



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง
ISSN : 3056-9699 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567
VOL. 1 NO.2 JULY - DECEMBER 2024



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปกิณกะสาระความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนดออก
:เผยแพร่ราย6เดือน ปีละ2ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญนัฐ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกรัก พิทาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พราวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี่

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปริญญญา สุริยงค์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

8.พญ.ศศิวิมล มุลกะเยาว์

นายแพทย์

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวงค์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้จัดการวารสาร

1.นายวัชร ก้นทะโย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานสุขศึกษา

คณะผู้จัดทำวารสาร

1.นายพงศกร ชันแก้วมิ่ง นักวิชาการสาธารณสุข

2.นางสาวสวรินทร์ มูลดี นักวิชาการสาธารณสุข

3.นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล ผู้ช่วยนักวิชาการสุขศึกษา

4.น.ส.เกศกนก ฉัตรทอง เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา

5.น.ส.กรรณิการ์ กัณฑ์รินทร์ นักวิชาการสาธารณสุข

6.นายอรรถพงษ์ นระา นักวิชาการสาธารณสุข

นิพนธ์ต้นฉบับ

- 1.ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
Effect of Self-Management Program on Hemoglobin A1C levels and Quality of life Among
Persons with Type 2 Diabetes in “Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal
Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn’s ๖๐th Birthday Anniversary”
จรินทร์ ดวงแสง.....1
- 2.รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่ อำเภอมกน้อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับ
การบำบัดรักษาเสพติดในโรงพยาบาลแม่ตื่น
Pattern of self-defense against substance re-use of substance abusers in Omkoi district :
A case study of drug treatment patients in Maetuen Hospital
ชาคร อินตะพันธ์.....19
- 3.ประสิทธิผลของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่
The Effectiveness of Shift Report Management through SBAR Model of Female Ward, Hod
Hospital, Chiangmai province
รติชยา แก้วกันใจ.....33
- 4.ผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยและความ
แม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา จังหวัดเชียงใหม่
Effect of Patient Triage Model Using the Emergency Severity Index Per Waiting Period Patients
and Accuracy of Triage, Accident and Legal Medicine Division Debaratana Vejjanukula Hospital
Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn’s ๖๐ th Birthday
Anniversary, Chiang Mai Province.
นฤมล ธรรมสอน.....51

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- The Relationship Between Health literacy and Health behavior of the elderly in Makhunwan Sub-district, Sanpatong District, Chiangmai Province.
- จุไรรัตน์ สิงห์แดง.....67
- 6.การพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา อบต.เวียงท่ากาน
- Development of a participatory community health system prototype model using the National Health System Charter's concept: A case study of Wiang Tha Kan Subdistrict Administrative Organization
- ทิพิชา โปษยานนท์.....83

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลเทพรตนเวชชานุกุล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา

Effect of Self-Management Program on Hemoglobin A1C levels and Quality of life Among Persons with Type 2 Diabetes in Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60 th Birthday Anniversary

จรินทร์ ดวงแสง (Jarintorn Duangsang)*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิต การมีพฤติกรรมการจัดการตัวเองเรื่องโรคเบาหวาน จะช่วยในการควบคุมโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่ม เดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรตนเวชชานุกุล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติ Pair t -test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) และหลังเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) เมื่อสิ้นสุด โปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองและเมื่อผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการ จัดการตนเองโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-management) ที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งการลด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปลงสู่ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด,คุณภาพชีวิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรตนเวชชานุกุล เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา / Jarinds@icloud.com

* Registered Nurse, Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary/ Jarinds@icloud.com



Abstract

Diabetes is a disease that is related to lifestyle. Having self-management behavior regarding diabetes will help control the disease and promote the quality of life of people with diabetes. The objectives of this study were to study the effect of a self-management program on hemoglobin A1c (HbA1c) and quality of life Among Persons with Type 2 Diabetes in “Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn’s 60th Birthday Anniversary”. This research was a quasi-experimental study with One groups pre and posttest design. The sample consisted of 30 peoples with type 2 DM. There were received a 12 weeks Self-Management Program. The research tool were diabetes self-management interview, hemoglobin A1c levels and quality of life interview record form. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and pair t-test. The results of the study revealed that, the mean hemoglobin A1c (HbA1c) levels on Persons with Type 2 Diabetes after receiving a self-management program lower than before, at the significant level of.001. And the mean of quality of life scores on Persons with Type 2 Diabetes after receiving a self-management program better than before, at the significant level of.001. At the end of the program, the effectiveness of the self-management program was demonstrated and when people with type 2 diabetes had appropriate diabetes self-management behavior, The results were good in both reducing levels. As Hemoglobin A1C (HbA1c) and quality of life improved. Therefore, this program should be implemented in the people with type 2 diabetes who are unable to control

Keywords: self-management program, Diabetes Self-management, hemoglobin A1c, quality of life

บทนำ

โรคเบาหวานอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมไปถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย สาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2 DM) (Diabetes Association of Thailand, 2023) จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวาน

เพิ่มขึ้นถึงจำนวน 643 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2023) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) สถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาทีและเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนของการมีน้ำตาลสูงถึง 2.2 ล้านคน โดยร้อยละ 43 ของผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานหรือโรคแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปีและมีการประมาณการว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2573 ทุกประเทศทั่วโลกจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่



เป็นเบาหวาน 1.7 ล้านล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคน ต่อปี และมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 3.3 ล้านคน ในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 98,257 คน

โรคเบาหวานหากมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นและการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมไปถึงเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ เช่นค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 5.3 ล้านคน โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 28,200 บาทต่อคนต่อปี (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023) ในด้านผลกระทบต่อบุคคลโดยตรงคือ เมื่อผู้ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ไตวาย เรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา หรือการตัดเท้าจากแผลที่เท้าเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวาน ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้สำเร็จ และหากไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง รู้สึกไม่มีคุณค่า แยกตัว ละเลยในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ตามมาและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Orapin Sikaow, 2016) การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตยังส่งผลกระทบ

ด้านเศรษฐกิจสังคม การประกอบอาชีพไม่ได้ ทำให้รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการต้องดูแลรักษาตนเอง (Rungnoi, 2017) การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นการกระทำที่บุคคลใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองต่อพฤติกรรมของตนเองและการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ (Kanfer & Gaelick, 1991) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-management) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอและเพียงพอ การจัดการความเครียดและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน จะช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงช่วยยับยั้งการดำเนินของโรคและป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ (Temram, 2022)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เช่น ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Temram, 2022) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (Lalun & Wirunphan, 2021) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน



(Chumchiang, 2018) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการครองชีพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Sabysook, Supametaporn & Songthai, 2019) เป็นต้น จากการทบทวนพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) รวมไปถึงมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในปัจจุบันมีพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (self-management promoting) ในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ

อำเภอแม่แจ่มผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวน 1,984 คน ถือเป็นโรคที่มารักษาบ่อยเป็นอันดับที่ 2 ของโรงพยาบาล รองมาจากโรคความดันโลหิตสูง (Heath Data Center: Ministry of Public Health, 2023)จากการสำรวจพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารักษาในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา ยังมีผู้รับบริการที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-management) ให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง การไม่ออกกำลังกายหรือมีการออกกำลังกายไม่เหมาะสมและยังไม่มีการจัดการความเครียดด้วยตนเองที่เหมาะสม พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานที่ยังควบคุมไม่ได้คือมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7% ถึงร้อยละ 74.65 (Medical Record and Statistics Center of Debaratana Vejjanukula Hospital, 2023) ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ยังควบคุมไม่ได้คือมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7% ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและในจำนวนนี้พบ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 24.09 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 1.27ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจ ร้อยละ 5.22 ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.98 จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและของครอบครัว รวมไปถึงเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญ ของปัญหานี้ จึงได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาโดย อนัญญา ลาลูน และ บษพร วิรุณพันธ์ (Lalun & Wirunphan, 2021) ซึ่งนำมาใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาใช้ในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารักษาในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถลดและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c)พฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานอยู่ในระยะสงบ (diabetes remission) สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ส่วนด้านสังคมและเศรษฐกิจยังสามารถลดภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา ผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมในหัวข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. เบาหวานชนิดที่ 2
2. การจัดการตนเอง
3. การจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน
4. คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1c > 7\%$) โดยใช้แนวทางการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick -Buys, 1991) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้

ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)
2. การกำกับตนเอง (Self-monitoring)
3. การประเมินตนเอง (Self-evaluation)
4. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One groups pre and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย



โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ 1-3

- มีการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (Goal setting)
- มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การมีทักษะในการจัดการตนเอง มีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self-monitoring)

สัปดาห์ที่ 4-7

- ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่วางไว้ (Self-evaluation)
- สนับสนุนการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self-monitoring) อย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8-10

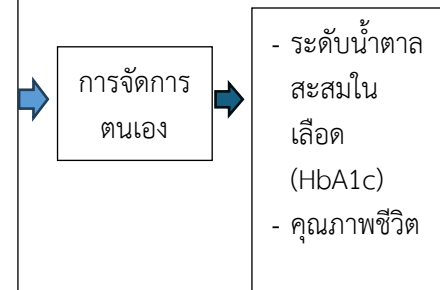
- ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Self-evaluation) สนับสนุนและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 11

- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12

- ติดตามประเมินผล



การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และขนาดอิทธิพลของสิ่งที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ อนุญญา ลาอุณและบษพร วิรุณพันธ์ (Lalun & Wirunphan, 2021) เท่ากับ .69 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่น 0.05 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G power analysis ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 ราย เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อย 10 เปอร์เซนต์ จึงเพิ่มเป็น จำนวน 30 ราย

โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 - 80 ปี
 2. เป็นผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาด้วยยา ชนิดรับประทานและมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 %
 3. มีโรคร่วมไม่เกิน 2 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โดยไม่นับโรคที่ไม่ต้องรักษาต่อเนื่อง
 4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
 5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาเกณฑ์การยุติ
1. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 12 สัปดาห์



2. มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างร่วมกิจกรรม
3. มีการย้ายถิ่นฐานระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
4. ประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) โดย อนุญญา ลาลูน, บษพร วิรุณพันธ์ (Ananya Lalun, Botsaporn Wirunphan, 2021) ประกอบด้วยแผนการสอนตามทฤษฎีการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

1.2 คู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นสื่อประกอบที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ได้แก่ คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน สมุดบันทึกการจัดการตนเอง ภาพพลีการอาหารและรายการยา วิดีทัศน์การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

1.3 แบบวัดการจัดการตนเอง เป็นแบบวัดการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อวัดกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัย สร้างโดย อนุญญา ลาลูน, บษพร วิรุณพันธ์ (Lalun & Wirunphan, 2021) จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 16 ข้อ ด้านการใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือด 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ และด้านการจัดการ

ความเครียด 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5 - 6 วัน ปฏิบัติ 3 - 4 วัน ปฏิบัติ 1 - 2 วัน และไม่ปฏิบัติ สำหรับข้อคำถามด้านบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 แปลผลระดับโดยใช้คะแนนรวมดังนี้ น้อยกว่า 85.9 คะแนน ระดับการจัดการตนเองระดับต่ำ 86 - 135.9 คะแนน ระดับการจัดการตนเองระดับปานกลางและคะแนน 136 - 185 คะแนน ระดับการจัดการตนเองระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ประวัติการใช้ยา

2.2 แบบบันทึกค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยการวัด 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2. ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3. ด้านสัมพันธภาพกับสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ เพิ่มการแปลผลค่าคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดสอบความตรงตามเนื้อหา

เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ขอเืมโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้ทำมาแล้ว อนุญญา ลาลูนและบษพร วิรุณพันธ์ (Lalun & Wirunphan, 2021) โดยผ่านการทดสอบความ



ตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ.86

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

1.แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.834

2.แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.829

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยสำรวจและมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย จากนั้นได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างและแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ตลอดจนขอความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในคลินิกโรคเบาหวาน 1 วัน และดำเนินการดังนี้ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 - 3 เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้

มีการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (Goalsetting) และกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การมีทักษะในการจัดการตนเอง มีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self - monitoring) สัปดาห์ที่ 4 - 7 ดำเนินกิจกรรมเพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่วางไว้ (Self-evaluation) มีการสนับสนุนการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self-monitoring) อย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 8 - 10 มีการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Self - evaluation) ของกลุ่มตัวอย่างและสนับสนุนและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 11 มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะประเมินผล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองในคลินิกโรคเบาหวานตามโปรแกรมการจัดการตนเองในแต่ละรายหลังครบ 12 สัปดาห์ โดยมีการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และประเมินผลคุณภาพชีวิต



โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

- แนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
- อธิบายแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest)
- ประเมินผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง
- นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน
- สนับสนุนการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (Goal setting)
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การมีทักษะในการจัดการตนเอง มีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self-monitoring)
- สรุปการตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 - 7

- ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่วางไว้ (Self-evaluation) รวมถึงปัญหาและอุปสรรค และการแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการของแต่ละคน
- สนับสนุนการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอีกครั้ง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด และการสังเกตอาการผิดปกติ
- สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม (Self-monitoring) อย่างต่อเนื่อง
- ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อเนื่อง และมีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 - 11

- ติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ สนับสนุนและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครั้งละประมาณ 10 -15 นาที นัดพบผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 11
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง



สัปดาห์ที่ 12

- ตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (post test)
- สรุปกิจกรรมและแลกเปลี่ยน การเข้าร่วมกิจกรรมและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและปิดกิจกรรม

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคมถึงเมษายน พ.ศ.2567

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย 54.97 (S.D.= 9.83) สถานภาพสมรส จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 83.33) โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 56.67) เรียนจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) เรียนจบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) เรียนจบปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 53.33) รับราชการ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20) ค้าขาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60) ระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 43.33) 6 - 10 ปี จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 33.33) มากกว่า 10 ปี จำนวน 7 ราย (ร้อยละ

23.34) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.67) และไม่ดื่มสุรา จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 53.33) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
เพศ				
ชาย	15	50.00	1.50	0.50
หญิง	15	50.00		
อายุ				
30 - 39 ปี	2	6.67	54.97	9.83
40 - 49 ปี	7	23.33		
50 - 59 ปี	10	33.33		
60 - 69 ปี	9	30.00		
70 - 79 ปี	2	6.67		
อายุต่ำสุด 34 ปี สูงสุด 73 ปี				
สถานภาพสมรส				
สมรส	25	83.33	1.17	0.37
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	16.67		
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.67	2.57	1.07
ระดับประถมศึกษา	17	56.67		
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67		
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.67		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33		
อาชีพหลัก				
รับราชการ	6	20.00	2.77	0.85
ค้าขายหรือทำธุรกิจ	6	20.00		
เกษตรกรรวม	16	53.33		
อื่น ๆ	3			
- รับจ้าง	2	6.67		
- ไม่ได้ทำงาน	1	3.33		



ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=30) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
กลุ่มรายได้				
5,000 – 9,999 บาท	11	36.67		
10,000 – 14,999 บาท	6	20.00		
15,000 – 19,000 บาท	2	6.67		
20,000 – 24,999 บาท	3	10.00		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	12	40.00	1.60	0.49
เพียงพอ	18	60.00		
ไม่ดื่ม	16	53.33	2.20	1.42
ดื่มทุกวัน	3	10.00		
ดื่มนานๆครั้ง	11	36.67		

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (pair t-test)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	p-value
เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (ก่อน)	9.47	1.45	-15.00	<.001
เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (หลัง)	8.28	1.29		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า หลังเข้า

ร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)



ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (pair t-test)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	p-value
เปรียบเทียบคะแนนด้านคุณภาพชีวิต (ก่อน)	84.50	5.24	-15.00	<.001
เปรียบเทียบคะแนนด้านคุณภาพชีวิต (หลัง)	100	6.33		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ตาราง 4 คะแนนด้านคุณภาพชีวิต

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน เฉลี่ย	ระดับ	คะแนน เฉลี่ย	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย				
1. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง	111	สูง	127	สูงมาก
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	94	สูง	114	สูง
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	101	สูง	117	สูง
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ในแต่ละวัน	98	สูง	115	สูง
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	102	สูง	114	สูง
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	93	สูง	113	สูง
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	103	สูง	121	สูงมาก
รวม	100.29	สูง	117.29	สูง
ด้านจิตใจ				
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	94	สูง	116	สูง
9. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	95	สูง	113	สูง
10. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	95	สูง	113	สูง
11. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	96	สูง	114	สูง
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่	119	สูง	131	สูงมาก
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	98	สูง	109	สูง



รวม	99.50	สูง	116.00	สูง
ด้านสัมพันธภาพกับสังคม				
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา	97	สูง	117	สูง
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นี้	96	สูง	117	สูง
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่นี้	96	สูง	117	สูง
รวม	96.33	สูง	117.00	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อม				
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	97	สูง	119	สูง
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด	98	สูง	115	สูง
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด	90	สูง	111	สูง
20. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุข	95	สูง	118	สูง
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	92	สูง	114	สูง
22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนักน้อยเพียงใด	91	สูง	116	สูง
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากนักน้อยเพียงใด	95	สูง	117	สูง
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน	96	สูง	116	สูง
25. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	92	สูง	116	สูง
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ความเป็นอยู่) ในระดับใด	92	สูง	117	สูง
รวม	93.80	สูง	115.90	สูง
รวมทั้งหมด	97.15	สูง	116.42	สูง

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ซึ่งเป็นผลมาจากการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคเบาหวานที่เหมาะสม มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบต่อบุคคลที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991)



ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยโปรแกรมการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมมีเป้าหมายในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอและเพียงพอ การจัดการความเครียดและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน มีการติดตามผู้เข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมเป็นระยะ ทั้งการเยี่ยมบ้านละติดตามทางโทรศัพท์และ Application Line เพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่วางไว้ (Self-evaluation) มีการสนับสนุนการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมและให้กำลังใจเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่าเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นประจำและพฤติกรรมคงอยู่เกิน 8 สัปดาห์จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมไปถึง ในสัปดาห์ที่ 12 ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองจากหลายการศึกษาได้แก่ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Temram, 2022) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (Lalun & Wirunphan, 2021) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Chumchiang, 2018) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายที่ดีขึ้น รวมไปถึงการศึกษาของ โซตนาโคและ จุฬารณ์ โสตะ (Sattanako & Sota, 2017) พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-management) ที่เหมาะสมมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในด้าน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอและเพียงพอ การจัดการความเครียดและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลให้สามารถควบคุมและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. จากการวิจัยพบว่าหลังการร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ คลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลพื้นที่อื่นๆได้ รวมทั้งโรงพยาบาลสุขภาพตำบลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน



