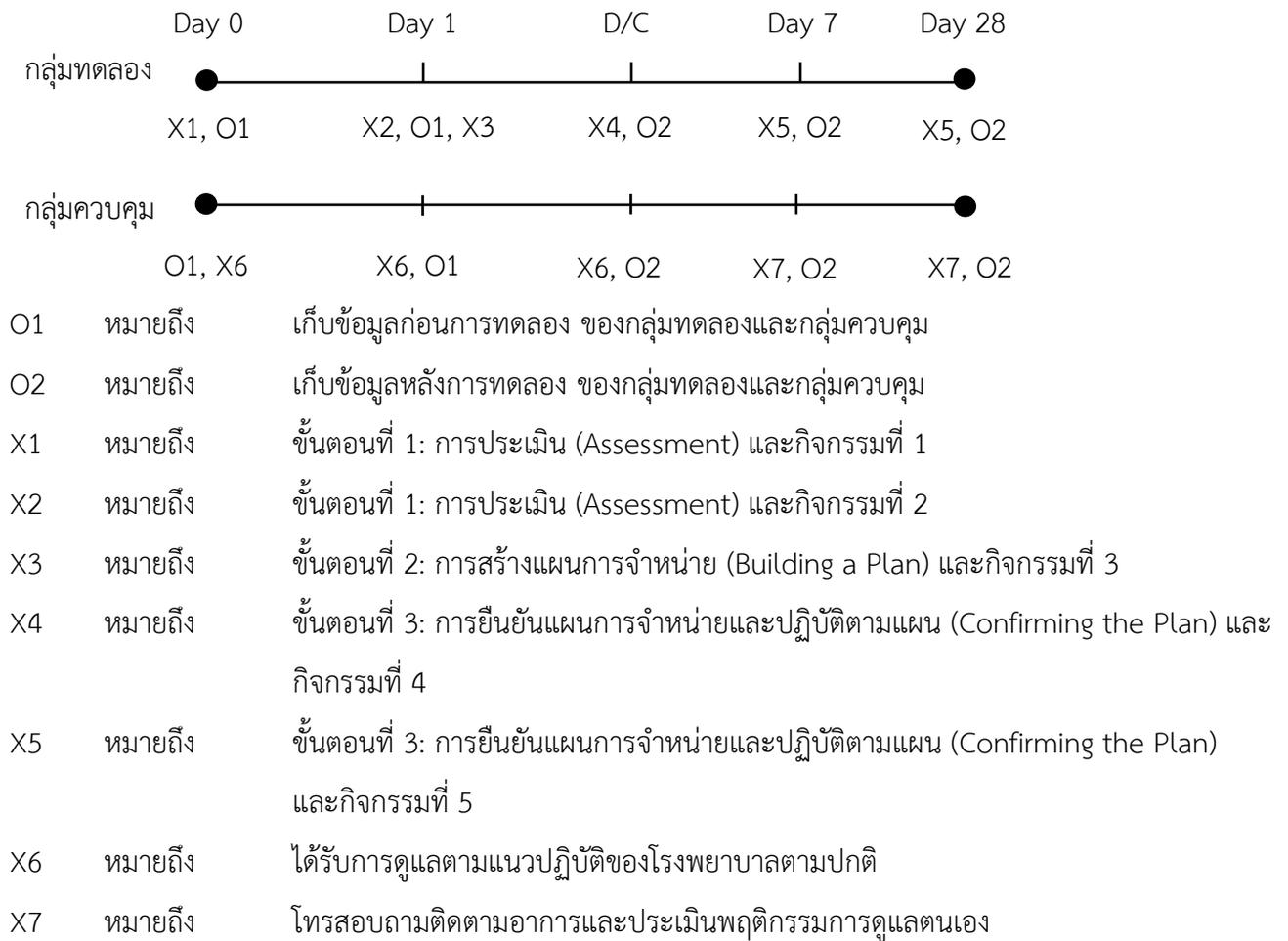
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง หมายเลขการรับรอง COA No.02/2568 วันที่รับรอง 24 กุมภาพันธ์ 2568 หมดอายุรับรองวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2569

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่



ผลการวิจัย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรวมทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน เกือบทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1 ในด้านเพศ กลุ่มทดลองมีเพศหญิง 18 คน (60.0%) และกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง 16 คน (53.33%) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 64.9 ปี (SD = 11.95) และกลุ่มควบคุม 60.4 ปี (SD = 14.61) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.2 (SD = 7.80) และกลุ่มควบคุม 22.9 (SD = 6.79) ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ

อาชีพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส 20 คน (66.67%) กลุ่มควบคุม 21 คน (70.0%) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ 13 คน (43.33%) และกลุ่มควบคุมมีผู้เจ็บมัธยมนั้น-ปวช. สูงที่สุด 10 คน (33.33%) อาชีพที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลองคือรับจ้างทั่วไป 12 คน (40.0%) และในกลุ่มควบคุมคือไม่ได้ทำงาน 11 คน (36.67%) สิทธิการรักษาพยาบาลและสถานบริการใกล้บ้าน ก็มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ข้อแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างสองกลุ่ม คือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	P-value
เพศ [ชาย/หญิง(ร้อยละ)]	12 (40.00%)/ 18(60.00%)	14 (46.67%)/ 16(53.33%)	0.600
อายุ (ปี)	64.9 ± 11.95 (35–81)	60.4 ± 14.61 (29–80)	0.180
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	24.2 ± 7.80	22.9 ± 6.79	0.510
ศาสนา	พุทธ 30 (100.00%)	พุทธ 30 (100.00%)	
สถานภาพสมรส			0.880
สมรส	20 (66.77%)	21 (70.00%)	
หม้าย/หย่า	8 (26.67%)	6 (20.00%)	
โสด	2 (6.67%)	3 (10.00%)	
ระดับการศึกษา			0.650
ไม่ได้เรียน	13 (43.33%)	10 (33.33%)	
ประถมศึกษา	10 (33.33%)	9 (30.00%)	
มัธยมต้น-ปวช.	6 (20.00%)	10 (33.33%)	
ปวส.	1 (3.33%)	1 (3.33%)	
อาชีพ			0.390
รับจ้างทั่วไป	12 (40.00%)	7 (23.33%)	
ไม่ได้ทำงาน	7 (23.33%)	11 (36.67%)	
เกษตรกร/ค้าขาย	4 (13.33%)	5 (16.67%)	
ลูกจ้าง	–	3 (10.00%)	
อื่น ๆ	7 (23.33%)	4 (13.33%)	
รายได้เฉลี่ย (mean ± S.D.)	14266.67 ± 14731.37	1540.1 ± 2991.12	0.001**
สิทธิการรักษา			0.240
บัตรทอง	27 (90.00%)	30 (100.00%)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.67%)	–	
ปัญหาสถานะสิทธิ	1 (3.33%)	–	
สถานบริการใกล้บ้าน			1.000
รพ.สต.	28 (93.33%)	28 (93.33%)	
โรงพยาบาล (ชุมชน/จังหวัด)	2 (6.67%)	2 (6.67%)	