2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันในเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 024/2566

เอกสารอ้างอิง

- Chumchiang P., Supametaporn P. & Songthai N.(2018). **The Effect of a Self-Management Support Program on Health Behaviors and Body Mass Index in People with Pre-diabetes.** Journal Of Health Science, 19(1):108-119.
- Hongsawong S. (2019). **Effectiveness of a Self-Management Program for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Phonsai Hospital. Roi Et Province.** Journal Of Health Science, 19(28): 411-417.
- Kanfer,F., & Gaelick, L, (1991). **Self-Management methods.** In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds), **Helping people change: A text-book of methods.** New York: Pergamon Press.
- Lalun A. & Wirunphan B. (2021). **Effectiveness of Self-Management Program on Hemoglobin A1C levels and Quality of Life in People with Diabetes Mellitus in the Kanhhro Hospital Chaiyaphum Province.** Rachawadeesarn: Boromarajonani College of Nursing Surin Journal,11 (1): 66-79.
- Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary. (2023). **Number and rate of complications in diabetic patients in 2022-2023.** Retrieved from *HOSxP* XE4 Web Application.
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control. (2023). **Number and death rate of 5 non-communicable diseases 2017-2022.**[online]. Retrieved May 30 , 2024 from: <http://www.thaincd.com/2016/mision/documents.php?tid=32&gid=1-020>.
- Ministry of Public Health, Health Data Center. (2023). **Number and Complication rate of Diabetes Mellitus Patients in Maechaem District Chiangmai Province.** .[online]. Retrieved May 30 , 2024



- from:<https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Nampatai S. (2017). **The Effectiveness of a Diabetes Self-Management Program on Glycemic Control Behaviors and Hemoglobin A1C of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients.** Master's dissertation. Christian University. Chiangmai. Thailand.
- Rungnoei N., Kruttakart S., Meebunnak Y., Buneng N. & Tanapongmethee W.(2017). **Health Care Seeking Behavior Among Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.** Journal Of Health Science, 29(2): 201-210.
- Sabysook N., Supametaporn P. & Songthai N.(2018). **The Effect of a Self-Management Support Program on Health Behaviors and Glomerular Filtration Rates Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease.** Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal, Special Edition: 17-150.
- Sattanako C. & Suta C. (2017). **Effect of Self-Management Program On Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes.** Journal of Nursing and Education, 10 (4): 32-47.
- Sikaw A. (2016). **Management in Diabetes.** (3rd Edition). Bangkok: M & M laserprint. International Diabetes Federation.
- Temram N. (2021). **Effect of Self-Management Program on Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients.**[online]. Retrieved May 30, 2024 from: http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_202209121851904734.pdf.
- Thailand Diabetes Association. (2023). **Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023.** .[online]. Retrieved May 30, 2024 from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/understand-diabetes/understand-diabetes-4>.
- World Health Organization, (2023). **World Diabetes Statistics.** [online]. Retrieved May 30, 2024 from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1



รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่
อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลแม่ต๋อน

Pattern of self-defense against substance re-use of substance abusers in
Omkoï district : A case study of drug treatment patients in Maetuen Hospital

ชาคร อินตะพันธ์ (Chakorn Intaphun) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลกระบวนการสัมภาษณ์ พูดคุยสนทนากลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอ อมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลแม่ต๋อน โดยผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลไว้ 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษา และผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาสำเร็จ จำนวน 22 คน (2) บุคคลในครอบครัวของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และผ่านการบำบัดรักษาสำเร็จ จำนวน 4 คน (3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้ยาเสพติด 2 คน (4) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ต๋อน จำนวน 2 คน ระยะเวลาในการดำเนินการภายใน 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้ แบบสัมภาษณ์รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำ และเครื่องมือด้านอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ กล้องบันทึกภาพ กล้องถ่ายวิดีโอ และเครื่องบันทึกเสียง ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดซ้ำด้านตนเอง,ครอบครัว,ชุมชนและสังคม,กฎหมาย จำแนกตามรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำตามปัจจัยศึกษาชุดความรู้ รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยตนเอง พบว่า (1) การส่งเสริมความรู้ การส่งเสริมทักษะชีวิต และสร้างภูมิคุ้มกัน (2) การสร้างเป้าหมายและตารางการดำเนินชีวิตใหม่ (3) การกระตุ้นในระดับจิตใต้สำนึกและความคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (4) การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในตนเองว่าตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงการกลับเข้าสู่วงจรเดิมได้ (5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด (6) การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต้องสมัครใจ,รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยครอบครัว พบว่า (1) การ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้คู่สมรสเกี่ยวกับสารเสพติดและการบำบัด (2) การสร้างความ ไว้วางใจ ความเชื่อใจต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด (3) การสร้างพื้นที่หรือวงสนทนา ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้เกิดบรรยากาศของการพูดคุยสนทนาเพื่อสร้างความเข้าใจ (4) การวางแผนเพื่อการสร้างเป้าหมายในชีวิตแก่ผู้ผ่านการบำบัดฯ (5) การสื่อสารของสมาชิกภายใน ครอบครัวที่จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจความรู้สึกของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด (6) การเตรียมความพร้อมของคู่สมรส เพื่อรองรับการกลับมาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด (7) การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ,รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยชุมชนและสังคม พบว่า (1) การปรับมุมมองทางความคิดของสมาชิกในชุมชนในลักษณะของการไม่ตีตราถึงความผิดพลาดที่ เกิดขึ้นในอดีต (2) การสร้างคุณค่าในตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด (3) ชุมชนต้องเป็นชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดปัญหาของสารเสพติดได้ (4) การสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในชุมชน (5) การสร้างอาชีพเสริม (6) การมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนของ



สมาชิกในชุมชน (7) การมีผู้นำที่ดีและมีความเข้มแข็ง,รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยระบบกฎหมายพบว่า การ ดำเนินการทางกฎหมายเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสแก่ผู้ที่ติดสารเสพติด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติด้วยการพิจารณา การกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ผ่านการบำบัดอาการติดสารเสพติดต่อสาธารณะ อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่ ผ่านการบำบัดรักษาฯ ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน และองค์กรที่จะรับบุคคลเข้าปฏิบัติงาน ทั้งสองประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยมองว่าเป็นช่องว่างของการ ดำเนินงานทางกฎหมายที่ใช้ในการปฏิบัติต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาฯ และหน่วยงานที่ต้องรับผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาฯ เข้าปฏิบัติงานในองค์กร ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถหาทางออก และช่องทางที่สร้างโอกาสและความเป็นธรรมแก่ทั้งสองฝ่ายได้

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันตนเอง, ผู้ผ่านการบำบัดรักษา, พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด,การใช้สารเสพติดซ้ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ตื่น / Iconkrit@gmail.com

* Registered Nurse Maetuen Hospital / Iconkrit@gmail.com



Abstract

A descriptive study collected data on the interview process. group chat discussion The objective is to study the results Pattern of self-defense against substance re-use of substance abusers in Omkoi district : A case study of drug treatment patients in Maetuen Hospital by the researcher. Define information providers into 4 groups: (1) Group receiving treatment and people who have successfully completed treatment, 22 people. (2) Family members of people who have received treatment and have successfully completed treatment, 4 people. (3) Group of experts involved in drug use prevention 2 Person (4) Group of staff responsible for the treatment of drug addicts in the Maetuen Hospital drug clinic, totaling 2 people. Time to proceed within 3 months. months The tools used in the study were as follows: an interview form for Pattern of self-defense against substance re-use Participatory and non-participant observation was conducted along with data collection on self-protection patterns for substance re-use. and electronic tools, including cameras Camcorder Voice recorder and Use it as a research tool.

The results of the study revealed that self-protection patterns for repeat drug use The details are as follows. Patterns of self-protection in re-use of substances by oneself were found to be (1) promoting knowledge Promoting life skills and building immunity (2) Creating goals and New lifestyle schedule (3) Stimulating the subconscious mind and thoughts to make changes (4) Creating confidence in oneself that oneself You can avoid going back into the old cycle. (5) Changing behavior and thinking. (6) Entering the treatment process must be voluntary. The model for self-protection in family reuse of substance use was found to be (1) strengthening knowledge and understanding of married couples about substance abuse and treatment; (2) building trust and confidence in those who have passed through Treatment of drug addiction (3) Creating a space or conversation circle between family members to create an atmosphere of conversation to create understanding (4) planning for creating goals in life for those who have undergone therapy (5) communication among internal members Families that must be based on understanding the feelings of those who have undergone treatment for substance addiction. (6) Preparation of married couples. To support the return of those who have undergone drug addiction treatment. (7) Career preparation A model for self-protection in drug reuse using community and society was found to be (1) adjusting the mental perspective of community members in a way that does not stigmatize mistakes that are Happened in the past (2) Creating value in people who have undergone treatment for drug addiction. (3) The community must be a community that has knowledge about managing the problem of substance addiction. (4) Creating an atmosphere of Learning within the community (5) Creating additional careers (6) Participation in community management of community members (7) Having good and strong leaders The model for self-protection in drug reuse through the legal system found that legal action is an important part that increases the opportunities for people addicted to drugs. able to return to life in society normally by considering Determination of data access rights and distribution of private data Individuals publicly related to those undergoing drug addiction treatment. It may affect those who Through treatment Both



directly and indirectly At the same time, it affects the organization and Organization that will hire people to work These two issues are what the researcher views as gaps in Carry out legal work used in treating people who have undergone treatment. and agencies that must accept those who pass Treatment Enter to work in the organization Therefore, relevant agencies can find solutions and A channel that creates opportunities and fairness for both sides.

Keywords: *self-protection model, people who have undergone treatment, drug prevention behavior, drug reuse*

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดทั่วโลกส่งผลให้ประชากรในปี พ.ศ. 2562 ทั้งโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติด และต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูรวมทั้งสิ้น 35 ล้านคน และในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากรายงานนี้พบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจากสารโอปิออยด์ (กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น) อยู่ที่ 53 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการประมาณการ เมื่อปี พ.ศ. 2559 ถึง 56% มีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดใน พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน โดยในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากโอปิออยด์ ราว 2 ใน 3 (Strategic plan for treatment and rehabilitation of drug patients fiscal year 2018-2020,2018:4) และสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งมีการแพร่ระบาดมากเช่นเดียวกัน การติดตามผลการดำเนินการตามแผนแม่บทโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืนระหว่างปีงบประมาณ 2555-2556 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหา ยาเสพติด สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ แลโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพติดฝิ่นในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย พบว่าโดยรวมประสบความสำเร็จได้ดี เพราะสามารถช่วยให้ผู้เสพติดฝิ่นสามารถหยุดเสพฝิ่นโดยได้รับยาเมทาโดน (Methadone) ทดแทนการเสพฝิ่นได้ร้อยละ 12.11 แต่ในการติดตามผลเมื่อครบระยะเวลา 1 ปี พบว่า เลิกเสพฝิ่น

ได้สำเร็จโดยไม่ใช้ยาใดๆ ร้อยละ 5.44 กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 65.72

สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการขยายแพร่ระบาดอย่างมาก เพราะกลุ่มผู้ผลิตเน้นการเพิ่มปริมาณยาเสพติดเข้ามาให้มากที่สุด เพื่อท่วมตลาดให้เกิดการกระตุ้นความต้องการของผู้เสพให้ยังคงอยู่ ประกอบกับราคายาเสพติดที่ถูกลง เป็นปัจจัยเสริมให้กลุ่มผู้เสพสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ทำให้ สถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติดยังอยู่ในภาวะรุนแรง (Drug Prevention and Suppression Committee 2020: 14) แต่กระนั้นสถานการณ์เรื่อง ฝิ่น ก็ยังถือได้ว่าเป็นพืชเสพติดที่เป็นปัญหา และส่งผลกระทบต่อสังคมไทยจนถึงปัจจุบัน ทำให้ฝิ่นได้สอดแทรก ซึมซับและปรับเปลี่ยนเข้ามามีบทบาทอย่างแนบแน่นเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยโดยเฉพาะสังคมกลุ่มพี่น้องชาวเขา หรือกลุ่มพี่น้องชาติพันธุ์ ฝิ่นมีบทบาทที่ว่าด้วยเรื่อง ของความเชื่อวิถีจารีตวัฒนธรรมประเพณีรวมถึงด้านเศรษฐกิจอาทิ เช่น ฝิ่นเป็นของในการเซ่นผี, ฝิ่นเป็นเครื่องประกอบในการขอขมา, ฝิ่นเป็นของมงคลใช้ในการแต่งงาน, ฝิ่นเป็นของต้อนรับแขกหรือมาเยี่ยมเยียน, ฝิ่นเป็นรายได้เป็นต้นที่ผ่านมารัฐบาลได้ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาที่ จึงน่าเป็นห่วงว่าสถานการณ์ฝิ่นอาจจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในบางพื้นที่ของประเทศ ซึ่งได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตากซึ่งเห็นได้จากข้อมูลการค้า การแพร่ระบาดที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ข้างต้น และจำนวนของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งนี้



เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในสังคมปัจจุบันที่เอื้อ และสามารถเข้าถึงการสื่อสารที่ง่าย และสะดวกรวดเร็ว ในการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้ ผลจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นก่อนที่ผู้วิจัยจะเริ่มเขียนข้อเสนอวิจัย ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ทำให้ ทราบว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงานและวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพิษภัยของยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ตลอดจนถึงครอบครัวและประชาชนในพื้นที่ รวมถึงความมั่นคงทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ในพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ จึงเป็นที่มาในการตั้งข้อสังเกตจากการศึกษาประเด็นปัญหาข้างต้น กล่าวคืออะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่ติดยาเสพติดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และจะมีรูปแบบในการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาได้ อย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษารูปแบบการป้องกันตนในการใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด ปัจจัยใดที่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้กลุ่มผู้เข้ารับการรักษาไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้วิจัยเชื่อว่าหากผลการวิจัยนี้เสร็จสิ้นจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้รับการรักษา ครอบครัว ของผู้ที่ติดยาเสพติด รวมถึงองค์กรหรือหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านการบำบัดยาเสพติด สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการรับมือแก้ไขปัญหการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ของผู้ผ่านการบำบัด รักษาอาการติดยาเสพติดได้ รวมถึงยังเป็นประโยชน์ต่ออีกหลายภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน หากผลการศึกษาสำเร็จ และถูกนำไปปฏิบัติย่อมเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลแม่ตื่น

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า (Kavinum Suporn et al.,2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาสารเสพติดในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดตาก พบว่า ด้านการดำเนินงานการคัดกรองผู้เข้ารับการรักษาบำบัด การดำเนินการบำบัดรักษาตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจให้อยู่ในระบบการบำบัดสร้างการยอมรับของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการบำบัด และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่เป็นรูปธรรม (Sirilak Panya, 2018) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยสำคัญ ด้วยกันคือ ปัจจัยหลักคือด้านบุคคล ปัจจัยที่รองลงมาคือด้านครอบครัว ปัจจัยต่อมาคือด้านสังคม ดังนั้นจะป้องกันปัญหาการกลับมาเสพยาซ้ำนั้นต้องเริ่มแก้ที่ตัวบุคคลเป็นอันดับแรกโดยสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติดและควรเสริมสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถควบคุมตนเองส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอีกทั้งช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และขอโอกาสต่อสังคมให้ต้องให้อีกโอกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้เข้าทำงาน โดยทั้งนี้ควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการทำวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research) โดยเน้นการศึกษาบำบัดแบบเชิงรุกการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชนจะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการรักษาบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันการหวนกลับไปใช้สารเสพติดอย่างถาวร (Yiamsuriyong Danaiphon,2018) สถานบำบัดยาเสพติดตัวกระบวนการชุมชนบำบัด พบว่า การบำบัดยาเสพติดในวิธีชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดยาเสพติดในประเทศไทย โดยจะรับผู้ที่ต้องการบำบัดยาเสพติดนั้นเข้ามารับการบำบัดโดยการอยู่ร่วมกัน และดูแลซึ่งกันและกัน อยู่



ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ และกฎระเบียบเพื่อให้อยู่ร่วมกันอย่างเป็นครอบครัว ซึ่งจะศึกษาแนวคิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสถานบำบัดและการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนบำบัดเพื่อมาออกแบบสถานที่บำบัดยาเสพติดที่อำนวยความสะดวกการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนบำบัดให้เกิดสภาวะน่าอยู่และเหมาะสมโดยแนวคิดสถานบำบัดยาเสพติดที่เป็นเหมือนบ้าน เพราะการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนบำบัดคือ การที่ทุกคนมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว การบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนบำบัดเป็นวิธีการรักษาซึ่งจะนำมาประยุกต์กับข้อมูลในการออกแบบสภาพแวดล้อมของสถานบำบัด เพื่อให้เกิดคุณภาพในเชิงจิตวิทยาที่ดีขึ้นกับผู้บำบัด และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมตามข้อมูลที่ศึกษา ผลของการศึกษาการออกแบบโครงการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นสถานที่ให้ผู้ติดยาเสพติด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยได้นัดหมายไปที่กระบวนการสัมภาษณ์ พูดคุย สทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลจากปัญหาที่กำหนดไว้ตามวัตถุประสงค์ในวิจัย เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ตื่น ทำการศึกษาในช่วงระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยมีกลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ตื่น ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาฝิ่นที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาในพื้นที่อำเภออมก๋อย กรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลใน

โรงพยาบาลแม่ตื่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Finite estimate mean จากโปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง N4 studies โดยค่าที่นำมาใช้คำนวณจากงานวิจัยเรื่องผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์ปีส์ระยะบำบัดยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า โดยรวมของผู้ป่วยเฮอร์ปีส์ระยะบำบัดยาภายหลังการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.04 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คน แบ่งตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ข้อมูล สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1)กลุ่มผู้เข้ารับการรักษา และผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาสำเร็จ จำนวน 22 คน (2)บุคคลในครอบครัวของผู้ที่เข้ารับการรักษา และผ่านการบำบัดรักษาสำเร็จ จำนวน 4 คน (3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้ยาเสพติด 2 คน (4) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ผู้ที่ติดยาเสพติดในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ตื่น จำนวน 2 คน

วิธีการในการรับอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการ

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้เสพยาฝิ่นเป็นสารหลัก เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดโรงพยาบาลแม่ตื่น เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดกฎเกณฑ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาในการวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเที่ยงตรงและเป็นข้อมูลเชิงลึกอย่างแท้จริง สาเหตุในการเลือกใช้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยด้านสารเสพติด และมีความคุ้นเคยกับพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดีทำให้สามารถเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยได้และสามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มให้ข้อมูลทั้งหมดได้



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรในการวิจัย

- ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ (Independent variable) คือ รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด
- ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ การป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติด

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่การศึกษาใช้เทคนิคการศึกษาหลาย ๆ วิธี ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงจากปรากฏการณ์ในพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวมไปถึงการลดช่องว่างระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จะทำให้บรรยากาศในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความคิดเห็นเป็นไปด้วยความราบรื่นในขณะทำการศึกษาวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลแม่ตื่น โดยในการเป็นรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลของผู้ผ่านการบำบัดและเข้ารับการรักษา แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ส่วนที่ 3 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการรักษา ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะงานวิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ บุคคลในครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ส่วนที่ 3 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะงานวิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อำเภออมก๋อย กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลแม่ตื่น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์

3. เครื่องมือด้านอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ กล้องบันทึกภาพ กล้องถ่ายวิดีโอ เครื่องบันทึกเสียงใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งส่วนในเอกสาร การสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้

1)การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ เช่น หนังสือ ตำรา บทความวารสาร วารสาร และอื่น ๆ ทั้งในอินเทอร์เน็ต และหนังสือของห้องสมุดมาเสริมในประเด็นที่เชื่อมโยงกับการศึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการวิจัย

2)การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม มี 3 รูปแบบดังนี้

(2.1)การเก็บรวบรวมวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)การเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ผู้ศึกษาวิจัยกำลังศึกษาดีที่สุด และมีความเกี่ยวข้องมากที่สุดโดยผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้เลือกวิธีการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยจนกว่าข้อมูลที่ได้จะอิ่มตัว

(2.2)การใช้วิธีสนทนากลุ่ม (Focus group) การสนทนากลุ่มเป็นจะใช้ทั้งหมด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกัน และรักษาเสพติด จำนวน 8 – 10 คน และกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด และผู้บำบัดยาเสพติด จำนวน 8-10 คน



(2.3)การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเสพติดซ้ำของผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการการบำบัดรักษา จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe's method

กรอบแนวความคิด

รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อำเภอมกนัง ครอบคลุมผู้เข้ารับบำบัดรักษายาเสพติดโรงพยาบาลแม่แต่มียารละเอียดยังนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเสพติดซ้ำในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยตนเอง, ครอบครัว, ชุมชน และสังคม,กฎหมาย ซึ่งสรุปได้ตามกรอบแนวคิดดังนี้

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อำเภอมกนัง ครอบคลุม ผู้เข้ารับบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลแม่แต่มกนัง จากการวิจัย พบว่า

1.1 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยตนเอง จากการวิจัย พบว่า

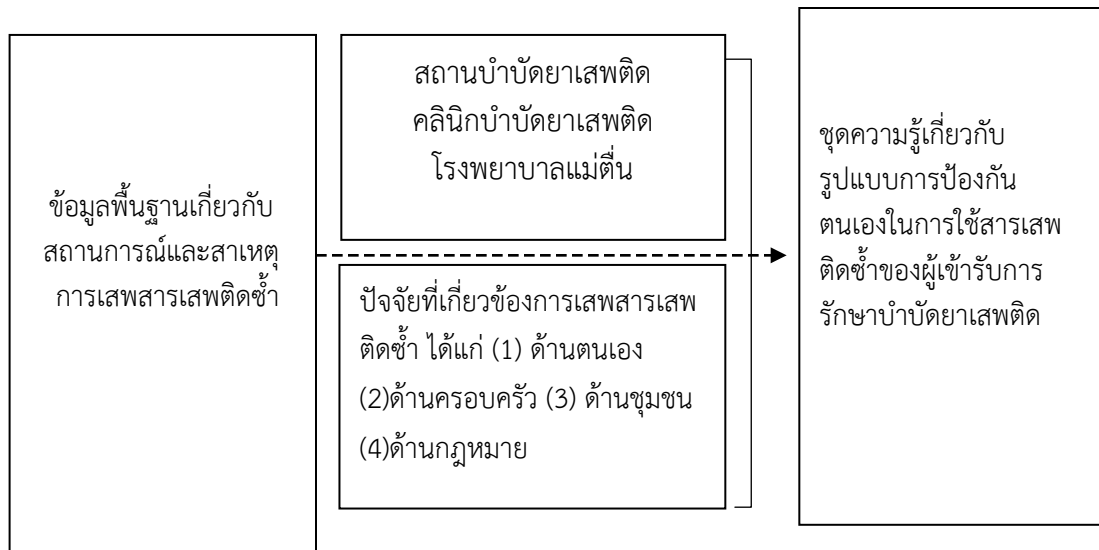
(1) การส่งเสริมความรู้ ทักษะชีวิต และสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับหลักคิดของ (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2012) ได้กล่าวว่า การป้องกันการเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งมี ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด จะช่วยให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาสามารถรับมือกับตัวกระตุ้น เหล่านี้ได้ อันจะนำไปสู่การลดโอกาสของการไปยุ่งเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้

(2) การวางแผนการกลับไปใช้ชีวิตหลังจากผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดสำเร็จ การสร้างเป้าหมายใหม่ การจัดตารางการดำเนินชีวิตใหม่ สอดคล้องกับ (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2012) ได้กล่าวว่า การกำหนดตารางเวลาของตนเองเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน และใส่ใจกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ลงไปในช่วงเวลาของคุณ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร ไปทำงาน ไปเรียน การไปพบปะกับเพื่อนที่ไม่ได้เสพยา การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ช่วยทำงาน ครอบครัว ทำงานเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน เป็นต้น

(3) การกระตุ้นในระดับจิตใต้สำนึก และความคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการปลูกฝังรู้สึกถึงความเกรงกลัวต่อความกตัญญูทเวที่ต่อครอบครัว ซึ่ง สอดคล้องกับ ผลการวิจัย ของ (Chanmanee Ratchaneeporn, 2013) ที่วิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้ความสามารถของตน และความตั้งใจเลิกยาเสพติด ของผู้ป่วยชายเสพติด พบว่า โปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ดังนั้นบุคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพควรได้เรียนรู้ และนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดยาเสพติด

(4) การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในตนเองว่าตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงการกลับไปสู่วงจรเดิมได้ สอดคล้องกับ ผลการวิจัย ของ (Tasananchalee Piyawan, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการไม่เสพติด : ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบ บังคับบำบัด พบว่า สาเหตุหนึ่งมาจากสภาพแวดล้อมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการสนับสนุนให้พฤติกรรมไม่เสพติด ดังนั้นการให้โอกาส และให้อภัยเพื่อสร้างความมั่นใจในตัวผู้ผ่านการบำบัดให้มีความรู้สึกมั่นใจว่าคนรอบข้างยังรักเขาอยู่ ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรม ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้





(5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด หรือเรียกว่า การปรับโครงสร้างความรู้ความเข้าใจเป็น กระบวนการทางจิต (Cognitive Restructuring) ซึ่ง สอดคล้องกับ (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2012) ได้กล่าวว่า การหยุดความคิดต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ ผ่านการบำบัดหวนกลับไปเสพติดซ้ำ

(6) การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต้อง สมัยครใจ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ(Chainakin Chattri et al, 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด พบว่า การยุติการเสพยาบ้าเกิดจากความต้องกร และมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเลิกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถยุติการใช้สารเสพติด ได้ นอกจากนี้ การมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัดประกอบกับการมี บุคลิกที่เอื้อต่อการไม่เสพยาซ้ำได้

1.2 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำ ด้วยครอบครัว จากการวิจัย พบว่า

(1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ ครอบครัวของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด สอดคล้องกับแนวความคิดของ(Chompoobutr Teerasak, 2013) ได้ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากยาเสพติดไว้ว่าศึกษาหา ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และสร้างความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว บิดา มารดา ญาติพี่น้องกล้าคิด กล้าทำ ในสิ่งที่ต้องการ จะรู้ หรือขอคำแนะนำจากบิดามารดา เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัดให้สามารถเลิกใช้ สารเสพติดได้อย่างถาวร

(2) การสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อใจต่อผู้ ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด ซึ่งเชื่อมโยงกับ ผลการวิจัยของ(Phochanakarn Saisuda, 2020) ที่วิจัย เกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติด และครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ พบว่า ระดับ พลังอำนาจของผู้ป่วยเสพติด และครอบครัวเพื่อป้องกันการ กลับไปเสพยาซ้ำ คือคุณลักษณะระดับบุคคลที่เกิดจาก การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ



ในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

(3) การสร้างพื้นที่หรือวงสนทนาระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้เกิดบรรยากาศของการพูดคุยสนทนาเพื่อสร้างความเข้าใจหรือที่เรียกว่า (Empathy) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Chainakin Chattri et al., 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการ เลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด พบว่า การให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ การยกโทษ และให้โอกาสแก้ตัวใหม่จากบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดจะช่วยผู้ผ่านการบำบัดรักษามีพื้นที่ในการปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหา ของตนเองได้

(4) การวางแผนเพื่อการสร้างเป้าหมายในชีวิตแก่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ครอบครัวจะต้องมีแผนในการรองรับการกลับมาใช้ชีวิตของลูกที่ผ่านการบำบัดรักษาฯ สอดคล้องผลการวิจัยของ (Tasananchalee Piyawan, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการไม่เสพยา: ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด พบว่า สาเหตุหนึ่งมาจากสภาพแวดล้อมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการสนับสนุนให้พฤติกรรมการไม่เสพยา ดังนั้นการให้โอกาส และให้อภัยเพื่อสร้างความมั่นใจในตัวผู้ผ่านการบำบัดให้มีความรู้สึกมั่นใจว่าคนรอบข้างยังรักเขาอยู่ ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้

(5) การสื่อสารของสมาชิกภายในครอบครัวที่จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัยของ (Mungkung Waraporn , 2018) ที่วิจัยเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึก และอบรมบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่า บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นชายควรตระหนักถึงการประเมินความขัดแย้งในครอบครัว และพัฒนารูปแบบและกิจกรรมวิธีการเพื่อลดความขัดแย้งนี้

เพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชาย

(6) การเตรียมความพร้อมของครอบครัว เพื่อรองรับการกลับมาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด ครอบครัวต้องเตรียมแผนในการดึงลูกให้กลับมาสู่วงจรการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องสอดคล้องความคิดของ (Chompooobutr Teerasak, 2013) ได้ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากยาเสพติดไว้ว่า ศึกษาหา ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และสร้างความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว บิดา มารดา ญาติพี่น้องถกเถียงกัน ในสิ่งที่ต้องการจะรู้ หรือขอคำแนะนำจากบิดา มารดา เพื่อไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ผ่านการบำบัดให้สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างถาวร

(7) การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ เพราะอาชีพเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดเวลาว่างของผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Kavinum Suporn et al., 2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด ในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดตาก พบว่า ด้านการดำเนินงาน: การคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัด การดำเนินการบำบัดรักษาตามโปรแกรม สร้างแรงจูงใจ ให้อยู่ในระบบการบำบัดสร้างการยอมรับของครอบครัว และมีส่วนร่วมในการบำบัด และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น การจัดกิจกรรม หรือการส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสารเสพติดประกอบอาชีพ หรืออาชีพเสริม และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดช่วงเวลาที่จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปคิดถึงสารเสพติดได้

1.3 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยชุมชน และสังคม จากการวิจัย พบว่า

(1) การปรับมุมมองทางความคิดของสมาชิกในชุมชนที่มีต่อผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด ในลักษณะของการไม่ตีตราถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต

(2) การสร้างคุณค่าในตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ผ่านการ



บำบัดรักษามีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อชุมชนสังคม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Toontakit Narant, 2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานศึกษา: กรณีศึกษาโครงการเยาวชนอาสาพลังแผ่นดินตำบลตะพง อำเภอมือง จังหวัดระยอง พบว่า การป้องกันปัญหาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสร้างคุณค่าในตนเอง และการนำเอาเครื่องแบบเป็นเครื่องมือใน การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนตนเอง

(3) ชุมชนต้องเป็นชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดปัญหาของสารเสพติดได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) อ้างถึงใน (Pukeaw Aumporn , 2013: 28) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าความยั่งยืนของการเอาชนะยาเสพติด อยู่ที่ความเข้มแข็งของหมู่บ้านชุมชนที่จะต้องเฝ้าระวังดูแล และแก้ไขปัญหาต่อเนื่องในระยะยาวจึงเป็นจุดแตกหักของปัญหาเงื่อนไขความเข้มแข็งของหมู่บ้านและชุมชน และการบูรณาการด้วยการเอาจริงเอาจังกับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

(4) การสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในชุมชน โดยเฉพาะการเข้าถึงการศึกษาแก่สมาชิกภายในชุมชนด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ 1 ในชุมชนได้รับการศึกษาตามความสนใจของ 1 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Toontakit Narant, 2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานศึกษา: กรณีศึกษาโครงการเยาวชนอาสาพลังแผ่นดินตำบลตะพง อำเภอมือง จังหวัดระยอง พบว่า การป้องกันปัญหาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานศึกษาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนควรมีกิจกรรมที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนต้องบูรณาการการทำงานที่ส่วน เช่น การส่งเสริมบรรยากาศของกิจกรรมทางการเรียนรู้เพื่อรับมือกับปัญหาเสพติด

(5) การสร้างอาชีพเสริมให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติด จะช่วยลดเวลาหรือช่วงเวลาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ไม่คิดถึงสารเสพติด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Intajun Tanachon

et al., 2013) ที่วิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา ในภาคอีสานตอนล่างพบว่า การปรับสภาพแวดล้อมภายในชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินกิจกรรมทางเลือกในการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนเพื่อส่งเสริมการศึกษา และฝึกทักษะชีวิต

(6) การมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนของสมาชิกในชุมชน อาทิเช่น การร่วมกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อจัดตั้งเป็นศูนย์ หรือผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาเสพติดรายใหม่ มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัยของ (Hamontree Aekarat, 2018) ที่ศึกษาเรื่องความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ความสำเร็จในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล

1.4 รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยระบบกฎหมาย จากการวิจัยพบว่า การดำเนินการทางกฎหมายเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสแก่ผู้ที่ติดยาเสพติด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเมื่อหายจากการติดยาเสพติด อย่างไรก็ตามผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาบางส่วนจะมีข้อมูลที่ปรากฏในฐานข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) หรือระบบอื่น ๆ ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดในรูปแบบการบังคับบำบัดจะมีข้อมูลปรากฏอยู่ในสารบบจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลต่อการปรากฏชื่อของตนเองอยู่ในระบบดังกล่าว เพราะอาจจะส่งผลต่อการประกอบอาชีพของตนเองในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณาจารย์ กัลยาณมิตรทุกท่าน ตลอดจนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้



จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง SPT REC NO 041/2566

เอกสารอ้างอิง

- Nilaban, Sumnao. Nakayotinsakul, Yaowares. Khobthong, Ladda. et al. (2020). **Quality of Life of Opium Addicts after Treatment and Rehabilitation at Drop-in Center.** Journal of Health Science, 32(3): 502-513.
- Ruangpompun, kanokwan. (2014). **Therapeutic factors in psychotherapy drama groups for nursing Students.** Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 28(2): 32-45
- Harm Reduction International. **What is harm reduction.** [Internet]. Retrieved Jan 19, 2023 from from: <https://hri.global/what-is-harm-reduction>
- Highland Research and Development Institute. (2013). **Expansion project master plan Results of the Royal Project to solve the problem of opium growing areas Sustainable for a period 4 years (2010-2013).** Chiang Mai: Highland Research and Development Institute.
- Thato, Ratsiri. (2023). **Nursing Research: Concepts to application.** Bangkok: Degree vision company
- Purahong, kunya. (2020). **Factors affecting the relapse of drug addicts in Pathum Thani.** Journal of Psychiatric Nursing 25, 32(2): 24-40.
- Ueakit, noralux .(2012). **Motivation for drinking alcohol.** Journal of Psychiatric Nursing Chulalongkorn University,22: 4-11.
- Yeepu, jalunlux.(2016). **A study of the re-addiction process of drug patients receiving treatment In the form of Intensive rehabilitation through a new line at Thanyarak Institute.** Master's dissertation. Srinakharinwirot University, Bangkok. Thailand.
- Chakpimai, chalean.(2012). **Behavior to protect yourself from drugs Students at King Mongkut's University of Technology North Bangkok.** Bangkok. Thailand.
- Yeaimsuriyong, danaiporn. (2018). **Drug treatment center with community treatment process.** Mater's dissertation. Sripatum University. Bangkok. Thailand.
- Kavinum, Suporn. et al. (2018). **Model Development for Relapse Prevention After Treatment Among Substance Abusers in Tak Province.** The Golden Teak : Humanity and Social Science Journal, 23(2).
- Punya, siriluk. (2018). **Factors for returning to use Repeated drugs among people receiving drug treatment in a drug rehabilitation center in the region Northeast.** The 2nd Ratchathani Academic National Research Conference and Presentation "Research 4.0 for developing the



country towards stability, prosperity and sustainability”. Ubon Ratchathani. Ratchathani University.

Yiamsuriyomg, Danaipon. (2018). **Therapeutic Community Drug Rehabilitation Center**. Bangkok. Sripatum University.

Hamontree, aekarat. (2018). **The Success of Community in Protection and Solution of Problem of Youth Risking to Drug Addition in Angthong Province**. Journal of MCU Nakhondhat, 5(2).

Toontakit, naraint. (2013). **Drug Prevention for At-Risk Youth Group outside The School: A Case Study of Youth Volunteers for Land Forces Project in Taphong Subdistrict, Muang District, Rayong Province**. Journal Research Chulalongkorn University,38(2).



ประสิทธิผลของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิง
โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of Shift Report Management through SBAR Model
of Female Ward, Hod Hospital, Chiangmai province

รติชยา แก้วกันใจ (Ratichaya Kaewkanjai)*

ศุภณารี เกษมมาลา (Suphanaree Kasemmla)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิงจำนวน 9 คน ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และทำการวัดผลก่อนกับหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (One group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลดำเนินการเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR และแบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการส่งเวร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย นาฬิกาวัดเวลา กล้องวงจรปิดแบบไร้สาย แบบบันทึกระยะเวลาการส่งเวร แบบบันทึกอุบัติเหตุประจำวัน และแบบสอบถามประสิทธิผลของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน โดยหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) มีค่าเท่ากับ 0.91 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.93 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการเปรียบเทียบข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test และร้อยละความแตกต่าง

ผลการวิจัยพบว่า การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ทำให้ระยะเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และจำนวนอุบัติเหตุการคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลลดลงร้อยละ 66.66 นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR อยู่ในระดับมาก

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลและเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหน่วยงานอื่นต่อไปได้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, การรับส่งเวร, รูปแบบ SBAR

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฮอด Email: ratichaya@gmail.com

*Registered Nurse, Professional Level, Hod Hospital Email :ratichaya@gmail.com

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: supa_kmala@hotmail.com

**Nursing Instructor at McCormick Nursing Faculty, Payap University, Chiangmai. E-mail: supa_kmala@hotmail.com



Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of the SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) handoff model in the female inpatient ward at Hod Hospital, Chiang Mai. The sample consisted of 9 professional nurses selected through purposive sampling. The study employed a one-group pretest-posttest design and was conducted over a period of six weeks. Research instruments included the SBAR handoff manual, handoff forms, a stopwatch, a wireless CCTV camera, handoff duration logs, daily incident logs, and an SBAR handoff effectiveness questionnaire. The questionnaire was developed from relevant literature and validated by four experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 0.91 and a reliability coefficient of 0.93. Data analysis involved frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-tests, and percentage differences.

The results indicated that the SBAR handoff model significantly reduced the handoff duration ($p = 0.02$) and decreased handoff-related incidents by 66.66%. Additionally, the professional nurses reported high overall satisfaction with the SBAR handoff process.

In conclusion, the SBAR handoff model proved to be effectiveness and beneficial in reducing handoff duration and errors. Nursing administrators can implement this model to improve the quality of handoffs in other department

Keywords: Effectiveness, Shift Report Management, SBAR Model

บทนำ

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานขององค์กร โดยเฉพาะในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการส่งมอบข้อมูลที่ครอบคลุม ชัดเจน ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การวางแผนการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับที่ Leonard, Graham & Bonacurth (2004) ได้กล่าวไว้จากรายงาน JointCommission International (2023) ยังชี้ให้เห็นว่าความล้มเหลวในการสื่อสารสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจได้ และพบว่าร้อยละ 60 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลทั่วโลกเกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาการรับส่งเวรทางการพยาบาลในประเทศไทยซึ่งพบปัญหาด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านผู้ส่งเวรได้แก่ การ

สื่อสารข้อมูลไม่ชัดเจน (Meijan, 2017) การเตรียมข้อมูลในการส่งเวรไม่พร้อม ทำให้ส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ หรือส่งข้อมูลมากเกินไปจนจำเป็น (Uten, 2015) อีกทั้งการส่งเวรไม่มีการสรุปความสำคัญของปัญหาการพยาบาล ตามลำดับทำให้ผู้รับเวรเกิดความสับสนไม่ทราบข้อมูลสำคัญที่ต้องติดตามปัญหา หรือไม่ทราบความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อไปในเวรถัดไป (Meijan, 2017) 2) ด้านผู้รับเวรได้แก่ การไม่ตั้งใจฟัง ไม่มีการจดบันทึกข้อมูลหรือจดไม่ครบถ้วนและ 3) สถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ขณะรับส่งเวรมีการพูดคุยนอกประเด็นเสียงดัง แพทย์มาเยี่ยมอาการผู้ป่วย มีเสียงโทรศัพท์ ชัดจังหวะขณะรายงานข้อมูลส่งผลให้ผู้ส่งเวรและผู้รับเวรขาดสมาธิ (Srichatthanawat, 2018) รวมถึงปัจจัยอื่นที่กล่าวไว้ เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเวร หรือสถานการณ์เร่งด่วนอื่นๆที่



แทรกเข้ามา เป็นต้น (Wongwiset, Sriwilai, & Sriaroon, 2022)

โรงพยาบาลฮอดซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ได้พบว่าความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาลเกิดจากการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด (Summary of risk report :Hod hospital, 2023) หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด ให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทุกสาขาทั้งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ออโธปิดิกส์ กุมารเวชกรรม สูติรีเวชกรรม และจิตเวช โดยมีการจัดอัตรากำลัง แบ่งเป็น 3 ผลัดมีพยาบาลปฏิบัติงานในเวรเช้า 5 คน รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย เวรบ่าย 3 คน และเวรดึก 2 คน มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 25 คน/วัน วันนอนเฉลี่ย 2.78 ในปี 2566 พบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของการสื่อสารในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 42 ครั้ง ความผิดพลาดในการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ 28 ครั้ง การรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการล่าช้า 30 ครั้ง และผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจำนวน 35 ครั้ง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ระดับ B-F (Incident report record for female inpatient ward, 2023) จากการ Root Cause Analysis พบว่าสาเหตุหลักล้วนมีจุดเริ่มจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคลากร จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าในหอผู้ป่วยไม่มีรูปแบบการส่งเวรที่เป็นมาตรฐานและพยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 77.8 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในหญิงน้อยกว่า 5 ปี เป็นพยาบาลจบใหม่และพยาบาลรับย้ายมาจากหลายโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวทางการส่งเวรในแบบของตนเอง การรับส่งเวรจึงเป็นแบบอิสระ ขึ้นกับประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละคน พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลที่ผิดพลาด ไม่ชัดเจน ไม่ตรงประเด็น ไม่เรียงลำดับเหตุการณ์และความสำคัญ ข้อมูลที่ส่งต่อไม่ครบถ้วน ขาดหาย การละเลยการส่งต่อกิจกรรมที่ยังไม่ได้ทำหรือซ้ำซ้อน การส่งต่อข้อมูลที่ไม่จำเป็นมากเกินไป ทำให้ใช้ระยะเวลาการส่งเวรนาน แต่จับประเด็นสำคัญไม่ได้ ทำให้ผู้รับเวรเกิดความเบื่อหน่าย และผู้ป่วยไม่ได้รับการ

ส่งต่อปัญหาการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลฮอดได้เล็งเห็นปัญหาและความสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งการส่งเวรเป็นภารกิจหลักของพยาบาลวิชาชีพที่จะสื่อสารการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยหากรายงานการส่งเวรไม่สมบูรณ์หรือผิดพลาดย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน และอาจเกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ยังเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Goal ,PSG :SIMPLE) ในข้อ 2.1 Effective communication ตามเกณฑ์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(Hospital Accreditation Institute, 2022)ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมหลักของโรงพยาบาลฮอด (Core value) ที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด โดยคาดหวังให้เป็นต้นแบบในการสื่อสารการรับส่งเวรที่มีประสิทธิภาพในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบSBAR ของหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอดโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. ศึกษาระยะเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ SBAR
 2. เปรียบเทียบจำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ SBAR
 3. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR
- #### การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม Royal Institute of Thailand. (2009)ได้อธิบายว่าประสิทธิผลหมายถึง ผลสำเร็จหรือความสามารถในการบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยไม่เน้นเพียง



แค่การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังรวมถึง การได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการ

การรับส่งเวรเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนถ่ายโอนและส่งต่อข้อมูล การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและปัญหาที่ยังคงอยู่ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้รับเวรสามารถวางแผนการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ(Meijan, 2017)เช่นเดียวกับ Ponkamla, & Yutthasorn (2023) ที่กล่าวว่าการบอกเล่าข้อมูลของผู้ส่งเวรให้เห็นถึงปัญหา วิธีการดูแล และวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยตามแผนการดูแลและแผนการรักษา มีประโยชน์ในการช่วยวางแผนดูแล และติดตามตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการให้กับผู้ป่วยไปแล้วและมอบหมายเวรต่อไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสมวัตถุประสงค์ของการรับส่งเวรมีหลายประการ แต่สามารถสรุปได้ว่าการส่งเวรที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลในเวรต่อไปเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วยและสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย(Srisuriya, 2020) อีกทั้งการส่งเวรเป็นโอกาสให้พยาบาลมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเสริมสร้างการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด และสร้างความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีในทีมการพยาบาล (Boonsiri, 2020) การรับส่งเวรทางการพยาบาลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) ผู้ส่งเวร หมายถึง ผู้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยและผลการปฏิบัติงานของตนที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน ให้แก่ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรการพยาบาลที่มารับงานผลัดต่อไป 2) ผู้รับเวรหมายถึง พยาบาลวิชาชีพและสมาชิกทีมที่จะเริ่มปฏิบัติงานมาร่วมในกิจกรรมการรับส่งเวรเพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยในเวรก่อนหน้า 3) ข้อมูลที่ใช้ในการรับส่งเวร 4) เวลาในการรับส่งเวรการรับส่งเวรจะดำเนินการในช่วงการผลัดเปลี่ยนเวลาในการปฏิบัติงานของ และ

5) สถานที่ในการรับส่งเวรควรมีการกำหนดไว้อย่างเหมาะสมสภาพแวดล้อมไม่มีสิ่งรบกวน (Zolkefli, 2022)

นอกจากนี้ Leonard, Graham, & Bonacum (2004) ได้อธิบายว่า เอสบาร์ (SBAR) คือเครื่องมือที่ช่วยให้มีการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ เป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดกรอบให้มีการรายงานสถานะของผู้ป่วยแต่ละรายใน 4 ประเด็นหลักคือ 1) Situation (สถานการณ์) 2) Background (ข้อมูลภูมิหลัง) 3) Assessment (การประเมิน) และ 4) Recommendation (ข้อเสนอแนะ) การส่งเวรด้วย SBAR จะช่วยให้ผู้รับเวรได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและชัดเจน ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้ Shahid, & Thomas (2018) กล่าวไว้ว่าการสื่อสาร SBAR เป็นเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ช่วยลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในหน่วยบริการทางสุขภาพ และส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ สร้างเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งการใช้รูปแบบ SBAR มาร่วมปฏิบัติช่วยให้การสื่อสารการรับส่งเวรทางการพยาบาลมีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น ข้อมูลการส่งต่อรายละเอียดเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (Ibrahim, 2014) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saenprasarn, Penchan. (2017) ที่ได้อธิบายว่า รูปแบบ SBAR ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสื่อสารที่ดีในการบริการสุขภาพแนวใหม่ ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ มีการกำหนดกรอบการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่กระชับ ครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นและสื่อสารในรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล มีการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน

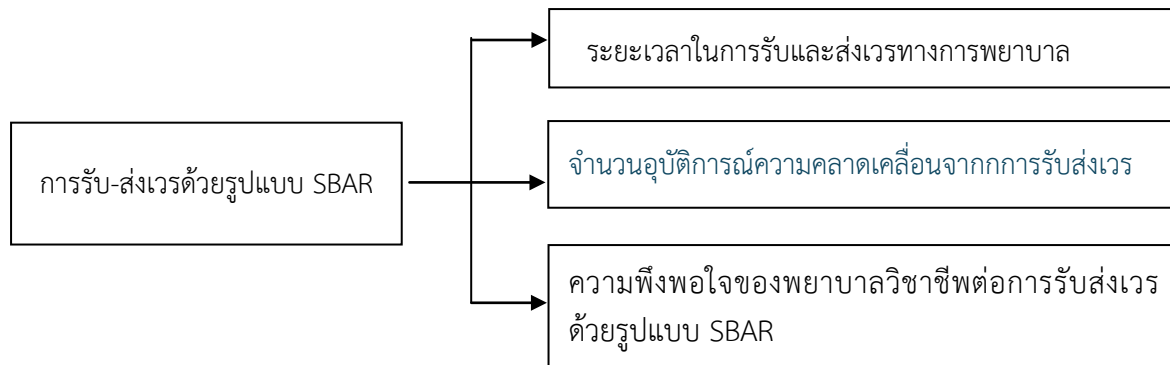
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาล ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ SBAR (Situation,



Background, Assessment, Recommendation)เป็นกรอบแนวคิดและเครื่องมือในการสื่อสาร ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR

โดยวัดจาก 1) ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล 2) จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวร และ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental-research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนกับหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ระยะเวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567-15 กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่
 2. มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าทีมรับส่งเวร มากกว่า 3 เดือน ปฏิบัติเวรเช้า เวรบ่าย และเวรตึก
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสื่อสารในการรับส่งเวรทางการ

พยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของลีโอนาร์ด เบอเนาครูท และกราแฮม (Leonard, Bonacurth, & Graham, 2006) ทฤษฎีการสื่อสารเอสเอ็มซีอาร์ (SMCR) ของเบอร์โล (Berlo, 2009) และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารของชูเลอร์และแจ๊คสัน (Schuler and Jackson, 2006) และดัดแปลงจากผลงานวิจัยของกรรณิกา ธนไพโรจน์วิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (Tanpaire, Kaewkaew, & Hinchearanantanon 2018) ประกอบด้วย

- 1.1 คู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ ใช้เป็นแนวทางในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วย ความหมาย วัตถุประสงค์การรับส่งเวรทางการพยาบาล องค์ประกอบ รูปแบบ และขั้นตอนที่ใช้ในการรับส่งเวร โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลฮอดและผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน



1.2 แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการรับส่งเวร
ทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจาก
คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนโรงพยาบาลฮอดและ
ผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 นาฬิกาวัดเวลา มีเข็มวินาทีแบบติดฝาผนัง
ยี่ห้อ SEIKO จับเวลาการส่งเวรทางการพยาบาล

2.2 กล้องวงจรปิดแบบไร้สาย ยี่ห้อ Xiaomi
สามารถบันทึกภาพ เสียง และเข้าดูแบบเรียลไทม์จาก
สมาร์โฟน เพื่อใช้บันทึกและสังเกตการรับส่งเวร

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการส่งเวร และ
อุบัติการณ์ประจำวัน

2.4 แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลของการ
รับส่งเวรด้วยรูปแบบของ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิง
โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ความตรง
เชิงเนื้อหา โดยหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.91 และตรวจสอบ
ความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยง
0.93 ซึ่งแบ่งแบบประเมินออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับ SBAR และ
ความต้องการอบรม เป็นแบบเลือกตอบ (Multiple
choice) และเติมคำ (Completion) มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับ
และส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีจำนวน 15 ข้อประกอบด้วย
1) ด้านผู้รับ-ส่งเวร จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านข้อมูลการรับ-
ส่งเวร จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการวัดและการประเมินผล
การรับ-ส่งเวร จำนวน 3 ข้อ และ ด้านการสื่อสารการรับ-
ส่งเวร จำนวน 4 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ

4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจของผู้เรียน
อยู่ในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจของ
ผู้เรียนอยู่ในระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจของ
ผู้เรียนอยู่ในระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจของ
ผู้เรียนอยู่ในระดับน้อย

0.50-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจของ
ผู้เรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการส่งเวร
(ก่อนการใช้รูปแบบ SBAR) เริ่มตั้งแต่เริ่มการส่งเวรผู้ป่วย
รายแรกจนเสร็จสิ้นผู้ป่วยรายสุดท้าย พร้อมสังเกต
พฤติกรรม รูปแบบการส่งเวร ความครบถ้วน ถูกต้องของ
เนื้อหาตามแนวทาง โดยไม่ให้แจ้งให้ทราบก่อนเพื่อให้ได้
ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา ดังนี้

1) ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรตึก (เวลา
24.00 - 08.00 น.) ส่งให้พยาบาลและทีมการพยาบาลที่
ปฏิบัติงานเวรเช้า (เวลา 08.00-16.00 น.) เนื่องจากเป็น
ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์มากที่สุดทั้งนี้เนื่องจากเวรตึกมี
จำนวนผู้ปฏิบัติงานน้อยภาระงานมาก ความเหนื่อยล้า
ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในยามวิกาลและการหัตถการ
ส่วนมากจะอยู่ในช่วงปลายเวรทำให้เกิดความรีบเร่งในการ
ปฏิบัติงานให้เสร็จสิ้นก่อนการเปลี่ยนผลัดเวร

2) ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรเช้า (เวลา
08.00 - 16.00 น.) ส่งให้พยาบาลและทีมการพยาบาลที่
ปฏิบัติงานเวรบ่าย (เวลา 16.00- 24.00 น.) เวรเช้าจะเป็น
ช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลมาก
ที่สุด มีการทำหัตถการสำคัญต่างๆ รวมทั้งการ
ประสานงานเกี่ยวข้องกับหลายสหวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วย
และญาติ ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดและได้รับข้อมูล
หรือส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน

3) ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรบ่าย (เวลา
16.00 -24.00 น.) ส่งให้พยาบาลและทีมการพยาบาลที่
ปฏิบัติงานเวรตึก (เวลา 24.00 - 08.00 น.) มักพบปัญหา
จากความไม่พร้อมในการสื่อสารและการรับรู้ข้อมูล ทั้ง
จากพยาบาลผู้ส่งเวรผู้รับเวร เนื่องจากเป็นช่วงเวลา



รอยต่อของความเหนื่อยล้าของผู้ส่งเวรจากการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่เวรเช้า และความง่วงหรือยังไม่ตื่นตัวของผู้มารับเวรตึก

ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 10 วัน คิดเป็น 30 เวร จากการคำนวณสัดส่วนเพื่อให้พยาบาลแต่ละคนได้มีโอกาสในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลอย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันวิเคราะห์สรุปผลการสังเกตการณ์การส่งเวรในหอผู้ป่วย ระยะเวลาการรับส่งเวร และอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่พบก่อนการพัฒนา ค้นหา Gap analysis ปรับรูปแบบการรายงาน จัดทำเป็นคู่มือและปรับแบบฟอร์มการรับส่งเวรด้วย SBAR ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบก่อนนำมาใช้

3. จัดอบรมพยาบาลเรื่องการรับส่งเวรในรูปแบบ SBAR ทดลองฝึกการส่งเวรจริงโดยมีผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำ อย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง

4. ทำการบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการส่งเวร (หลังการปรับใช้รูปแบบ SBAR) เริ่มตั้งแต่เริ่มการส่งเวรผู้ป่วยรายแรกจนเสร็จสิ้นผู้ป่วยรายสุดท้าย พร้อมสังเกตพฤติกรรม รูปแบบการส่งเวร ความครบถ้วน ถูกต้อง ภายหลังการฝึกอบรมโดยไม่แจ้งให้ทราบ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 10 วัน คิดเป็น 30 เวร จากการคำนวณสัดส่วน เพื่อให้พยาบาลแต่ละคนได้มีโอกาสในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลอย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง

5. จัดบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสื่อสาร การรับส่งเวรทางการพยาบาลทุกวันตลอดระยะเวลาการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์

6. ทำการสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ภายหลังการพัฒนาโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรม SPSS for window version 22 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. คะแนนเฉลี่ยของระยะเวลาการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบระดับคะแนน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน วิเคราะห์ด้วยความถี่ (Frequency) และเปรียบเทียบโดยใช้ค่าร้อยละความแตกต่าง (Percentage difference)

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (n=9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.0
หญิง	9	100.0
อายุ (ปี)		
20 – 25 ปี	2	22.2
26 – 30 ปี	2	22.2
31 – 35 ปี	1	11.1
36 – 40 ปี	3	33.3
41 – 45 ปี	1	11.1
46 – 50 ปี	0	0.0
50 ปีขึ้นไป	0	0.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	100.0
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	0	0.0
ประสบการณ์การทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
1 – 5 ปี	4	44.4
6 – 10 ปี	2	22.2
11 – 15 ปี	1	11.1
16 – 20 ปี	2	22.2
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	0	0.0
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลออก		
1 – 5 ปี	7	77.8
6 – 10 ปี	0	0.0
11 – 15 ปี	1	11.1
16 – 20 ปี	1	11.1
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	0	0.0
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรับ – ส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR		
เคย	6	66.7
ไม่เคย	3	33.3
ความต้องการการอบรมความรู้และทักษะเพิ่มเติมเรื่องการรับ – ส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR		
ต้องการ	9	100.0
ไม่ต้องการ	0	0.0



จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมดและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 20 - 25 ปี และ 26 - 30 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 22.2 อายุมากที่สุด อยู่ในช่วง 41-45ปีคิดเป็นร้อยละ 11.1 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 77.8เป็นพยาบาลที่รับย้ายและพยาบาล

จบใหม่มีระยะเวลาทำงานหอดผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลฮอต ไม่ถึง5ปีและร้อยละ 44.4 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพไม่ถึง5ปี พยาบาลร้อยละ 66.7เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBARมาแล้วแต่ไม่ได้มีการนำมาใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นนาฬิกา ในการรับ-ส่งเวรทางการพยาบาลก่อนกับหลังการใช้รูปแบบ SBAR (n=30) โดยใช้สถิติ Paired t-test

	รูปแบบเดิม		รูปแบบ SBAR		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ระยะเวลาส่งเวร (ต่อเวร)	30.87	8.464	26.10	5.435	2.464	0.02
ระยะเวลาส่งเวร (เฉลี่ยต่อคน)	1.61	0.409	1.14	0.177	5.984	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาลในรูปแบบเดิม (ต่อเวร) มีค่าเฉลี่ย 30.87 นาฬิกา ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.464 ($\bar{x}=30.87$, SD=8.464) หลังการใช้รูปแบบ SBAR พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 26.10 นาฬิกา ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.435 ($\bar{x}=26.10$, SD=5.435) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีผลทำให้ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนเนื่องจากในแต่ละเวรมีจำนวน

ผู้ป่วยที่แตกต่างกันจึงนำระยะเวลาการรับส่งเวรมาเฉลี่ยต่อคน พบว่า รูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการส่งเวร 1.61 นาฬิกา/ คนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.435 ($\bar{x}=1.61$, SD=0.409) หลังการใช้รูปแบบ SBAR มีค่าเฉลี่ยลดลง 1.14ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.177 ($\bar{x}=1.14$, SD=0.177) เปรียบเทียบโดยใช้สถิติพบว่า การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีผลทำให้ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (เฉลี่ยต่อคน) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนกับหลังการใช้รูปแบบSBAR (ระยะเวลาเฉลี่ยต่อคน)แยกตามเวรปฏิบัติการ n=10

	รูปแบบเดิม		รูปแบบ SBAR		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
เวรเช้า	1.68	0.261	1.16	0.174	5.035	<0.001
เวรบ่าย	1.85	0.414	1.20	0.203	4.328	0.002
เวรดึก	1.29	0.343	1.06	0.134	1.849	0.098



จากตารางที่ 3 พบว่าระยะเวลาการรับส่งเวรทางการพยาบาล (เฉลี่ยต่อคน) ในเวรเช้าและเวรบ่ายรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยที่ 1.68, 1.85 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.261, 0.414 ภายหลังการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีค่าเฉลี่ยที่ 1.16, 1.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.174, 0.203 ตามลำดับ เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีผลทำให้ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (เฉลี่ยต่อคน) ในเวรเช้าและเวรบ่ายลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ส่วนในเวรดึก การรับส่งเวรด้วยรูปแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยที่ 1.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.343 ($\bar{x}=1.29, SD=0.343$) ภายหลังการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR มีค่าเฉลี่ยที่ 1.06 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.134 ($\bar{x}=1.06, SD=0.134$) สรุปผลเวรดึกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ SBAR วิเคราะห์ด้วยความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละความแตกต่าง (Percentage Difference)

จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน	รูปแบบเดิม	รูปแบบ SBAR	ความแตกต่าง	ร้อยละความแตกต่าง
เวรเช้า	4	3	1	25.00
เวรบ่าย	2	0	2	100.00
เวรดึก	3	0	3	100.00
โดยรวม	9	3	6	66.66

จากตารางที่ 4 พบว่ามีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบเดิมจำนวน 9 ครั้ง หลังจากการปรับใช้รูปแบบ SBAR พบมีจำนวนอุบัติการณ์ 3 ครั้ง มีความแตกต่าง 6 ครั้ง คิดเป็นอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลลดร้อยละ 66.66 โดยสามารถลดอุบัติการณ์ได้ร้อยละ 25 ในเวรเช้า และร้อยละ 100 ในเวรบ่ายและเวรดึก จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้ 1) ความคลาดเคลื่อนทางยา รูปแบบเดิมพบอุบัติการณ์ในเวรเช้า 1 ครั้ง เวรบ่าย 1 ครั้ง และเวรดึก 1 ครั้ง ภายหลังการใช้ SBAR อุบัติการณ์ลดเหลือ 1 ครั้งในเวรเช้า 2) ความผิดพลาดจากการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจพบว่ารูปแบบเดิมเกิดอุบัติการณ์ในเวรดึก จำนวน 2 ครั้ง ภายหลัง

การใช้ SBAR ไม่พบอุบัติการณ์ 3) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลหรือทำหัตถการล่าช้า รูปแบบเดิมเกิดอุบัติการณ์ในเวรเช้า 2 ครั้ง ภายหลังการใช้ SBAR พบอุบัติการณ์ความล่าช้า 2 ครั้งเช่นเดิมอันเนื่องมาจากภาระงานที่มากพยาบาลรับทราบแต่ปฏิบัติงานไม่ทัน 4) ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง รูปแบบเดิมพบอุบัติการณ์ในเวรเช้า 1 ครั้ง เวรบ่าย 1 ครั้ง ภายหลังการใช้ SBAR ไม่พบอุบัติการณ์ โดยความรุนแรงของอุบัติการณ์อยู่ในระดับ C คือเกิดความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย ไม่มีผลเสียหายถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานก็ตาม



ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR โดยรวม และรายด้าน (n=9)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านผู้รับ-ส่งเวร	4.5185	0.41201	มากที่สุด
ด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร	4.3556	0.37118	มาก
ด้านการจัดการประเมินผลการรับ-ส่งเวร	4.2222	0.33333	มาก
ด้านการสื่อสารการรับ-ส่งเวร	4.7778	0.31732	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.4685	0.30409	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.4685, SD=0.30409) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการสื่อสารการรับ-ส่งเวร ($\bar{x}$ =4.7778, SD=0.31732) รองลงมาด้านผู้รับ-ส่งเวร

($\bar{x}$ =4.5185, SD=0.41201) ความพึงพอใจในระดับมากที่สุดได้แก่ด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร ($\bar{x}$ =4.3556, SD=0.37118) และด้านการจัดการประเมินผลการรับ-ส่งเวร ($\bar{x}$ =4.2222, SD=0.33333) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ด้านผู้รับ-ส่งเวร (n=9)

ด้านผู้รับ-ส่งเวร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านสามารถระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น	4.22	0.833	มาก
2. ความตรงต่อเวลา	4.56	0.527	มากที่สุด
3. ระยะเวลาในการรับ-ส่งเวร	4.78	0.441	มากที่สุด
โดยรวม	4.5185	0.41201	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ด้านผู้รับ-ส่งเวรในระดับมากที่สุด เรื่องระยะเวลาในการรับ-ส่งเวร ($\bar{x}$ =4.78, SD=0.441)รองลงมาเรื่องความตรงต่อเวลา

($\bar{x}$ =4.56, SD=0.527) และมีความพึงพอใจระดับมากในการระบุปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้ตรงประเด็น ($\bar{x}$ =4.22, SD=0.833)



ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร (n=9)

ด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
4. การรับ-ส่งเวรช่วยให้ท่านติดตามผลการรักษาพยาบาลได้	4.67	0.500	มากที่สุด
5. ส่งข้อมูลครบถ้วนและมีรายละเอียดที่จำเป็น	4.22	0.667	มาก
6. ส่งเวรครบตามกำหนดและแนวทาง	3.89	0.601	มาก
7. การสื่อสารของท่านน่าเชื่อถือและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย	4.22	0.441	มาก
8. การรับ-ส่งเวรของท่านมีความถูกต้อง ครบถ้วน มากขึ้น	4.78	0.441	มากที่สุด
โดยรวม	4.3556	0.37118	มาก

จากตารางที่ 7 ความพึงพอใจด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร พบว่าการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพมีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.78$, $SD=0.441$) รองลงมาคือ การรับ-ส่งเวรช่วยให้ติดตามผลการรักษาพยาบาลได้

($\bar{x}=4.67$, $SD=0.500$) และคะแนนต่ำสุดได้แก่ส่งเวรครบตามกำหนดและแนวทางค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.89$, $SD=0.601$)

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ด้านข้อมูลการรับ-ส่งเวร (n=9)

ด้านการวัดการประเมินผลการรับ-ส่งเวร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
9. ส่งเวรถึงการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างชัดเจน	4.33	0.500	มาก
10. มีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ	4.33	0.500	มาก
11. วางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม	4.00	0.000	มาก
โดยรวม	4.2222	0.33333	มาก

จากตารางที่ 8 ความพึงพอใจด้านการวัดการประเมินผลการรับ-ส่งเวร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยคะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากัน ได้แก่ส่งเวรถึงการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างชัดเจนและมีการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ($\bar{x}=4.33$,

$SD=0.555$) และรองลงมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ($\bar{x}=4.00$, $SD=0.000$)



ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ SBAR ด้านการสื่อสารการรับ-ส่งเวร (n=9)

ด้านการสื่อสารการรับ-ส่งเวร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
12. ส่งเวรโดยระบุประเด็นปัญหาที่ต้องดูแลต่อในเวรถัดไป	5.00	0.000	มากที่สุด
13. มีความเป็นกันเองในการรับ - ส่งเวร	4.78	0.441	มากที่สุด
14. มีการสื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน	4.78	0.441	มากที่สุด
15. ความพึงพอใจโดยรวม	4.56	0.527	มากที่สุด
โดยรวม	4.7778	0.31732	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ความพึงพอใจด้านด้านการสื่อสารการรับ-ส่งเวร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดโดยค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ส่งเวรโดยระบุประเด็นปัญหาที่ต้องดูแลต่อในเวรถัดไป ($\bar{x}=5.00$, $SD=0.000$) รองลงมา มีความเป็นกันเองในการรับ-ส่งเวรและมีการ

สื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน มีคะแนนเท่ากัน ($\bar{x}=4.78$, $SD=0.441$) และความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{x}=4.56$, $SD=0.527$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิภาพของการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลฮอดอภิปรายผลได้ดังนี้

ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

พบว่าระยะเวลาในการรับส่งเวรทางการพยาบาลทั้งต่อเวรและระยะเวลาเฉลี่ยต่อคนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีการกำหนดกรอบแนวทางการรายงานการส่งเวรที่มีขั้นตอนเรียงตามลำดับข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน กระชับ และครอบคลุมอาการผู้ป่วย ตามแนวคิด SBAR รวมทั้งปรับแบบฟอร์มการรับส่งเวรให้ง่ายต่อการนำไปใช้ มีการจัดอบรมสอนการใช้เทคนิค SBAR และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะในการส่งเวร นอกจากนี้ยังทำข้อตกลงร่วมกันเรื่องเวลาการขึ้นปฏิบัติงานและเวลาเริ่มส่งเวร เพื่อให้ทุกคนเร่งปฏิบัติ

ภารกิจอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จและเตรียมความพร้อมเข้าร่วมรับส่งเวรตามเวลาที่กำหนด สมาชิกที่ร่วมรับส่งเวรงดการพูดคุยกันนอกประเด็นมอบหมายให้สมาชิกในทีมผู้ส่งเวรเป็นผู้ดูแลและจัดการกรณีมีผู้มาติดต่อ หรือกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ในขณะที่หัวหน้าทีมส่งเวรส่งผลให้สามารถลดระยะเวลาส่งเวรจากเดิม 30.87 นาที เหลือ 26.10 นาที และลดระยะเวลาการส่งเวรเฉลี่ยต่อคนจากเดิม 1.61 นาที เหลือ 1.14 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanpaioj et al. (2018) และ Inya, Kritsiyakorn.(2023)ที่แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการรับส่งเวรลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การรับส่งเวรอาจใช้เวลานานขึ้นในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือมีอาการซับซ้อน (Smith, 2020) หรือเมื่อพยาบาลมีประสบการณ์น้อย (Johnson, 2018) รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการะงานและสถานการณ์เร่งด่วน (Thomas, 2021)



การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่ง เวชทางการแพทย์

หลังการใช้รูปแบบ SBAR พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับส่งเวชลดลงจากเดิม 9 ครั้ง เหลือ 3 ครั้ง มีความแตกต่าง 6 ครั้งกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับ-ส่งเวชทางการแพทย์ลดลงร้อยละ 66.66 จากการวิจัยพบว่า ส่วนมากมักเกิดในเวรเช้าและช่วงรอยต่อของแต่ละเวร เนื่องจากเวรเช้าจะเป็นช่วงเวลาที่มักมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลมากที่สุด มีการทำหัตถการสำคัญต่างๆ รวมทั้งการประสานงานเกี่ยวข้องกับหลายสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ประกอบกับภาระงานที่มาก รวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ดูแลเวร นอกจากนั้นความรีบเร่งในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดและการรับข้อมูลหรือส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน หลังจากการนำรูปแบบ SBAR มาใช้ พบว่าการรับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมีความกระชับ ชัดเจน รวดเร็ว และครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในเวรบ่ายและเวรดึกลดลงร้อยละ 100 ส่วนในเวรเช้าอุบัติการณ์ลดลงร้อยละ 25 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim(2014) ที่พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนลดลงเมื่อใช้รูปแบบ SBAR ในการสื่อสารและรับส่งเวช

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวช ด้วยรูปแบบ SBAR

ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับส่งเวชด้วยรูปแบบ SBAR ของหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลฮอด พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจมากที่สุดเรื่องการระบุปัญหาสำคัญที่ต้องดูแลต่อในเวรถัดไปได้ตรงประเด็น มีความถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้น ระยะเวลาการรับส่งเวชที่เหมาะสม มีการสื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน และมีความเป็นกันเองในการรับส่งเวชทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Tanpaioj et al. (2018) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวชทางการแพทย์

พยาบาลด้วยเอสบาร์ในระดับสูง เช่นเดียวกับ Champati & Tonjan (2022) ที่ศึกษาความพึงพอใจของการจัดการส่งเวชด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีกรอบการส่งต่อข้อมูลในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ และพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากและ Inya, Kritsiyakorn.(2023)พบว่าภายหลังจากใช้โมเดลเอสบาร์พยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการรับส่งเวชทางการแพทย์ด้วย SBAR เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดระยะเวลาในการรับส่งเวชทางการแพทย์ ลดความคลาดเคลื่อนและอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสาร เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจในพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการรับส่งเวชทางการแพทย์ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการรับส่งเวชทางการแพทย์ในหน่วยงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดจากการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการรับส่งเวชทางการแพทย์ด้วย SBAR ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการติดตามคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการรับส่งเวชทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ ติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบ SBAR อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้มีการนำการสื่อสารในรูปแบบ SBAR ไปใช้ในหน่วยงานหรือสหวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันครบถ้วนและครอบคลุมทั้งองค์กร



4. การนำรูปแบบการรับส่งเวรด้วย SBAR ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานนั้นๆ

5. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

6. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการใช้ SBAR ร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ หรือแอปพลิเคชันสำหรับการรับส่งเวร เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการและคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลสันป่าตองที่ช่วยกลั่นกรองและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลฮอดและผู้มีส่วนร่วมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและการสนับสนุนเป็นอย่างดีจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- Berlo, D.K. (2009). **The process of communication**. [online]. Retrieved November 11, 2023 from <http://puvadon.multiply.com/journal/item/4>.
- Boonsiri, Apinya. (2020). **Developing nursing quality through shift handover assessment**. Thai Journal of Nursing, 34(2): 47-56.
- Champati, N., & Tonjan, B. (2022). **Effectiveness and satisfaction of**

nursing handover management using the SBAR model in the HIS system among professional nurses in the critical care unit at Bangkok Hospital Khon Kaen. Mahasarakham Hospital Journal, 19(3): 41-52.

Hod hospital. (2023). **Incident report record for female inpatient ward at Hod Hospital for the year 2023**. Chiang Mai: Hod Hospital.

Hod Hospital. (2023). **Summary of risk report for the year 2023**. Chiang Mai: Hod Hospital.

Ibrahim, M. A.(2014).**Improving nursing handoff process in the cardiovascular intensive care unit**. Doctor's dissertation. Royal College of Surgeons in Ireland.

Inya, Kritsiyakorn. (2023). **The effects of SBAR communication program on nursing shift handovers for inpatients at Baan Khok Hospital, Uttaradit Province**. Journal of Environment and Community Health, 8(1): 119-129.

Johnson, R. (2018). **Nursing experience and handover efficiency**. Journal of Nursing Management, 26(4): 567-573.

Joint Commission International. (2023). **Root Cause Analysis and Sentinel Events: 2023 Annual Report**. Oakbrook Terrace. IL: Joint Commission International.