* p < 0.05 จาก Independent t-test, ** p < 0.001จาก Chi-square test หรือ Fisher's exact test

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก่อน
ทดลองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)
พบว่าเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มทดลอง ร้อยละ
60.00 และกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุ
เฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 64.9 ปี (SD = 11.95, ช่วง
35–81 ปี) ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 60.4 ปี (SD = 14.61,
ช่วง 29–80 ปี) ค่าดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่ม
ใกล้เคียงกัน (24.2 ± 7.80 และ 22.9 ± 6.79) สำหรับ
ลักษณะการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่
มีระดับความรุนแรง NYHA class 3 ร้อยละ 96.67 และ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ก็อยู่ระดับ 3 เช่นกัน ร้อยละ
93.33 โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p = 0.55) เช่นเดียวกับโรคประจำตัว ระยะเวลาที่มี
ภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และ
การวินิจฉัยโรค พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม (p = 0.07–0.79) โดยสรุป
ลักษณะผู้ป่วยในสองกลุ่ม ใกล้เคียงกันทั้งหมด และไม่มี
ตัวแปรใดแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการ
ทดลอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความ
เทียบเคียงกันก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนทดลองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	P-value
1. ระดับความรุนแรง (NYHA)			0.550
ระดับ 2	1 (3.33%)	2 (6.67%)	
ระดับ 3	29 (96.67%)	28 (93.33%)	
2. โรคประจำตัว			0.790
มี	16 (53.33%)	17 (56.67%)	
ไม่มี	14 (46.67%)	13 (43.33%)	
3. ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว			0.380
≤ 1 ปี	21 (70.00%)	24 (80.00%)	
> 1 ปี	9 (30.00%)	6 (20.00%)	
4. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา			0.070
ครั้งแรก	20 (66.67%)	27 (90.00%)	
1–3 ครั้ง	10 (33.33%)	3 (10.00%)	
5. การวินิจฉัยโรค			0.240
CHF	27 (90.00%)	30 (100.00%)	
Heart failure/อื่น ๆ	3 (10.00%)	-	

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.03 ± 6.12 และกลุ่มควบคุม 36.40 ± 7.57 ในกลุ่มทดลอง พบผู้ที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.67 และระดับต่ำร้อยละ 93.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 13.33 และระดับต่ำร้อยละ 86.67 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มพบความแตกต่างเชิงสถิติเล็กน้อย ($t = -3.02, p = 0.004$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.27 ± 4.65 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ที่ 38.20 ± 9.27 ผู้ที่อยู่ในระดับสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.67 และระดับปานกลางเหลือร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุมยังไม่มีผู้ที่อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำยังคงอยู่ที่ร้อยละ 73.33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.91, p < 0.001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t	P-value
ก่อนทดลอง				
ระดับสูง	-	-		
ระดับปานกลาง	2 (6.67%)	4 (13.33%)		
ระดับต่ำ	28 (93.33%)	26 (86.67%)		
Mean \pm SD	31.03 ± 6.12	36.40 ± 7.57	-3.02	0.004*
หลังทดลอง				
ระดับสูง	29 (96.67%)	-		
ระดับปานกลาง	1 (3.33%)	7 (23.33%)		
ระดับต่ำ	-	23 (76.67%)		
Mean \pm SD	68.27 ± 4.65	38.20 ± 9.27	15.91	<0.001**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

ผลการเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 7 วันและ 28 วันหลังจำหน่ายในขณะที่กลุ่ม

ควบคุมมีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 6.67) ภายใน 7 วัน และ 6 คน (ร้อยละ 20.00) ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Fisher's Exact Test พบว่า การกลับเข้ารับการ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

รักษาซ้ำภายใน 7 วันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p = 0.49$) ส่วนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p = 0.026$) ดังตารางที่ 4 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	P-value
กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน หลังจำหน่าย	0 (0.00%)	2 (6.67%)	0.490
กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่าย	0 (0.00%)	6 (20.00%)	0.026*

* Fisher's Exact Test, p -value < 0.05

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนทดลอง โดย กลุ่มทดลองทั้งหมด (100.00%) อยู่ในระดับความรู้สูง หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างครบถ้วน ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง (73.33%) และระดับต่ำ (13.33%) หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองหลังทดลองคือ 9.70 ± 0.54 เทียบกับกลุ่มควบคุม 6.07 ± 1.46 การวิเคราะห์

t-test แบบ Welch แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.77, P < 0.001$) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อย (3.40 ± 1.16) เทียบกับกลุ่มควบคุม (4.23 ± 0.94) โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.05, P < 0.05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองเริ่มต้นด้วยความรู้ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และสามารถปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ช่วงคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t	P-value
ก่อนทดลอง				
ระดับสูง	-	-		
ระดับปานกลาง	2 (6.67%)	7 (23.33%)		
ระดับต่ำ	28 (93.33%)	23 (76.67%)		
Mean ± SD	3.40 ± 1.16	4.23 ± 0.94	-3.05	<0.010*
หลังทดลอง				
ระดับสูง	30 (100.00%)	4 (13.33%)		
ระดับปานกลาง	-	22 (73.33%)		
ระดับต่ำ	-	4 (13.33%)		
Mean ± SD	9.70 ± 0.54	6.07 ± 1.46	12.77	<0.001**