Leonard, M. J., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). **The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in**



- patient safety.** Quality & Safety in Health Care, 13(suppl 2): 5-13.
- Meijan, Ladda. (2017). **Development of nursing handover quality in the surgical intensive care unit at Uttaradit Hospital.** Master's dissertation. Chiangmai University. Chiangmai. Thailand.
- Noppakunsatit, P., Anusanti, S., & Ajsantie, J. (2022). **Effect of using SBAR handover model on nursing quality and patient satisfaction in orthopedic surgery patients.** Journal of Health and Health Management, 8(2): 239-250.
- Ponkamla, J., & Yutthasorn, A. (2023). **Effect of communication and engagement programs on the effectiveness of patient handover at Nam Yuen Hospital.** Journal of Health Center Region 9, 17(3): 811-826.
- Private Hospital Accreditation Institute. (2022). **Hospital and healthcare standards.** (5th ed.).2nd printing. Nonthaburi: Private Hospital Accreditation Institute.
- Royal Institute of Thailand. (2009). **Prasitthiphon.** In Dictionary of the Royal Institute (p. 456). Bangkok: Royal Institute of Thailand.
- Saenprasarn, Penchan. (2017). **Using SBAR to improve communication in nursing handover.** Journal of Nursing in Thailand, 15(2): 123-134.
- Singham, A., Nansupawat, A., & Thongsunee, P. (2018). **Developing the quality of nursing handover at the special patient ward, Buddhachinaraj Hospital.** Journal of Preventive Medicine Association of Sukhothai Thammathirat Open University, 5(3): 29-42.
- Srichatthanawat, PimKasama . (2018). **Development of nursing handover quality in the cardiac and thoracic surgery intensive care unit at Buddhachinaraj Hospital.** Master's dissertation. Chiangmai University. Chiangmai. Thailand.
- Srisuriya, Supaporn. (2020). **Factors influencing the efficiency of professional nurse handover.** Songklanagarind Medical Journal, 38(3): 123-133.
- Shahid, S., &Thomas,S. (2018). **Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care.** a narrative review safety in Health,4(1): 1-9
- Smith, J. (2020). **Nursing shift handover and patient safety.** International Journal of Nursing Studies, 51(2), 123-130.
- Tanpairoj,K.,Kaewkaew, S.,&Hincheeranantanon,S. (2018). **Effectiveness of BARcommunication program on nursing shift handovers at a tertiary care hospital affiliated to the Bangkok Metropolitan Medical College Hospital.** Charoenkrung Pracharak Hospital Journal, 14(1): 9-24.



- Thomas, A. (2021). **The impact of pending tasks on nursing handover.** Nursing Times, 117(10): 45-49
- Uten, Monopharat. (2015). **Development of nursing handover quality in the male surgical ward at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.** Master's dissertation. Chiangmai University. Chiangmai. Thailand.
- Zolkefli, Y. (2022). **Greater accountability in nursing handover.** Belitung Nursing Journal, 8(1): 84-85



ผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และ
ความแม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช
ของโรงพยาบาลเทพรัตนเวชขานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

Effect of Patient Triage Model Using the Emergency Severity Index
Per Waiting Period Patients and Accuracy of Triage, Accident and Legal Medicine Division
Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha
Chakri Sirinthorn's 60 th Birthday Anniversary, Chiang Mai Province.

นฤมล ธรรมสอน (Narumon thumasorn)*

บทคัดย่อ

จากปัญหาค่าเฉลี่ยผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินที่สูงขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการรอคอยมากขึ้น กระทบ
ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย
และครอบครัว เพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และการนำไปสู่กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มี
ประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยและความ
แม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการมาทำการศึกษา โดยวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental
research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และศึกษาผลของการใช้
รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และความแม่นยำในการคัดกรองผู้
มารับบริการ ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จำนวน 18 คน และเวชระเบียนของ
ผู้ป่วยที่มารับบริการ 66 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกระยะเวลารอคอย และแบบบันทึกความถูกต้อง
แม่นยำของการคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้
ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีค่าเฉลี่ย 24.21 นาที (SD =
21.12) หลังใช้มีค่าเฉลี่ย 32.24 นาที (SD= 25.68) และระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยก่อน และหลังการใช้รูปแบบ
การคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนความแม่นยำของการคัดแยกผู้ป่วยในแต่ละ
ระดับความเร่งด่วน เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความแม่นยำการคัดแยกก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกพบว่า ความ
แม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการก่อน และหลังใช้ มีร้อยละ 54.55 และ 75.76 มีความถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอย, ความแม่นยำในการคัดแยก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนเวชขานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา/ narumontaew.2515@gmail.com

*Registered Nurse, Professional level. Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri
Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary / narumontaew.2515@gmail.com



Abstract

Due to the increasing number of patients in emergency and accident departments, waiting times have increased, impacting patient safety, leading to complications or loss of life, and causing dissatisfaction among patients and their families. To improve the efficiency of patient triage and develop a more effective patient screening system, the researcher studied a triage model using the Emergency Severity Index (ESI) to assess its impact on waiting times and the accuracy of triage. This quasi-experimental research aimed to develop a triage model using the ESI and evaluate its effect on patient waiting times and triage accuracy. The study population comprised 18 professional nurses working in the emergency and accident department and 66 patient medical records. The research instruments included a waiting time recording form and a triage accuracy recording form. Data were analyzed using descriptive statistics. The research results showed that before using the ESI-based triage model, the average waiting time for critically ill patients was 24.21 minutes (SD = 21.12). After implementing the model, the average waiting time was 32.24 minutes (SD = 25.68), and there was no significant difference in waiting times before and after using the ESI-based triage model. However, the accuracy of triage at different urgency levels significantly improved, with the accuracy rates before and after using the model being 54.55% and 75.76%, respectively, indicating a statistically significant increase in accuracy.

Keywords: emergency severity index, waiting period, triage accuracy

บทนำ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเป็นบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว และเมื่อมาถึงสถานพยาบาลแล้วผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจะต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน 0 – 4 นาที หรือผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีอาการบ่งชี้ว่าจะเป็นอาการ ที่คุกคามต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง การหายใจต้องได้รับการรักษา และดูแลติดตาม อย่างใกล้ชิด เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2009-

2018 พบว่า มีผู้มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 128.9 ล้านคน เป็น 143.4 ล้านคน (Kraysubun, 2021:30) สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มา รับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 821 แห่ง พบว่ามีการใช้บริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปี พ.ศ.2554 จำนวน 27,027,687 ครั้ง (Wootthipan, 2022:55) และจากสถิติที่มีการรายงานในปี 2559 มีผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี และมากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Department of Medical Services, 2018) นอกจากนี้ยังมีข้อมูลรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.



2558 – 2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังนี้ ปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน 32,475 ราย ปี 2559 จำนวน 35,971 ราย หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 10.7 จนถึงปี 2562 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเป็น 47,831 ราย หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.6 (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2019)

จากปัญหจำนวนผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินที่สูงขึ้นอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องการสำรวจของสมาคมพยาบาลห้องฉุกเฉินแห่งประเทศไทยในปี ค.ศ. 2005 พบว่าการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการส่งผลให้ระยะเวลาในการรอคอยมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Emergency, Nurse, Association, 2005; Gerdtz & Bucknall, 2001) และการเกิดภาวะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแออัด (overcrowding) ส่งผลกระทบทำให้เป็นการเพิ่มภาระงาน (work load) ของบุคลากรทางการแพทย์ และการทำงานที่มากเกินไปก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าเกิดความผิดพลาด ส่งผลต่อมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การฟ้องร้องตามมาได้ (udomwitt & Bunloet, 2023) นอกจากนี้ยังเกิดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น ตลอดจนมีปัญหา เช่น การร้องเรียนฟ้องร้อง และข้อจำกัดอีกหลายด้านมาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้ป่วยแออัดในช่วงเวลาที่คับขัน และสมรรถนะของพยาบาลคัดแยก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณสิทธิ์ อิมสุวรรณ (Imsuwan, 2014:240) ผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน พบว่า Emergency department crowding ทำให้คุณภาพการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าที่ควรจะเป็น การวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วยล่าช้า ส่งผลให้ผลการรักษาออกมาไม่ดี

จากข้อมูลขององค์การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (Joint commission on accreditation of healthcare organizations: JCAHO, 2002) พบว่า อัตราการเกิดทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) ภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม (Acute surgical emergencies) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe sepsis) มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากการให้การรักษาล่าช้าในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไบนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ล่าช้าถึง 31% ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องรีบได้รับการวินิจฉัย และให้การรักษาในเวลารวดเร็วจึงจะส่งผลได้ดีที่สุด และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นการคัดแยกผู้ป่วยเป็นกิจกรรมอันดับแรก และเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างมาก ของกระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน เพราะหากการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดไป ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลถึงความพิการหรืออัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

การคัดกรอง (Triage) มาจากคำในภาษาฝรั่งเศสว่า Trier ซึ่งแปลว่าการกลั่นกรอง หรือคัดแยกประเภท ซึ่งก็คือกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหา และจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม Triage ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็ว แต่เป็นการประเมินความต้องการการช่วยเหลือปัญหาฉุกเฉินอย่างทันทั่วถึง และทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอาการไม่ทรุดลงในระหว่างรอคอยการรักษา ในประเทศไทยได้มีการนำระบบคัดแยกผู้ป่วยมาใช้หลายระบบ โดยแต่ละระบบมีหลักการคล้ายกัน คือ การแบ่งแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน และความจำเป็นที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ ในปัจจุบันระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับได้รับความนิยมและมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ เช่น Canadian Triage and Acuity



Scale (CTAS) และ Emergency Severity Index (ESI) และกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการพัฒนาระบบการคัดแยกของประเทศไทย Thailand National Triage Guideline เพื่อให้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกว่า MOPD ED Triage ซึ่งถูกพัฒนาต่อยอดมาจากระบบ ESI4 ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดแยกระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความสิ้นเปลืองในการทำงาน ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาจากทรัพยากรที่ต้องใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยดัชนีความรุนแรงในกรณีฉุกเฉินที่มีความละเอียดในการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินที่จัดผู้ป่วย 5 ประเภท (Gilboy & et al., 2015) คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต(Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์ แต่ละระดับ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และพยาบาลสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งแสดงบทบาทในฐานะผู้ประเมินอาการ อาการแสดงที่สำคัญต่อภาวะคุกคามชีวิต และพิจารณาความรุนแรงเพื่อจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เป็นผู้สอน และให้คำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติให้ยอมรับ ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ และ

ข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วย และญาติขณะรอพบแพทย์อย่างชัดเจน และง่ายต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติโดยพยาบาลแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (Subash & et al., 2014)

ระบบการคัดแยกที่มีความละเอียดเที่ยงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดอัตราการตายที่ไม่สมควร ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก (Christ & et.al., 2010) ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล (Yurkova & Wolf, 2011) และจากผลการศึกษาของ Kim และคณะ (Kim, 2012) พบว่า การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ร้อยละ 35.2 เป็นการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ และร้อยละ 48.4 เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาดในการประเมิน และการจัดการ การคัดแยกถือเป็นปัจจัยแรกที่สำคัญ การไม่ปฏิบัติตามถูกต้องตามแนวทางหรือมีการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) จะยิ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Ryb, Cooper & Waak, 2012) (Phromdee & et al., 2017:21) และในกระบวนการคัดแยกต้องอาศัยการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างดี มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดแยก และจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน การคัดกรองที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ได้รับการรักษาตามลำดับความเร่งด่วน ถ้าหากการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (under triage) เกิดความผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วย การรักษาและวินิจฉัยล่าช้า ต้องกลับมารักษาซ้ำ บางรายมีอาการทรุดหนักจนเสียชีวิต



รอนาน ผู้ป่วยจึงต้องรอรับการรักษานานกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนได้รับการรักษาพยาบาล ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และในบางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ถูกคัดแยกให้ไปอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over triage) ในขณะที่มีผู้ป่วยอื่นฉุกเฉินมากกว่าทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็นงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ มีเป้าหมายให้บริการงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชอย่างรวดเร็วถูกต้องปลอดภัย มีผู้ป่วยที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2563-2566 (Debaratana Veijanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60 th Birthday Anniversary, 2023) มีจำนวน 20,362, 22,838 และ 21,062 ตามลำดับ และจำแนกผู้ป่วยแยกตามประเภท 5 ประเภท ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจำนวน 154,245,298 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงจำนวน 372,485,445 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางจำนวน 2,190,2,894,3,054 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย จำนวน 4,566,5,221,4,954 ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป จำนวน 13,080,13,993, 12,311 ตามลำดับ โดยมีการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2018) ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (Guideline for ER service delivery) ด้วยระบบ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นการคัดแยกแบบ 5 ระดับพื้นฐานของผู้ประเมิน แต่ยังพบว่ามีปัญหา และพบอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ร้อยละ 0.35, 0.41 และ 0.09 พบการคัดแยก Over triage ร้อยละ 0.05, 0.05 และ 0.05 โดยพบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางพบการคัดแยก

Under triage ร้อยละ 21.02 Over triage ร้อยละ 29.72 และในผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยพบการคัดแยก Under triage ร้อยละ 28.35 Over triage ร้อยละ 37.85 และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยแต่ละประเภทเป็นดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ 5.50 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง 21.56 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง 16.66 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย 14.85 นาที ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป 24.92 นาที จะพบว่าในผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ และผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงระยะเวลารอคอยยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์คือ 0 และ 10 นาทีตามลำดับ เมื่อพิจารณาเกณฑ์การคัดแยกปัจจุบันพบว่า ยังไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ มีแนวทางการคัดแยกแต่เนื้อหาในคู่มือระบุการจำแนกอย่างกว้างๆ ดังนั้นการตัดสินใจระดับลำดับความรุนแรงของอาการจึงขึ้นกับประสบการณ์ และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการคัดแยกผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการคัดแยกผู้มารับบริการ จึงทำให้ต่างคนต่างประเมินอาการตามประสบการณ์ของตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอย และความแม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการ เพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของชนิดาภา ไกรธนสอน (Kaitanasorn, 2022) นำไปสู่กระบวนการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชของโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและความแม่นยำในการคัดกรองผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ของโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์ดัชนีความรุนแรง 5ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4
(The Emergency severity index version 4)
ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 1 ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยที่รุนแรง มีภาวะคุกคามที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลว หากไม่ได้รับการดูแลรักษาทันทีอาจถึงแก่ชีวิต

2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 2 ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันมากมีความเสี่ยงหากปล่อยให้อัตราสูง มีการตอบสนองช้าลง หนักขึ้น หรือเจ็บปวดรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 10 นาทีอาจทำให้มีอาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 3 ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง สัญญาณชีพไม่อยู่ในโซนอันตราย เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมการพยาบาลในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 อย่าง หาก

ไม่ได้รับการรักษาภายใน 30 นาทีอาจทำให้อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

4. ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 4 ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยอย่างเฉียบพลันไม่รุนแรง เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมการพยาบาลในห้องฉุกเฉินเพียง 1 อย่าง หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 60 นาทีอาจทำให้อาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นประเภทที่ 5 ซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรง ไม่มีภาวะคุกคามชีวิต และหน้าที่ของร่างกาย เป็นกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับการบริการในคลินิกตรวจโรคในเวลาทำการปกติได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา สามารถรอรับการรักษาได้ ภายใน 120 นาที

ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หมายถึง ปริมาณเวลาจริงที่นับเริ่มต้นจากผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล โดยคำนวณผลรวมของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงแพทย์หรือพยาบาลอุบัติเหตุ และฉุกเฉินคนแรกมาตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้แนวคิดของ Australian Government(2019) ดังนี้

1. ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) หมายถึง ปริมาณเวลาจริงที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมิน โดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันที

2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) หมายถึง ปริมาณเวลาจริงที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการประเมินโดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 10 นาที

3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) หมายถึง ปริมาณเวลาจริงที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ได้รับการประเมินโดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที



4. ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) หมายถึง ปริมาณเวลาจริงที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้รับการประเมินโดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วย ได้รับการรักษาพยาบาล ภายใน 60 นาที

5. ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) หมายถึง ปริมาณเวลาจริง ที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป ได้รับการประเมินโดยพยาบาลคัดแยก ถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ

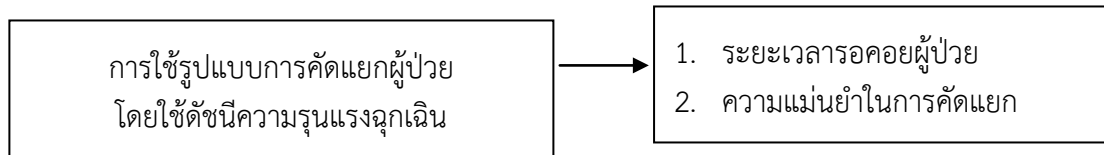
การรักษาพยาบาลภายใน 120 นาทีการคัดกรองผู้ป่วย อย่างถูกต้องแม่นยำ (correct triage) คือ ระดับการคัดแยกผู้ป่วยตรงกับ ESI

การคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (over triage) คือ ระดับการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่า ESI

การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) คือ ระดับการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่า ESI

กรอบแนวคิด

ใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรง 5 ดุลเงิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ (2015) และ Australian Government (2019)



วิธีการศึกษา (หรือ) วิธีวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (study subjects/patients) ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเทพรันเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 18 คน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากร

2) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเทพรันเวชชานุกูลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

2. กลุ่มตัวอย่าง

ในปี 2566 เวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด มีจำนวน 24,203 ราย แบ่งตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน เป็น ESI 3 จำนวน 3495 ราย และ ESI4 จำนวน 4,954 ราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนด

ค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect size = 0.61 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ฉบับ ใน ระดับ ผู้ป่วย ระดับ ESI3 และ ESI4 รวม 66 ฉบับ

3.) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินตัวแปรตาม คือ 1) ระยะเวลารอคอยผู้ป่วย 2) ความแม่นยำในการคัดแยก

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

3.1.1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของชนิดาภา ไกรณสอน ประกอบด้วย

1) คู่มือการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ประกอบด้วย

2) แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบด้วย 10 ลำดับขั้น



3.1.2 เครื่องมือประเมินผลการทดลอง ได้แก่

1)แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

2.)แบบฟอร์มบันทึกระยะเวลารอคอยมีลักษณะแบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเป็นช่องว่างให้เติมเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ และเวลาที่พบแพทย์แล้วนำมาคิดส่วนต่างของเวลาเป็นระยะเวลารอคอย