* p < 0.05, ** p < 0.001

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว
ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
จำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม กลุ่มละ 30 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง กลุ่มทดลอง 27 คน (ร้อยละ 90.00) และกลุ่ม
ควบคุม 23 คน (ร้อยละ 76.67) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียง
กัน โดยกลุ่มทดลองเฉลี่ย 46.0 ปี (SD = 12.7) และ
กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 46.8 ปี (SD = 12.0) ขณะที่ค่าดัชนี
มวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งสองกลุ่ม ในด้าน
ศาสนา พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ
100) ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย กลุ่มทดลอง 29 คน (ร้อย
ละ 96.67) และกลุ่มควบคุม 27 คน (ร้อยละ 90.00)
สำหรับสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว
กลุ่มทดลอง 28 คน (ร้อยละ 93.3) และกลุ่มควบคุม
25 คน (ร้อยละ 83.3) ด้านการศึกษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่

ใหญ่จบระดับประถมศึกษาและมัธยมต้น โดยกลุ่ม
ทดลองร้อยละ 53.33 และ 26.67 ตามลำดับ ส่วน
กลุ่มควบคุมร้อยละ 33.33 และ 36.67 ตามลำดับ
ขณะที่มีส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหรือจบการศึกษา
ระดับสูงกว่า สำหรับอาชีพ พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่
ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 43.33) และ
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 23.33) ขณะที่กลุ่ม
ควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ
40.00) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.00) รายได้เฉลี่ย
ต่อเดือนของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาท
ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่
เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือคู่
สมรส (ร้อยละ 30.00) และพ่อแม่ (ร้อยละ 13.33)
โดยมีบางส่วนเป็นเครือญาติใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น น้อง
หลาน หรือปู่ย่าตายาย ผลการเปรียบเทียบคะแนน

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำจำนวน 23 คน (76.67%) และระดับปานกลาง 7 คน (23.33%) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ 18 คน (60.00%) และระดับปานกลาง 12 คน (40.00%) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.93 ± 0.78 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.53 ± 0.86 โดยผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.81, p = 0.007$) หลังการทดลอง พบว่าผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด 30 คน (100.00%)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับสูงเพียง 6 คน (20.00%) ระดับปานกลาง 21 คน (70.00%) และระดับต่ำ 3 คน (10.00%) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 9.80 ± 0.48 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.37 ± 1.16 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสูง ($t = 14.40, p < 0.001$) กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ช่วงคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	t	P-value
ก่อนทดลอง				
ระดับสูง	-	-		
ระดับปานกลาง	7 (23.33%)	12 (40.00%)		
ระดับต่ำ	23 (76.67%)	18 (60.00%)		
Mean \pm SD	3.93 ± 0.78	4.53 ± 0.86	-2.81	<0.007*
หลังทดลอง				
ระดับสูง	30 (100.00%)	6 (20.00%)		
ระดับปานกลาง	-	21 (70.00%)		
ระดับต่ำ	-	3 (10.00%)		
Mean \pm SD	9.80 ± 0.48	6.37 ± 1.16	14.40	<0.001**

* $p < 0.01$, ** $p < 0.001$

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ และการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ

ประการแรก การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างสองกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การให้ความรู้ และการติดตามผลหลังจำหน่ายช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประการที่สอง อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 6 คน (ร้อยละ 20.00) ผลการทดสอบด้วย Fisher's Exact Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.024$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบติดตามและสนับสนุนต่อเนื่องช่วยลดภาวะการกลับเข้ารับรักษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ประการที่สาม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)

บ่งชี้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ประการสุดท้าย ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่เพียงช่วยผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลสามารถมีบทบาทสนับสนุนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า “ผู้ดูแลคือหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลอย่างชัดเจน โดยในด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะและพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การให้ความรู้และการติดตามผลหลังจำหน่ายช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ดีขึ้น²²

สำหรับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 20.00 โดยผลการทดสอบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.024$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยลดภาวะการกลับเข้ารับรักษาได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Riley และ Masters ที่ชี้ว่าการวางแผนจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่องช่วยลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว²³ รวมทั้งรายงานของ Chen และคณะ²⁴ ที่ยืนยันผลลัพธ์เช่นเดียวกัน

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ในส่วนของ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น หลังการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษา ที่ระบุว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านกระบวนการวางแผนจำหน่ายส่งผลต่อการเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในกลุ่มทดลองก็มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการพุงสภาพสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะหัวใจล้มเหลว²⁶ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยหลายชิ้น เช่น งานวิจัยที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว²⁷ และงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมกับการให้ความรู้หลังจำหน่ายช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁸

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มความรู้ และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการส่งเสริมในระบบบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลฝาง คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารการให้ข้อมูลรูปแบบวิถีทัศน์เพื่อที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนต่างๆย้อนหลังได้ตลอดเวลา และมีการใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์ และหลากหลายภาษาในวิถีทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น
2. ควรประยุกต์กรอบแนวคิดการทำวิจัยครั้งนี้ร่วมกับการใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางและการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระยะเวลานานขึ้น ทำให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือของข้อมูลผลการวิจัย รวมถึงควรศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาร่วมกับปัจจัยอื่นๆของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา และนำไปปรับปรุงแนวทางครั้งถัดไป

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Acute coronary syndrome: Understanding the basics. *Journal of Cardiology*. 2020;20(3):123-130.
2. กิติพงษ์ พิณีจันทร์. ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลางประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4444/>
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข; 2019.
4. Madanat L, Saleh M, Maraskine M, Halalau A, Bukovec F. Congestive Heart Failure 30-Day Readmission: Descriptive Study of Demographics, Comorbidities, Heart Failure Knowledge, and Self-Care. *Cureus*. 2021;13(10):e18661. <https://doi.org/10.7759/cureus.18661>
5. ศุภวัลย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณ โฉน. ปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 2019;30(2):126-40.
6. อภิชัย โภคาวัฒนา. Heart failure ภาวะหัวใจล้มเหลว. *โรงพยาบาลราชวิถี*; 2017. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/05/Minicase-manager-of-HF-by-Dr.Apichai.pdf>
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
8. Smith MA, et al. Patient-centered approaches in discharge planning: Improving patient satisfaction and outcomes. *N Engl J Med*. 2020;382(10):889-95.
9. Riley L, Masters J. Role of discharge planning in reducing hospital readmissions. *J Nurs Manag*. 2016;24(6):675-84.
10. Johnson CE, Flacker J. The role of effective discharge planning in improving patient outcomes. *J Healthc Manag*. 2017;62(3):190-201.
11. Craig C, et al. Strategies for reducing hospital readmissions in chronic disease management. *Health Serv Res*. 2020;55(4):330-45.
12. Chen T, et al. Effects of post-discharge follow-up on heart failure readmissions: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2019;290:30-7.
13. Lee SY, et al. Home visits and telehealth interventions to support heart failure management. *Nurs Times*. 2021;117(10):15-20.
14. Braun LT, et al. Family involvement and patient outcomes in chronic heart failure care. *Heart Lung*. 2022;51(2):105-12.
15. อรณุช ธนะกลัด. ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศิริราช*. 2020;42(1):29-40.
16. พรพรรณ อุ้นประเสริฐ, คณะ. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อภาวะทรุดซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาล*. 2019;35(3):121-33.
17. มณฑิรา ทองคำ. การติดตามผลหลังจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน*. 2021;13(2):45-60

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

18. งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฝาง. สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลฝาง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลฝาง; 2024. เข้าถึงได้จาก: <https://misrequestdata.fanghospital.go.th/misrequestdata/>
19. Rorden J, Taft E. Continuity of care in discharge planning: A framework for improving patient outcomes. *J Health Serv Res.* 1990;15(2):97-105.
20. อดิณญา ลาลูน, บษพร วิรุณพันธ์. การใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพ. *วารสารการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ.* 2021;13(3):125-35.
21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
22. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns.* 2013;92(1):114–20.
23. Riley JP, Masters J. Practical multidisciplinary approaches to heart failure care: collaboration across the healthcare system. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:13–20.
24. Chen Y, Li X, Zhang Q, Liu L, Zhang Y. Impact of transitional care on hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:107–15.
25. Johnson JK, Flacker J. Hospital discharge planning for frail older patients: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2017;32(1):32–8.
26. Braun LT, Grady KL, Kutner JS, Adler E, Berlinger N, Boss R, et al. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation.* 2022;145(14):e1000–14.
27. จันทร์เพ็ญ หอมหวล, นิตยา เงินประเสริฐศรี, ศิริพร ชัมภลลิขิต. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2561;30(3):11–24.
28. สุภาวดี อินทร์ขำ, จิราพร จิตตปัญญา, กัญญารัตน์ ศรีนวล. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2563;38(2):45–59.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

พนาวัน พรหมเผ่า*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จำนวน 13 คน และผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 20 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 เมษายน พ.ศ.2568 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์รายบุคคล แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินอาการ การให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การดูแลระหว่างส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วย แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบรายงานผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ในระดับสูง โดยการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 90 การเตรียมอุปกรณ์ครบถ้วนร้อยละ 75 การพยาบาลก่อนส่งต่อร้อยละ 60 การพยาบาลระหว่างส่งต่อร้อยละ 75 และการส่งมอบผู้ป่วยร้อยละ 100 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32, SD = 0.47$) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความเป็นระบบและต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ข้อเสนอแนะคือควรมีจัดอบรมและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ และจัดหาอุปกรณ์ที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน, การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย, แนวปฏิบัติทางคลินิก

*โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Phanawan Promphao E-mail: gingphana@gmail.com

Received: 2 July 2025 Revised: 12 December 2025 Accepted: 19 December 2025

Development of Care for Patients with Acute Respiratory Failure at Pa Daet Hospital, Pa Daet District, Chiang Rai Province

Phanawan Promphao *

ABSTRACT

This was an Action Research study aimed at developing care guidelines for patients with Acute Respiratory Failure (ARF) and examining the results of using these guidelines to enhance the quality of patient care, including the satisfaction of the operating staff.

The sample included 13 staff members from the Emergency Department of Pa Daet Hospital and 20 patients with Acute Respiratory Failure, studied between January 1 and April 30, 2025. The study utilized the four-step Action Research process: Planning, Acting, Observing, and Reflecting. Research instruments included individual interview forms, the ARF patient care guidelines (comprising 5 steps: symptom assessment, standard nursing care, pre-transfer preparation, care during transfer, and patient handover), an observation form for guideline usage, a satisfaction questionnaire, and a treatment outcome report form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that staff compliance with the guidelines was high: patient preparation before transfer was 90%, equipment preparation was 75%, nursing care before transfer was 60%, care during transfer was 75%, and patient handover was 100%. Staff satisfaction with the guidelines was at a high level ($M = 4.32$, $SD = 0.47$). This demonstrates that the developed guidelines can systematize and ensure continuity of patient care, reduce the risk of complications, and enhance the quality of nursing. Recommendations include continuous training and skill development for staff, raising awareness of the importance of the guidelines, and ensuring adequate equipment is provided to further support effective care.

Keywords: Acute respiratory failure, Development of Patient Care, Clinical Practice Guidelines

* Pa Daet Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Phanawan Promphao E-mail: gingphana@gmail.com

Received: 2 July 2025 Revised: 12 December 2025 Accepted: 19 December 2025

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure) เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากมีความรุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการช่วยหายใจหรือดูแลต่อเนืองอย่างทันที่วงที่สถานการณ์โรคดังกล่าวในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อย ได้แก่ การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ ภาวะแพ้ และโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการสำลักอาาโดยข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศ อยู่ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจซึ่งมีอัตราการตาย ประมาณ 27.8 ต่อแสนประชากรหรือคิดเป็นผู้เสียชีวิตมากกว่า 18,000 รายต่อปีสำหรับเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า มีแนวโน้มผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 5-8 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน¹

จากข้อมูลของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่ท้าทายเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร เครื่องมือ และความพร้อมของระบบส่งต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลล่าช้าหรือขาดความต่อเนื่องซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจึงเป็นประเด็นสำคัญ

ที่สอดคล้องกับ นโยบายระบบสุขภาพระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมและปลอดภัยดังนั้นระบบการส่งต่อ (Referral System) จึงมีความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และหลังส่งต่อ² อย่างไรก็ตาม พบปัญหา เช่น การได้รับข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนส่งต่อ อุปกรณ์ช่วยชีวิตไม่พร้อมใช้งานระหว่างส่งต่อ เช่น เครื่องดูดเสมหะหรือเครื่องช่วยหายใจ และเจ้าหน้าที่บางส่วนขาดความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต ปัญหาเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจหรือไม่สามารถตรวจพบภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษานานขึ้นและเกิดความไม่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย³ พบว่า การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมและการแก้ไขปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับปัญหาจะสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉินและการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์⁴ พบว่าควรมีการติดตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติและจากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อก⁵ พบว่าบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแล ให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตเพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