3.)แบบบันทึกความถูกต้องแม่นยำของการคัดกรองโดยบันทึกคัดกรองถูกต้อง และไม่ถูกต้อง มี Over triage /Under triage

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2567

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และความแม่นยำในการคัดกรองจากเวชระเบียน โดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 5 ระดับเดิม ระดับละ 33 ฉบับในผู้ป่วยระดับ

ESI 3 และ ESI4 จำนวน 66 ฉบับ นำมาเปรียบเทียบกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

กลุ่มทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และความแม่นยำในการคัดกรองจากเวชระเบียน โดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินหลังทดลองในเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้คู่มือรูปแบบการคัดกรองดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วย ระดับละ 33 ฉบับ ในผู้ป่วยระดับ ESI 3 และ ESI4 จำนวน 66 ฉบับ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติทดสอบ (One sample t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. เปรียบเทียบจำนวนความแม่นยำการคัดกรองโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



ผลการศึกษา (หรือ) ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 18)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
21-30 ปี	12	66.67
31-40 ปี	5	27.78
41-50 ปี	1	5.55
อายุเฉลี่ย 30.11 ปี (S.D. = 5.098)		
อายุน้อยสุด 22 ปี อายุสูงสุด 44 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	18	100.00
ประสบการณ์ทำงาน		
1-5 ปี	7	38.89
6-10 ปี	6	33.33
มากกว่า 10 ปี	5	27.78
ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7.28 ปี (S.D. = 4.921)		
ประสบการณ์ทำงานน้อยสุด 2 ปี ประสบการณ์ทำงานสูงสุด 20 ปี		
ประสบการณ์ทำงาน (ในห้องฉุกเฉิน)		
1-5 ปี	7	38.89
6-10 ปี	7	38.89
มากกว่า 10 ปี	4	22.22
ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.39 ปี (S.D. = 4.046)		
ประสบการณ์ทำงานน้อยสุด 2 ปี ประสบการณ์ทำงานสูงสุด 15 ปี		
ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน		
หลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต		
เคย	7	38.89
ไม่เคย	11	61.11
หลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ		
เคย	3	16.67
ไม่เคย	15	83.33
หลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง		
เคย	4	22.22
ไม่เคย	14	77.78



จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 30.11 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 38.89 ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7.28 ปี โดยมีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1-5 ปี และ 6-10 ปี

เท่ากัน คือร้อยละ 38.89 นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ได้แก่ ไม่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมหลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 61.11 และไม่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และหลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 83.33 และ 77.78 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย และความแม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชของโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน ก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ประเภทความเร่งด่วน	เกณฑ์มาตรฐาน ออสเตรเลีย	ก่อนใช้		หลังใช้	
		mean	S.D.	mean	S.D.
1. วิกฤต	0	17.00	7.00	0.00	0.00
2. เจ็บป่วยรุนแรง	10	11.50	12.66	18.67	22.09
3. เจ็บป่วยปานกลาง	30	23.14	17.35	30.45	19.44
4. เจ็บป่วยเล็กน้อย	60	21.14	14.01	36.29	30.65
5. เจ็บป่วยทั่วไป	120	85.33	25.40	72.50	34.03

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยในแต่ละระดับ ความเร่งด่วน ก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วย

วิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง และผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยและผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน ก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนใช้รูปแบบการคัด	หลังใช้รูปแบบการคัด	t	P-value
	แยก	แยก		
	(n = 66)	(n = 66)		
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
ระยะเวลาในการรอคอย ของผู้ป่วย	24.21 $\pm$ 21.12	32.24 $\pm$ 25.68	-1.861	.067 ^{ns}
ผลการคัดกรองผู้ป่วย ในแต่ละระดับความเร่งด่วน	1.88 $\pm$ 0.98	1.47 $\pm$ 0.84	2.924	.005 [*]

ns = Non statistical significance, $p > .05$, * = Statistical significance, $p < .05$

จากตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วย และผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน ก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample test พบระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกมีค่าเฉลี่ย 24.21 นาที (SD=21.12) หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกมีค่าเฉลี่ย 32.24 นาที (SD=25.68) และเมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยก โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample test พบว่า ระยะเวลาในการรอคอยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียของผู้ป่วยก่อน และ

หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.067$, $p>0.05$) และค่าเฉลี่ยผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วนก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกมีค่าเฉลี่ย 1.88 (SD=0.98) และ 1.47 (SD=0.84) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ผลความแม่นยำการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วนก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample test พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$, $p < 0.05$)



ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วนก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

	ผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน (n = 66)					จำนวน (ร้อยละ)
	Resuscitation	Emergency	Urgently	Semi-Urgency	non-Urgency	
การคัดกรองเหมาะสมกับความเป็นจริง (Correct triage)						
Pre	1 (1.52)	0 (0.00)	22 (33.33)	11 (16.67)	2 (3.03)	36 (54.55)
Post	2 (3.03)	5 (7.58)	33 (50.00)	9 (13.64)	1 (1.52)	50 (75.76)
การคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over triage)						
Pre	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.52)	0 (0.00)	1 (1.52)	2 (3.03)
Post	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.52)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.52)
การคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under triage)						
Pre	2 (3.03)	6 (9.09)	17 (25.76)	3 (4.55)	0 (0.000)	28 (42.42)
Post	0 (0.00)	1 (1.52)	6 (9.09)	5 (7.58)	3 (4.55)	15 (22.73)

จากตารางที่ 4 ผลการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วนก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย พยาบาลมีความแม่นยำในการคัดแยกผู้มารับบริการ โดยคัดกรองเหมาะสมกับความเป็นจริง (Correct triage) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน ก่อน และหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง และผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ระยะเวลาในการรอคอยของผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกมีค่าเฉลี่ย 24.21 นาที (SD=21.12) หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกมีค่าเฉลี่ย 32.24 นาที (SD=25.68) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample

รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยจากร้อยละ 54.55 เป็นร้อยละ 75.76 การคัดกรองสูงกว่าความเป็นจริง (Over triage) ลดจากร้อยละ 3.03 เป็น 1.52 และการคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง (Under triage) ลดจากร้อยละ 42.42 เป็นร้อยละ 22.73 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ

test พบว่าระยะเวลาในการรอคอยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียของผู้ป่วยก่อน และหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (Tothong, 2022:8-9) ที่พบว่า ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีระยะเวลาการรอคอยมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย ซึ่งต้องดำเนินการรักษาโดยแพทย์ในผู้ป่วยวิกฤตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึงที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และไม่เกิน 10 นาทีในผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง และ 30 นาทีในผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง อาจอธิบายได้ว่าด้วยในแต่ละเวรมีผู้ป่วยแต่ละระดับของความเร่งด่วนเข้า



มารับบริการอย่างต่อเนื่อง แพทย์ผู้รักษาอาจมีการให้การ
รักษาพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตก่อนและใช้
เวลานานอาจทำให้การเข้าไปให้แผนการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม
ที่มีระยะเวลารอคอยเกินเกณฑ์มาตรฐานได้ทันทั้งที่
ประกอบกับบริบทของโรงพยาบาลหน้าที่ความรับผิดชอบ
แพทย์เวรต้องดูแลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลรวมด้วย

ในส่วนของความแม่นยำของผลการคัดกรอง
ผู้ป่วยในแต่ละระดับความเร่งด่วน เมื่อเปรียบเทียบ
สัดส่วนความแม่นยำการคัดกรองก่อน และหลังการ
ใช้รูปแบบการคัดแยกพบว่าร้อยละความแม่นยำในการ
คัดแยกผู้มารับบริการ โดยคัดกรองเหมาะสมกับความเป็น
จริง (Correct triage) หลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้จากร้อยละ 54.55 เป็นร้อยละ
75.76 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ์ ชัยนันท์, นิพิฐพนธ์
แสงด้วง (Chainan&Saengduang,2021:39-52)
ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน
สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองม่วงไข่จังหวัด
แพร่ พบว่า มีความถูกต้องของ การคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
เป็นร้อยละ 94.31 อาจอธิบายได้ว่าการจัดทำคู่มือ
และเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน และฝึกการใช้แล้วนำมา
ทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยส่งผลให้การคัดกรองเร่งด่วน
มีความแม่นยำได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ
พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ (Wachiradilok& et al.,
2016:96-108) ที่ศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่า แต่ละเขตบริการ
สุขภาพมีการใช้ระบบการคัดแยกที่แตกต่างกัน บุคลากร
ที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกันซึ่ง
มีผลต่อคุณภาพการคัดกรองได้ และจากการศึกษาของ
วัชรารักษ์ โต๊ะทอง (Tothong,2022:8-9) ที่ศึกษา
ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์
การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความ
แม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาล
คัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ความแม่นยำของการ
คัดกรองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ และการศึกษาของทัศนีย์ ภาควิณวินิจฉัย,

โสพิศ เวียงโอสถ (Pakpoomwinitchai&Wiang Osot,
2021:39-52) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนว
ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุ
เคราะห์พบว่าแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน มีประสิทธิภาพในการใช้คัดแยกหรือจำแนกผู้ป่วย
ฉุกเฉิน โดยดูได้จากความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยที่
ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ส่วนการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรองของ
พยาบาลคัดกรอง พบว่าข้อมูลทั่วไปของพยาบาลคัดกรอง
ไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลคัดกรอง
ทั้งก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน กล่าวคือ
การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลทุกคน
ไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของ
พยาบาล กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช
โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ
60 พรรษา ได้ปฏิบัติตามขั้นตอน แนวทาง และข้อปฏิบัติ
ตามมาตรฐานวิชาชีพที่ดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว

สรุปได้ว่ารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉินมีขั้นตอนการดูแล หรือขั้นตอนการ
ปฏิบัติในรูปแบบ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีแนวปฏิบัติ
ที่ทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถตัดสินใจ ได้อย่างถูกต้อง
ในการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในระดับความรุนแรงประเภทไหน
และได้รับการดูแลที่ทันตาม เวลา ทำให้ได้ผลลัพธ์ทาง
คลินิกที่เหมาะสม และช่วยพยาบาลในการแสดงบทบาท
อิสระในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติงาน ตลอดจนการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉินซึ่งเป็นรูปแบบการคัดแยกที่ดีทำให้
พยาบาล สามารถตัดสินใจในบทบาทพยาบาล คัดแยก
ผู้ป่วยที่มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัด
เชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 027/2566



เอกสารอ้างอิง

- Boonyarat, Suwasan. (2021). **Accuracy of emergency triage system in emergency room at Chiangrai Prachanukroh Hospital: Emergency Severity Index (ESI) compared to Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. Chiangrai Medical Journal, 13(3):147-159.
- Chainan, Chandra. & Saengduang, Nipitphon. (2021). **Effectiveness of using the Emergency Severity Index for patient triage**. Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province, Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health, 11(1):39-52.
- Chotisirikhunwat, Somkiat. (2022). **Results of using the main process of emergency patient triage by emergency room professional nurses**. Ratchaburi Hospital. Nursing Journal Health&Education, 5(1):1-11.
- Christ, M., Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). **Modern Triage in the Emergency Department**. Medicine, 107(50):892-8.
- Croskerry, P., Cosby, K. S., Schenkel S. M., & Wears, R. L. (2010). **Patient Safety in Emergency Medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60 th Birthday Anniversary. (2023). **Statistics of patients admitted to emergency and forensic accident departments**, Annual Report 2023.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2018). **MOPH ED Triage**. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2011). **Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care, version 4**. Implementation handbook 2012 edition. Rockville: AHRQ publication.
- Jaikhamsuk, Poonsap. (2021). **Results of using online lessons on patient triage at the emergency room towards knowledge & accuracy in patient sorting among nurses**. Master's dissertation. Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.
- Jinda, Chandra. (2013). **Effects of using a patient sorting model based on the level of urgency on service user satisfaction and patient satisfaction towards received nursing care**. Accident & Emergency department Bangkok Medical College & Vajira Hospital. Master's dissertation. Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Kraithanason, Chandra. (2022). **Development of a patient triage model using the emergency severity index per patient on the patient's waiting period & the role of professional nurses**. Accident & Emergency Group Lamphun Hospital Phrae Hospital Journal, 30(1): 69-81.
- Mana-ngan, Mayuree. (2020). **The results of using guidelines for sorting patients according to their level of emergency**. Outpatient work at Chakrat Hospital, Chakrat District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Public Health Nursing, 34(3): 52-65.



- Nakakul, Nannalin. (2023). **Effectiveness of using the emergency severity index for patient triage.** Lampang Hospital. [online]. Retrieved September 15, 2023 from <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:120828>.
- Subash, F., Dunn, F., McNicholl, B., & Marlow, J. (2014). **Team triage improves emergency department efficiency.** Emergency Medicine Journal, 21(2): 542-544.
- Tohthong, Watcharaporn. (2022). **Effectiveness of using the patient screening model using urgent screening criteria on patient waiting time, screening accuracy & performance role of screening nurses.** Accident & emergency work at Phetchabun Hospital. Journal of Nursing, Health & Public Health, 1(2): 7-16.
- Upananchai, Sukonjit. & Uamtani, Areewan. (2017). **Results of using a patient screening model using the Emergency Severity Index on the patient waiting time & the performance of the independent role of professional nurses.** Accident & Emergency Department Central Hospital Charoenkrung Pracharak Hospital Journal, 13(2): 90-101.
- Wiang-osot, Sophit. (2019). **Effectiveness of using guidelines for sorting accident patients.** & emergencies of professional nurses, accident & emergency department, Chiang Rai Prachanukroh Hospital nursing journal Public health & education, 20(1): 66-75.
- Yason, Pornwipa. (2023). **Results of using guidelines for patient separation.** Nursing work for accident & emergency patients. [online]. Retrieved August 15, 2023 from <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/17da279f9282f87cb67c8edcd6a9f6>.
- Yurkova, I., & Wolf, L. (2011). **Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the emergency department & the intensive unit.** Journal of Emergency Nursing, 37(5): 491-6.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The Relationship Between Health literacy and Health behavior of the elderly in
Makhunwan Sub-district, Sanpatong District, Chiangmai Province.

จุไรรัตน์ สิงห์แดง (Churairat Singdaeng)*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลมะขุนหวาน และเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 320 คนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.74 การศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวม 3.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และ บทบาท/ตำแหน่ง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่า Chi-Square ที่ 133.59, 198.39 และ 188.71 ตามลำดับ ค่า p-value = <0.01, 0.01 และ <0.01 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ พบว่า ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่า $r = 0.486$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานต่างๆ บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะพัฒนาความรู้สุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุ เพราะความรู้สุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการจัดการสุขภาพตนเอง และเป็นวิถีทางในการเพิ่มพลังให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้มีการจัดการสุขภาพของตนเองได้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยส่งผลให้เกิด “สุขภาวะ (Well-being)” ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ,ความรู้ด้านสุขภาพ ,พฤติกรรมสุขภาพ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะขุนหวาน

E-mail : Churairat_sing@hotmail.com

* Public Health Technical Officer, Professional Level E-mail churairat_sing@hotmail.com



ABSTRACT

This research aimed to study the level of health literacy, the level of health behavior of the elderly, and the relationship between health literacy and health behaviors of the elderly . The sample group was elderly women and men aged 60 years and over in the area of responsibility of the Makhunwan sub-district administrative organization and Banklang sub-district municipality Sanpatong district Chiangmai province, 320 people, data collected by questionnaire, and were analyzed using descriptive statistics and relationships were analyzed using inferential statistics, namely the Pearson's product-moment correlation coefficient. Statistical significance was set at 0.05.

The study results found that the sample group had an overall level of health literacy. The mean value was 3.62 (standard deviation 0.97), which explains that the elderly have a high level of health literacy. Considering each aspect, it was found that in the application of health information and services, the highest mean was 3.74. The study of the health behavior level of the elderly found that health behavior was included at a high level. The overall mean was 3.96 (standard deviation 0.97). Personal factors affecting the health behavior of the elderly were found to be age, education level, and role/position It has an effect on the health behavior of the elderly with Chi-square values of 133.59, 198.39, and 188.71 respectively, p-value values = <0.01, 0.01 and <0.01 respectively with a statistical significance of 0.05. As for gender, it was found that there is no effect on the health behavior of the elderly. The results of the analysis of the relationship between health literacy and the health behavior of the elderly found that health literacy is related to the health behavior of the elderly, value $r = 0.486$, with statistical significance at the 0.01 level. It was found that the level of relationship was at a low level. It can be seen that the results of this study will be useful for various agencies. health personnel Including those involved in supporting the elderly to develop and solve their health problems. In particular, develop health literacy to promote self-management behavior for the elderly, because health literacy is an important indicator that demonstrates self-health management, and is a way to increase the power of the elderly in making choices and acting on health care and living conditions so that they can manage their health under a conducive environment, resulting in happen “Well-being” at the individual, family, community, and society levels.