เผื่อระวางภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมโรงพยาบาลป่าแดด
จังหวัดเชียงราย⁶ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด
30 เตียง พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566
มีจำนวน 35, 50 และ 69 รายตามลำดับจากการทบทวน
กระบวนการส่งต่อยังพบปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง
แสดงถึงช่องว่างขององค์ความรู้ คือ การขาดแนวปฏิบัติ
ที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน
หากสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นระบบจะช่วยลด
ความล่าช้า ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ
ในการทำงานของบุคลากร และเพิ่มความปลอดภัยแก่
ผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการ
วิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart⁷
ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act)
การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect)
ในลักษณะเป็นวัฏจักรต่อเนื่อง (Cycle) ทำให้เกิดการ
มีส่วนร่วมของทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
สามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ทางคลินิก⁸⁻⁹
ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนว
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในบริบท
ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจ
ล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอ
ป่าแดด จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย
หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว
เฉียบพลัน
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย
หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว
เฉียบพลัน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากร
หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว
เฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷
ซึ่งเหมาะสมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากเน้น
คุณค่าในการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการปรับใช้ให้
เหมาะสมตามบริบทของ ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และ
สร้างความต่อเนื่องในการงานทำงาน โดยดำเนินการ
วิจัยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด
จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่
1 มกราคม ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
(Purposive Sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่
กลุ่มที่ 1 บุคลากร กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 บุคลากร

เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด/ มีบทบาทเกี่ยวข้องกับ
ผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน/ ปฏิบัติงาน
ในตำแหน่งเดิมอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure) โดยแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก/ เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 เมษายน 2568/ อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 บุคลากรบุคลากรที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือสุขภาพ ไม่สามารถทำงานได้ หรือมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน/ อยู่ในช่วงลาป่วย ลาคลอด หรือหยุดงานต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล/ เป็นบุคลากรที่รับตำแหน่งใหม่หรือหมุนเวียนงานภายในช่วงเก็บข้อมูล ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือไม่เข้ารับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันของบุคลากรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดในการสัมภาษณ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันของโรงพยาบาลเวียงเชียงราย¹⁰ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด

2. แบบสังเกตการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale)¹¹

4. เวชระเบียนของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

5. แบบรายงานผลการรักษาตอบกลับจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หรือโรงพยาบาลปลายทาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน แนวคำถามการสัมภาษณ์รายบุคคล แบบสังเกตการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยนำไปตรวจสอบหาค่าความตรงของเนื้อหา กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยรวมได้ค่าเท่ากับ 0.80 และค่ารายข้อ 0.67-1.00) หลังจากนั้นปรับแก้ไขให้เหมาะสมด้านเนื้อหา ความชัดเจนด้านภาษา และครอบคลุมเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 5 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรในพื้นที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบต่อคำถาม และประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ก่อนนำผลที่ได้มาปรับปรุงเครื่องมือให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน พัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล และทดสอบความชัดเจนของเครื่องมือ เก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Act) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรม นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง จัดประชุมทีมเพื่อชี้แจงขั้นตอนและสร้างความเข้าใจ นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วมาใช้จริงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบเต็มรูปแบบทุกเวร ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observe) ติดตามการใช้แนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ตรวจสอบความครบถ้วนของการปฏิบัติตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน สังเกตปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความพร้อมของอุปกรณ์และระบบบริการ ติดตามความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับของบุคลากร

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเมินความพึงพอใจของบุคลากร จัดประชุมทีมสรุปผลลัพท์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลในระยะยาว และจัดทำรายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่เชิงเนื้อหา

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO No.109/2567 ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อ ด้านผู้ป่วย ด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์การประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ มีการประเมินทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของระบบประสาท อาการและอาการแสดง 2. การดูแลขณะส่งต่อ และ 3. การดูแลหลังส่งต่อเป็นการส่งมอบผู้ป่วย พร้อมทั้งเอกสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างเดินทางเฉียบพลันได้มาจากระบบรายงานความเสี่ยงที่ได้รับรายงานภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart
 ขั้นที่ 1 วางแผน
 - ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา
 - พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ
 - อบรมบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - นำแนวปฏิบัติไปใช้
 ขั้นที่ 3 สังเกตการณ์
 - ติดตามและเก็บข้อมูล ผลลัพธ์ทางคลินิก ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
 ขั้นที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติ
 - วิเคราะห์ข้อมูล และสะท้อนผลร่วมกับบุคลากร
 - สรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ตัวแปรตาม

- กระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่า

1. ขั้นวางแผน (Planning) การวางแผนในงานวิจัยนี้เน้นการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการ ซึ่งพบว่าปัญหาของการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว

1.2 ประเมินข้อบกพร่องในกระบวนการปัจจุบัน นำข้อมูลผลการดูแลรักษามาทบทวนเคสเพื่อค้นหาข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในการประชุมทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team หรือ PCT) ของโรงพยาบาลป่าแดด

1.3 ทบทวนแนวทางที่มีพบว่า ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ของโรงพยาบาลป่าแดด จึงศึกษาและทบทวนเอกสาร แนวปฏิบัติจากโรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย^๑

1.4 ออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การประเมินอาการ โดยประเมินทางเดินหายใจ การหายใจและช่วยหายใจ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของระบบประสาทและอาการและอาการแสดง รวมถึงการวัดอุณหภูมิร่างกาย 2. การให้การพยาบาล 3. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ ด้านผู้ป่วย ด้านอุปกรณ์ 4. การดูแลระหว่างส่งต่อ และ 5. การส่งมอบผู้ป่วย

1.5 จัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย สำหรับบุคลากรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบ

1.6 ทดสอบการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในสภาพแวดล้อมจริง

1.7 การติดตามผลและเก็บข้อมูล สังเกตการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาและเก็บข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1.8 หลังการทดลองใช้แล้ว ประเมินผลและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสม โดยรับข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว

1.9 จัดการประชุมเพื่อชี้แจงความสำคัญของแนวปฏิบัติให้แก่บุคลากร ในระหว่างประชุมของประจำเดือนของหน่วยงาน เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน รวมถึงการสาธิตวิธีการ

ใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ การประชุมนี้จัดขึ้นในช่วงประชุมประจำเดือน และขอความร่วมมือจากบุคลากรพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เปิดโอกาสให้ซักถามและ ตอบข้อสงสัย และสาธิตวิธีการใช้อุปกรณ์ตามแนวปฏิบัติ ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอนเป็นไปโดยความสมัครใจของบุคลากร ประชากรในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.30 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 30-34 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.80 วุฒิการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 92.30 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.20 ทั้งหมดไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันมาก่อน และเคยมีประสบการณ์การใช้แนวปฏิบัติในโรคอื่นๆ ร้อยละ 84.60

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) จากการศึกษาที่บุคลากรได้รับการชี้แจงและสาธิตวิธีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน บุคลากรสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ในการประเมินอาการของผู้ป่วย เช่น การตรวจทางเดินหายใจ การประเมินการหายใจ การประเมินการไหลเวียนโลหิต และการทำงานของระบบประสาท รวมถึงการดูแลในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย โดยการเตรียมข้อมูลที่จำเป็นและการใช้เครื่องมือช่วยในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ และยาหรือเวชภัณฑ์ และการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เกิดควบคู่กับการปฏิบัติการเน้นการประเมินความสามารถของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติตาม

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ที่ได้มีการฝึกอบรมและสาธิต การสังเกตพบว่า บุคลากรมีความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ครบถ้วน เช่น การประเมินทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต และการทำงานของระบบประสาท แต่ยังคงพบว่าการประเมินการช่วยหายใจและการประเมินอาการยังไม่ครอบคลุม

3.1 การประเมินอาการผู้ป่วย¹² ดังนี้ ประเมินทางเดินหายใจว่าเกิดการอุดตันหรือไม่ โดยสังเกตดู และฟังเสียงเสมหะในปาก ประเมินการหายใจและช่วยหายใจ คุณลักษณะการหายใจว่าหายใจเร็วหรือช้า สม่ำเสมอหรือไม่ ประเมินอัตราการหายใจค่าปกติ 12-20 ครั้ง/นาที ประเมินค่าความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากซีฟเจอร์ (SpO₂) ค่าปกติ 95-100% ประเมินค่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก End-tidal Carbon Dioxide (EtCO₂) ค่าปกติ 35-40 mmHg. คลำทรวงอกดู การขยายตัวของทรวงอก ว่าเท่ากันหรือไม่ หรือตรวจหาเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ฟังเสียงผิดปกติภายในปอด ประเมินการไหลเวียนโลหิต โดยการจับซีฟเจอร์ ค่าปกติ 60-100 ครั้ง/นาที วัดความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) \geq 65 มิลลิเมตรปรอท และการสังเกตอาการเหงื่อแตกตัว เย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว

ประเมิน การทำงานของระบบประสาท โดยประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) และอาการและอาการแสดง รวมถึงการวัดอุณหภูมิร่างกาย

3.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่า บุคลากรสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ เช่น การจัดทำผู้ป่วย และดูดเสมหะในปาก หากทางเดินหายใจไม่โล่ง ให้ Oropharyngeal airway ในการช่วยเปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจด้วยออกซิเจน การให้ยาพ่นขยายหลอดลม การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้สารน้ำกรณีที่มี

ภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือการดูแลเมื่อระดับความรู้สึกลดลง

3.2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อ

- ด้านผู้ป่วย มีการเตรียมข้อมูล ใบส่งตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีครบถ้วนร้อยละ 100 แต่พบว่าผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ครบถ้วน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 90

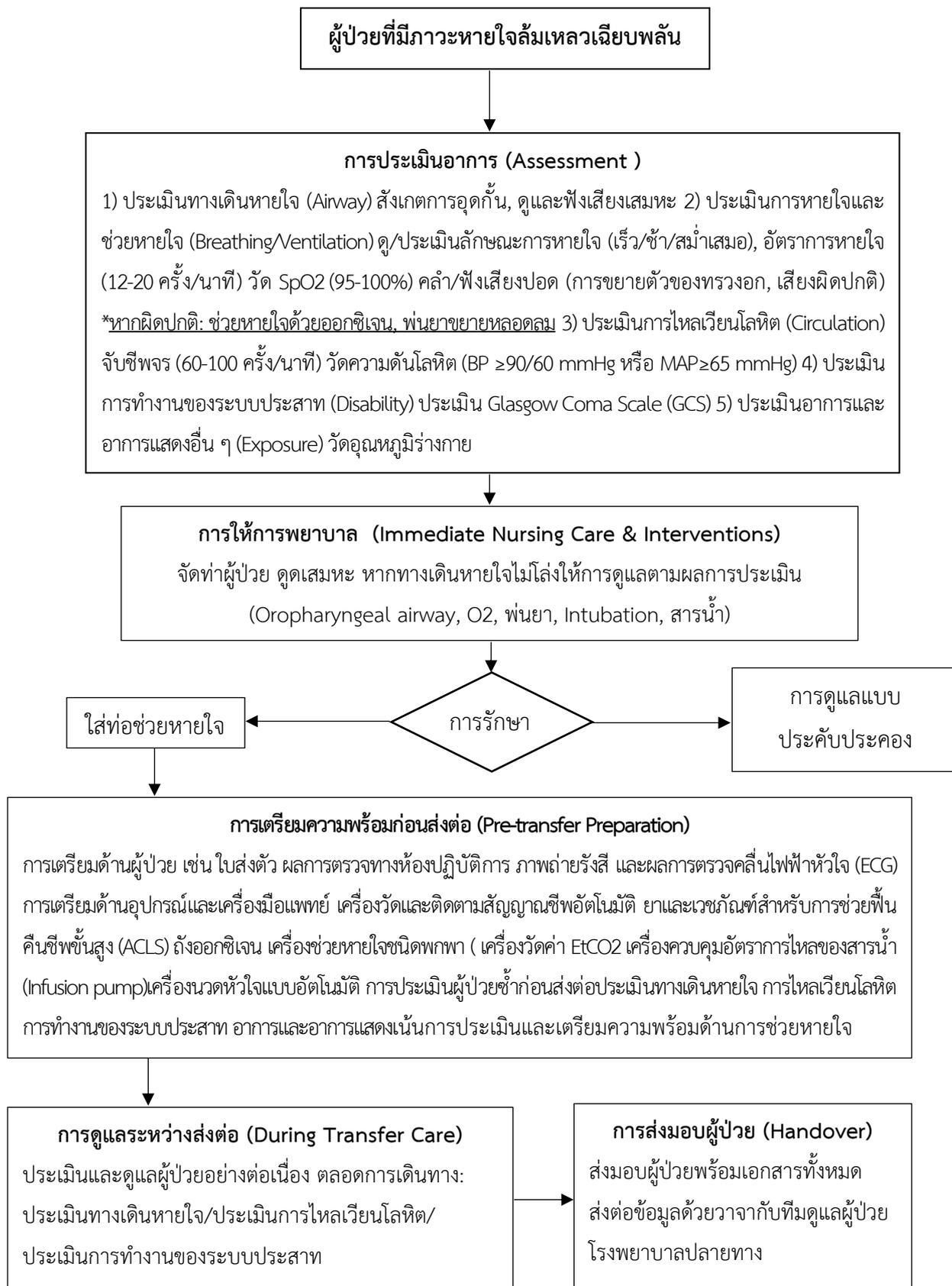
- ด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ มีการเตรียมความพร้อมครบถ้วนคือเครื่องวัดและติดตามสัญญาณชีพอัตโนมัติ ยาและเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และถังออกซิเจนร้อยละ 100 เครื่องช่วยหายใจชนิดพกพา และเครื่องวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก

(End-tidal Carbon dioxide: EtCO₂) ร้อยละ 65 เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ (Infusion pump) ร้อยละ 35 และเครื่องวัดหัวใจแบบอัตโนมัติ ร้อยละ 5

- การประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ มีการประเมินทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของระบบประสาท อาการและอาการแสดงครอบคลุมทั้งหมดร้อยละ 100 ส่วนการประเมินที่ไม่ครอบคลุม คือ การช่วยหายใจ ร้อยละ 65

- การดูแลขณะส่งต่อ การประเมินให้และการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ การประเมินทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของระบบประสาท ครอบคลุมทั้งหมดร้อยละ 100 ส่วนการประเมินที่ไม่ครอบคลุมคือการช่วยหายใจ ร้อยละ 65 และการประเมินอาการและอาการแสดงร้อยละ 25

- การดูแลหลังส่งต่อ เป็นการส่งมอบผู้ป่วย พร้อมทั้งเอกสาร และส่งต่อข้อมูลระหว่างเดินทางด้วยวาจา กับทีมดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลปลายทาง พบว่าครอบคลุม 100% ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อและไม่พบข้อเสนอนแนะจากโรงพยาบาลปลายทางจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริง ในบริบทของโรงพยาบาลป่าแดด



ภาพที่ 2 Flowchart การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย (n=20)

การดูแลผู้ป่วย	ประเมินการปฏิบัติ					
	ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ		ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย						
ข้อมูลผู้ป่วย	20	100.00	-	-	-	-
ใบส่งตัว	20	100.00	-	-	-	-
ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	18	90.00	2	10.00	-	-
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	20	100.00	-	-	-	-
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	20	100.00	-	-	-	-
อุปกรณ์						
เครื่องวัดและติดตามสัญญาณชีพ	20	100.00	-	-	-	-
อัตโนมัติ						
เครื่องช่วยหายใจชนิดพกพา	13	65.00	7	35.00	-	-
เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	20	100.00	-	-	-	-
หรือเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ						
เครื่องควบคุมอัตราการไหลของ	7	35.00	13	65.00	-	-
สารน้ำ (Infusion pump)						
ทางเดินหายใจ	20	100.00	-	-	-	-
การช่วยหายใจ	13	65.00	7	35.00	-	-
การไหลเวียนโลหิต	20	100.00	-	-	-	-
การทำงานของระบบประสาท	20	100.00	-	-	-	-
อาการและอาการแสดง	5	25.00	15	75.00	-	-
การดูแลขณะส่งต่อ						
ทางเดินหายใจ	20	100.00	-	-	-	-
การช่วยหายใจ	13	65.00	7	35.00	-	-
การไหลเวียนโลหิต	20	100.00	-	-	-	-
การทำงานของระบบประสาท	20	100.00	-	-	-	-
อาการและอาการแสดง	5	25.00	15	75.00	-	-
การดูแลหลังการส่งต่อ						
ส่งมอบผู้ป่วย	20	100.00	-	-	-	-
เอกสารการส่งต่อ	20	100.00	-	-	-	-
ส่งข้อมูลระหว่างการเดินทาง	20	100.00	-	-	-	-

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย (n=13)

คำถาม	\bar{X}	SD	ความพึงพอใจ
ความง่ายและความสะดวกในการนำไปใช้	4.23	0.44	มาก
ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ	4.46	0.52	มาก
ความเหมาะสมกับการนำไปใช้	4.23	0.44	มาก
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.31	0.48	มาก
ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.38	0.51	มาก
รวม	4.32	0.48	มาก

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเท่ากับ 4.32 อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก และคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดต่อความชัดเจนของแนวปฏิบัติเท่ากับ 4.46 รองลงมาคือ คะแนนความพึงพอใจมากต่อความเหมาะสมกับการนำไปใช้ 4.38 และความง่าย สะดวก ประสิทธิภาพของการใช้ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 ดังแสดงในตารางที่ 2

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Reflect) การสะท้อนผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อบุคลากรมีการเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และอุปกรณ์ครบถ้วน/ การดูแลขณะส่งต่อ การประเมินการช่วยหายใจและอาการแสดงยังไม่ครอบคลุม 100%/ การดูแลหลังส่งต่อ มีการส่งมอบข้อมูลครบถ้วน และไม่มีอาการทรุดลงระหว่างการส่งต่อ การใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในงานวิจัยนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อและไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลรักษาพยาบาล/ ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ที่ 4.32 ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก และยังพบว่าคะแนนที่สูงที่สุดคือความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (4.46) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคลากรเข้าใจและสามารถใช้นโยบายปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการดำเนินงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยใช้แนวปฏิบัติ พบว่าการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁷ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากร ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลป่าแดด แนวปฏิบัตินี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการประเมิน การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การดูแลระหว่างการส่งต่อ และการส่งมอบข้อมูลหลังส่งต่อ โดยผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

มีอาการทรุดลงระหว่างการส่งต่อและไม่พบอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ นี้สามารถยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ จริง สอดคล้องกับงานที่พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบว่าการจัดทำ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของ หน่วยงานช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการพยาบาล และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้แนวทางการพัฒนาเชิงระบบ ในลักษณะเดียวกันสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วย ภาวะหายใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

การประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลัง ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน พบว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทาง ได้ครบถ้วนเกือบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะในขั้นตอนของ การประเมินผู้ป่วย การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และการจัดเตรียมอุปกรณ์ก่อนส่งต่อ มีความครบถ้วนร้อยละ 100 ส่วนขั้นตอนที่ยังต้องพัฒนา คือการประเมิน การช่วยหายใจซึ่งปฏิบัติได้ร้อยละ 65 และการประเมินอาการและอาการแสดงขณะส่งต่อร้อยละ 25 ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง การเปลี่ยนแปลง เชิงพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคลากร หลังได้รับการอบรมและสาธิตการใช้แนวทางการดูแล จะช่วย เสริมศักยภาพและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานได้ อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่าการพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ช่วยลดข้อผิดพลาด ในการปฏิบัติและเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลการ ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับการพัฒนา แนวทางในงานวิจัยนี้³

การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหลัง ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลัน ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้แนวทาง พบว่าผู้ป่วย ไม่มีอาการทรุดลงระหว่างการส่งต่อ และ ไม่พบอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางการพยาบาล ขณะเดียวกันบุคลากรสามารถดูแลได้ครบตามเกณฑ์ เช่น การจัดทำผู้ป่วย การช่วยหายใจ และการติดตาม สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การมี แนวทางปฏิบัติ ที่ ชัดเจน ช่วยลด ความคลาดเคลื่อนในการให้การพยาบาลและเพิ่ม ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ดังนั้นแนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงถือเป็นกลไกสำคัญใน การพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิกของโรงพยาบาล

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรหลัง ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว เฉียบพลันจากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร จำนวน 13 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม เท่ากับ 4.32 (SD = 0.48) อยู่ในระดับมาก โดยมี คะแนนสูงสุดในด้านความชัดเจนของแนวทาง เท่ากับ 4.46 รองลงมาคือความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เท่ากับ 4.38 แสดงให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวเข้าใจ เหมาะสมกับการนำไปใช้จริง และช่วยให้บุคลากร ปฏิบัติงานได้สะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นว ปฏิบัติโดยรวมในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ นี้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนและได้รับ การยอมรับจากผู้ปฏิบัติ การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ พัฒนาขึ้น ตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้บุคลากร มีความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วย อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน^{14,15,16} แนวทางนี้สามารถต่อยอดไปสู่การพัฒนาเป็น Clinical Practice Guideline (CPG) ในระดับโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากร
 - 1.1 จัดอบรมและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
 - 1.2 ใช้การฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลองเพื่อเพิ่มความถูกต้องและรวดเร็ว
2. การจัดการอุปกรณ์
 - 2.1 จัดหาเครื่องมือที่ยังขาด เช่น infusion pump และเครื่องวัดหัวใจอัตโนมัติ
 - 2.2 ตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์เป็นประจำเพื่อพร้อมใช้งาน
3. การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม
 - 3.1 จัดประชุมสม่ำเสมอเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
 - 3.2 พัฒนาระบบสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วนและรวดเร็ว อาจใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยสนับสนุน
4. การประเมินผู้ป่วย
 - 4.1 เน้นการประเมินการช่วยหายใจและอาการสำคัญอย่างครอบคลุม
 - 4.2 ปรับปรุงกระบวนการประเมินระหว่างการส่งต่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
5. การสร้างความพึงพอใจ

5.1 รักษาความชัดเจนของแนวปฏิบัติและพัฒนาต่อเนื่องให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

5.2 การนำแนวปฏิบัติที่ได้รับผลลัพธ์ดีในการศึกษาอาจนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ โดยการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในแต่ละที่

6. การติดตามและประเมินผล จัดระบบติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ

7. การพัฒนาแนวปฏิบัติในภาวะเฉพาะทางขยายแนวปฏิบัติไปสู่การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินอื่น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การอบรมบุคลากร การจัดหาและดูแลอุปกรณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดด หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบงานวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคสำคัญรายปี พ.ศ. 2565. [Internet]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

- [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://spcl.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://drive.google.com/drive/folders/1rsFM1PeLGu1CaX-SdLgKtGVgyjEwOdVv>
 3. พรทิพย์ เนตรแสงศร. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย. [Internet]. เลย: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. 1-28. เข้าถึงได้จาก: <https://healthregion10.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว-จังหวัดเลย.pdf>
 4. จิรนนท์ ชูช่วย, ธัญมา หลายพัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารสหศาสตร์. 2566;23(2):128-41.
 5. อรสา เอี่ยมสม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อก: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;32(2):C44-C54.
 6. โรงพยาบาลป่าแดด. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2566. เชียงราย: โรงพยาบาลป่าแดด; 2566. หน้า 10.
 7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988. p. 59-66.
 8. มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, บุชบา วงศ์พิมล. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(1):107-17.
 9. ทิพวรรณ กระถินทองกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, เนตรชนก ศรีทุมมา. ผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2564;14(4):50-63.
 10. โรงพยาบาลเวียงเชียงราย. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. เชียงราย: โรงพยาบาลเวียงเชียงราย; 2567. หน้า 1-17.
 11. Likert, R. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale," in Attitude Theory and Measurement. P.90-95.
 12. พรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์, ยุวเรศมคค์ สิริธิชาญ บัญชา. หลักการซักประวัติและตรวจร่างกายในภาวะฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563. หน้า 19-81.
 13. จีรวรรณ ศิริมนตรี, ชนิษฐา สุงहन, ทศนีย์ แดขุนทด. ประสิทธิภาพการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2567;27(3):1-12.
 14. บุญชื่น อิมมาก, ปทิตตา นีกเว้น, สุนิตชา คณะเจริญ, ธณิดา หอมจัน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

โรงพยาบาลราชวิถี . วชิรสารการพยาบาล .

2565;24(1):162-71.

15. วาสนา วันชา, ชิดกมล สุดชา, เบญจวรรณ สวัสดิ์ผล.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตก

เลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. วารสารวิจัยและพัฒนา

นวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):275-86.

16. ชลธิดา จินดากุล, ชญาภา เยยโพธิ์. การพัฒนาระบบ

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

2567;8(15):92-107.