Keywords: Elderly / health literacy / health health behavior

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Aging Society)(Department of Elderly Affairs Action Plan for the Elderly Phase 3 2023) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ซึ่งเป็น ปีแรกที่มีสัดส่วนของ

ประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามของ องค์การ สหประชาชาตินั้นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73



ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็น สังคมสูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ. 2574 สัดส่วน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดประมาณงบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้ว สูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปีหรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปีพ.ศ. 2558 - 2565 จึงต้องเน้น ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ ของประเทศ สังคมและครอบครัว ปี 2548 ประชากรทั้งหมด 62,418,054 คน มีผู้สูงอายุ 6,391,822 คน คิดเป็นร้อยละ10.24 ปี 2558ประชากรทั้งหมด 65,729,098 คน มีผู้สูงอายุ 10,330,314 คน คิดเป็นร้อยละ 15.71 และจากสถิติผู้สูงอายุในไทย ปี 2565 ประชากรทั้งประเทศ มี 66,090,475 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 โดยมีช่วงอายุ 60 – 69 ปี มีผู้สูงอายุ 7,120,270 คน คิดเป็นร้อยละ 56.07 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี มีผู้สูงอายุ 3,743,466 คน คิดเป็นร้อยละ 29.48 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีผู้สูงอายุ 1,834,625 คน คิดเป็นร้อยละ 14.45 และอายุคาดเฉลี่ยผู้สูงอายุ ปี 2566 ชาย 74.92 ปี ผู้สูงอายุหญิง 81.05 ปีในประเทศไทยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก คือกรุงเทพมหานคร 1,239,757 คน คือจังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุ 525,039 คน และจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้สูงอายุ 404,512 คน ตามลำดับ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ค้นหาคำตอบที่ต้องการ ตีความหมาย ตรวจสอบ และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับและตัดสินใจใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ(Thai Health Education Division. Health Knowledge Manual, 2018) ดังนั้น ความรอบรู้สุขภาพ ถือเป็นการขับเคลื่อนหลักที่สำคัญ เพราะการที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นจะมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย หากแต่การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย ด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับการอยู่โดยลำพังของผู้สูงอายุเกิดความหวาดเหว ด้านสังคมเกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิงสูงชัน การดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ด้านปัญญาเกี่ยวข้องกับการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น เห็นได้จากรายงานจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่า มีชุมชนที่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 92.00 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคิดเป็นร้อยละ 88.70 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.0 และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน ร้อยละ 1.4 ในขณะที่กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รายงานว่าการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีอัตรา 1 : 4 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ประกอบกับข้อมูลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 98.06 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.54 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.39 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือการดูแลให้



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลับมาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม รวมถึงการพัฒนาความรู้สุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเข้าสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ นำความรู้และทักษะที่ตนเองมีมาใช้เป็นพลังในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่อยู่อาศัย สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง ล้วนเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นลำดับแรก สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศตามสามเสาหลักผู้สูงอายุพัฒนาพลังองค์การอนามัยโลก ได้แก่ สุขภาพดี มีความมั่นคง และมีส่วนร่วมในชุมชน

ตำบลมะขุนหวาน เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 12.30 ในปี 2556 จากประชากร 5,110 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.32 ในปี 2560 จากประชากร 5,278 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.79 ในปี 2566 จากประชากรทั้งหมด 5,430 คน จากการตรวจคัดกรองโรคของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะขุนหวาน พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 53.14 โดยแบ่งเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35 โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 1.24 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 16.20 โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 30.47 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 โรคเบาหวาน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 2.74 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 34.28 ซึ่งโรคดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านภาระค่าใช้จ่ายทั้งระยะสั้นและระยะยาว แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้อีกมากมาย ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญอยู่ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย แต่อีกหนึ่งเกิดจาก

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ซึ่งถ้าสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีสภาพจิตใจดี อารมณ์ดี และมีสุขภาพดี อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน มะขุนหวานจึงต้องศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางแผน ส่งเสริมและพัฒนา ปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีต่อไป

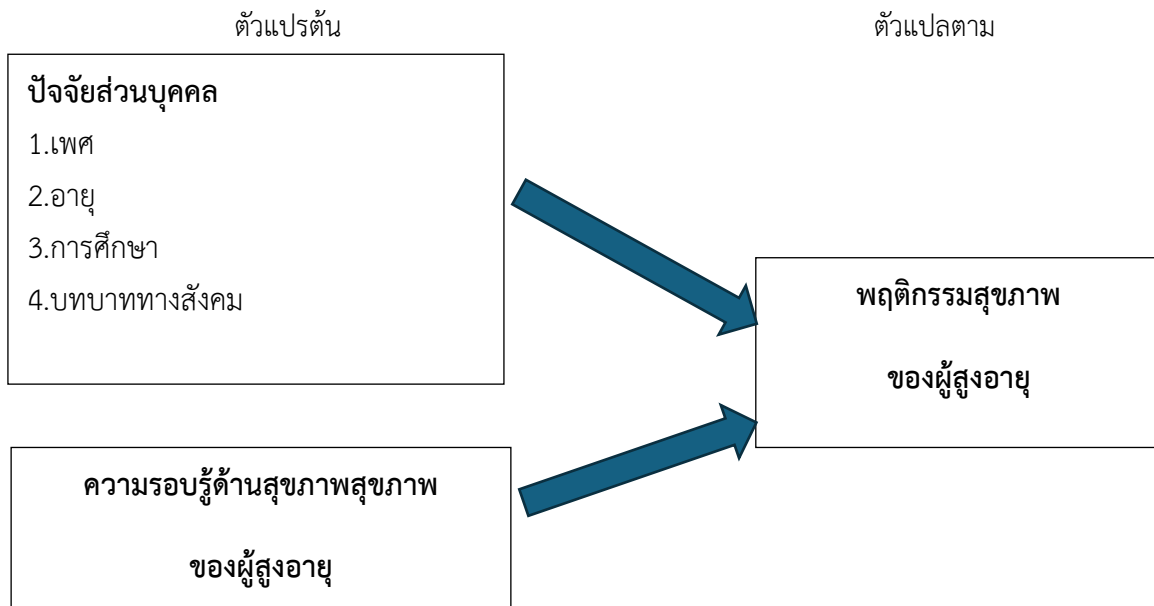
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยมีการกำหนดตัวแปรต้น ตัวแปรร่วม และตัวแปรตาม เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional descriptive study design) รูปแบบเชิงสำรวจ ณ ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (Kanlaya Vanichbuncha, 2015)

1. ขอบเขตประชากรที่ศึกษา

ดำเนินการวิจัยในประชากร คือ หญิง และชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 1 - 8 ตำบลมะขุนหวาน จำนวน 5,430 คน โดยคัดเลือกจากเกณฑ์คัดเข้าซึ่งทำให้ได้จำนวนประชากร 1,509 คน กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบสุ่มตัวอย่างแบบการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร ทาโรยามาเน (Taro Yamane, 1993) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน

2. ขอบเขตเนื้อหาที่ศึกษา

ดำเนินการศึกษาวิจัยโดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (2561) (Department of Elderly Affairs Action Plan for the Elderly Phase 3, 2023) และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของคาสส์ และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินวิจัย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยระยะที่ 1 (เชิงปริมาณ) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เชิงโครงสร้าง (Structured Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการสอบถาม ชนิดคำถามที่ใช้เป็นคำถามชนิดปลายปิด (Close - Ended) ซึ่งได้กำหนดคำตอบไว้ให้เลือกตอบ และคำถามชนิดปลายเปิด (Open - Ended) โดยให้อิสระในการเลือกตอบ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน 37 ข้อ ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบแบบอิสระและเติมคำ ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ตอนที่ 2-3 เป็นคำตอบเลือกตอบโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ (Swenson DR. & Anderson LW., 1988; 627-642.).



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์กำหนด (Kanlaya Vanichbuncha, 2015) ระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistic)ได้แก่ ร้อยละ (Percentage)ค่า ความถี่ (Frequency) ตามลักษณะข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

พรรณนา(Descriptive Statistic)ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)คือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.9 มีอายุ 60-69 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือ 70-79 ปี ร้อยละ 29.1 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 12.8

บทบาทในสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 92.8 รองลงมา มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 4.7 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 320)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	202	63.1
ชาย	118	39.9
อายุ		
60-69 ปี	189	59.1
70-79 ปี	93	29.1
80 ปี ขึ้นไป	38	11.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	41	12.8
ประถมศึกษา	242	75.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	4	1.3
อนุปริญญา/ปวส	2	0.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.2
บทบาท/ตำแหน่ง		
อสม.	15	4.7
แกนนำชุมชน	2	0.6
แกนนำกลุ่มต่างๆในชุมชน	6	1.9
ประชาชนในชุมชน	297	92.8

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ด้านการประเมิน

ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล การบริการสุขภาพ, ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ, ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n= 320)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพ	3.49	1.04
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.60	1.00
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.66	1.00
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.74	0.85
ค่าเฉลี่ยรวม	3.62	0.97

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวม 3.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97) โดยพบว่า หัวข้อคำถามด้านพฤติกรรมเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างตอบได้ ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ท่านใช้พินกัตของแข็ง เช่น กัดก้าน แวนตา กัดปากกา กัดเข็มเย็บผ้า กัดถุงพลาสติก” ค่าเฉลี่ย 4.92 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37) ซึ่งอยู่ในระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด รองลงมา คือ “ท่านดื่มเหล้า ยาตอง” ค่าเฉลี่ย 4.87 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ในส่วนข้อคำถามพฤติกรรมเชิงบวก ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ “ท่านออกกำลังกายอย่าง ต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อ ออก” ค่าเฉลี่ย 3.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.13) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ “เมื่อมีเศษอาหารติดอยู่ตาม ซอกฟัน ที่ไม่สามารถแปรงฟันออกมาได้ ท่านจะใช้ไหม ขัดฟันดึงเศษอาหารออก” ค่าเฉลี่ย 3.70 (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 1.61) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุด คือ “ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อน นอน” ค่าเฉลี่ย 1.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.29) อยู่ ในระดับน้อย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าอายุระดับ การศึกษา และบทบาท/ตำแหน่ง มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่า $p\text{-value} = <0.01$,

0.01 และ <0.01 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ พบว่า ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่า $r = 0.486$ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ระดับ ความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับต่ำ



ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=320)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ		0.50
หญิง	202 (63.2)	
ชาย	118 (36.8)	
อายุ		<0.01*
60-69 ปี	189 (58.1)	
70-79 ปี	93 (29.0)	
80 ปี ขึ้นไป	38 (11.9)	
ระดับการศึกษาสูงสุด		0.01*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	41 (12.8)	
ประถมศึกษา	242 (75.6)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (7.5)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	4 (1.3)	
อนุปริญญา/ปวส	2 (0.6)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (2.2)	
บทบาท/ตำแหน่ง		<0.01*
อสม.	15 (4.7)	
แกนนำชุมชน	2 (0.6)	
แกนนำกลุ่มต่างๆในชุมชน	6 (1.9)	
ประชาชนในชุมชน	297 (92.8)	

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
0.486	< 0.01**	ระดับต่ำ

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1) การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยพิจารณาทางด้าน พบว่า การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับ มาก อธิบายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanokwan Angkasi & Ajchara Trisaeng. (2023) ซึ่ง



พบว่าความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี โดยเมื่อพิจารณารายด้านนั้น พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเกี่ยวกับการแยกแยะโฆษณาชวนเชื่อ โฆษณาจำหน่ายสินค้าเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สำหรับด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nitaya KaewHuai, Suwat Kaesawat & Janjira Satirapanya (2022) ซึ่งพบว่า ควรส่งเสริมปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นไปตามผลการศึกษาด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจสุขภาพและด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้จากหน่วยงานต่างๆ และจากการเข้าพบเพื่อสอบถามข้อมูลการดูแลสุขภาพจากแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกครั้งตามที่ตนเองต้องการ สามารถฟังเนื้อหาและคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลสุขภาพ สามารถอ่านชื่อยาหรือฉลากยาแล้วเข้าใจดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขได้ อีกทั้งหากเกิดความผิดปกติสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ โดยจะไม่ปล่อยให้เกิดอาการรุนแรง เรื้อรัง หรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitsada Promsuwan (2017) ซึ่งพบว่าปัจจัยการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatchawan Petchkong & Pacha Bancharahatthakij (2019) & Sasiprapa Chanphet, et al. (2023) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี แต่ความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการพัฒนากิจกรรมยกระดับความรอบรู้สุขภาพให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนความรอบรู้สุขภาพ ที่ควรเร่งจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมให้กับผู้สูงอายุได้มีทักษะชีวิต ทักษะการคิด วิเคราะห์ แยกแยะข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในทางกลับกันกรณีถ้าหากความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมาก ก็ควรส่งเสริมยกระดับ รวมถึงการจัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาศัยเครือข่ายความร่วมมือไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำลองการดำเนินงานหรือขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่การขับเคลื่อนความรอบรู้สุขภาพสู่ระดับตำบลให้เป็นไปตามธรรมนูญสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายให้ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยอย่างน้อย 85 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Warawut Lakhankaew (2015) ศึกษาเรื่องศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการบริหารจัดการผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2569) ซึ่งพบว่าการบริหารจัดการผู้สูงอายุยังพบปัญหา 1) ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ 2) การบูรณาการแผนงานระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องยังไม่เชื่อมโยงต่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ 3) ขาดระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ



4) งบประมาณมีค่อนข้างจำกัด การบูรณาการในการจัดสรรงบประมาณยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของ Yuthana Praphakorn (2020) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2% ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขนของ Sakawnat Saijamchan, et al. (2021) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกันตามบริบทของพื้นที่ ได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจากผลวิจัยก็พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาท/ตำแหน่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Pajara Bothihang (2021) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบริบทสังคม ปัจจัยบริบทด้านสุขภาพ จึงควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยต่างๆ เพื่อสะท้อนถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของพื้นที่ต่อไป

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานต่างๆ บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาของท้องถิ่น โดยเฉพาะพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุ เพราะความรอบรู้สุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ซึ่งจะ

ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่น้อย หรือลดลงมากกว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่า ดังนั้นจึงนับเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนใน การดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้มีการจัดการสุขภาพของตนเองได้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยส่งผลให้เกิด “สุขภาวะ (Well-being)” ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำเอาผลการศึกษาความรอบรู้สุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และประยุกต์กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุทั้งในพื้นที่ พื้นที่อื่นๆ และระหว่างพื้นที่ได้

2. หน่วยงาน อปท. ในพื้นที่สามารถนำเอาผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

3. หน่วยงานในพื้นที่สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมไปปรับใช้ในการสร้างเสริมความรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมสร้างเสริมให้กับกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้จะรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

4. หน่วยงานในพื้นที่สามารถนำการศึกษาไปใช้ในการสร้างสื่อสุขภาพทั้งในออฟไลน์และออนไลน์ตลอดจนโปรแกรมอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัย



อื่นๆ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ร่วมกับการนำเอาโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model ; TTM) มาใช้เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยและขั้นตอนที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

2. ควรทำการศึกษาเจตคติด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ควรทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนรอบรู้สุขภาพ เพื่อยกระดับให้ชุมชนเอื้อต่อสุขภาพ ให้เกิดความยั่งยืนต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ควรทำการศึกษาประเมินผลกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้สุขภาพ โดยการนำเอาแนวคิดและทฤษฎีแบบจำลองการประเมินกิจกรรม/โครงการ CIPP Model มาใช้ร่วมด้วยจะทำช่วยสะท้อนความพร้อมและความเหมาะสมของกิจกรรม/โครงการที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการ AIC

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.มูจลินท์ แสงศิริ ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล จนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ขอขอบคุณ นางสาว ธัญภรณ์ ใจมั่ง ที่คอยให้คำแนะนำในเรื่องแบบสอบถาม ขอขอบคุณ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตำบลมะขุนหวาน ที่เป็นผู้ช่วยเหลือให้ข้อมูลงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะขุนหวานที่คอยสนับสนุนข้อมูลการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ ตำบลมะขุนหวาน ขอขอบคุณ นางทัศนีย์ อินตะแก้วที่เป็นแรงผลักดันสนับสนุนให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการทำงานวิจัยจนสำเร็จลงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลและขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด หากงานวิจัยฉบับนี้มีประโยชน์ต่อผู้ศึกษาต่อไปผู้วิจัยขอยกความดีให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น แต่หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้วิจัยขออภัยมา ณ โอกาสนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่หมายเลขรับรอง :SPT REC 007/2567

เอกสารอ้างอิง

- Petchkong, C. & Bancharahattakij, P. (2019). Results of the health literacy promotion program in collaboration with the use of social media on obesity prevention behavior in Mathayom 2 students. Thai journal of Health Education, 42(2): 23-32
- Department of Elderly Affairs. (2023). Action Plan for the Elderly Phase 3. [online]. Retrieved April 9, 2024 from <https://www.dop.go.th>.
- Angkasi, K & Trisaeng, A. (2023). Health literacy and factors affecting health literacy of the elderly, San Sai District, Chiang Mai Province. Journal of MCU, 11(1):267-279.
- Promsuwan, K. (2017). Factors related to health promotion behavior of the elderly in clubs. Elderly people in Nong Mai Kaen Subdistrict Chachoengsao Province. Master's dissertation. Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao, Thailand.



- Mowrer, OA. (1960). **Learning theory and behavior**. [online] . Retrieved April 9, 2024 from <https://doi.org/10.1037/10802-000>.
- KaewHuai, N., Kaesawat, S & Satirapanya, J. (2022). **Factors influencing the preparation before entering the elderly of the population of Mueang District, Surat Thani Province**. Journal of Health Promotion and Environmental Health, 16(1): 172-185.
- Bothihang, P. (2021). **The relationship between health literacy and health promotion and disease prevention behaviors in Thailand**. Faculty of Nursing Journal Burapha University, 29(3), 115-130.
- Saijamchan, S. et al. (2021). **Health knowledge and health behavior 3A.2S. of people in the Ban Eua Athon Bang Khen community (Khlung Thanon)**. Army Nursing Journal, 22(3):367-385.
- Lakhamkaew, W. (2015). **Development of a management model for the Thai elderly in the next decade (2017 - 2026)**. Master's Dissertation.
- Ramkhamhaeng University. Bangkok. Thailand.
- Prapakorn, Y. (2020). **Health knowledge and health promoting behavior of Karen elderly**. Master's dissertation. Chiang Mai University. Chiang Mai. Thailand.



การพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดระบบสุขภาพของ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา อบต.เวียงท่ากาน

ทิพิชา โปษยานนท์*, ศิริธร อรไชย**, นกนิตร์ ศิริไทย***, รัตนา เอิบกิ่ง****, ชลาลัย จันทวดี*****, พรสิริ จิตรถเวช***** และทัศนีย์ อินตะแก้ว*****

บทคัดย่อ

กลไกในระดับพื้นที่เป็นกุญแจสำคัญในระบบสุขภาพชุมชน ดังนั้น การนำแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางระบบสุขภาพของไทยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไปใช้ ในฐานะต้นแบบแนวคิดและหลักการสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน จึงมีความสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม 3) พัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบลตามแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการอภิปรายกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก มี อบต.เวียงท่ากาน ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ เป็นพื้นที่วิจัย มุ่งศึกษาความสอดคล้องของ 7 องค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ กลไกระบบสุขภาพชุมชน การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ กระบวนการมีส่วนร่วม การจัดการระบบสุขภาพชุมชน เครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ กับแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งมีเป้าหมายสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และให้ความสำคัญกับ “การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี” ผลการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ผ่านโมเดลต้นแบบ “เจตีย์แห่งความสุข” โดยการนำธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 มาใช้เป็นกรอบในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา ทั้งนี้ ชุมชนอื่นสามารถนำโมเดลและแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปประยุกต์ใช้ได้ โดยควรให้ความสำคัญกับหลัก “Fruitful Five” ในการทำงาน คือ Final goal, Friends, Focus, Follow through และ Feedback

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน, ระบบสุขภาพพื้นที่, ธรรมนูญสุขภาพ, ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ, การมีส่วนร่วม

*ผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ tipicha@nationalhealth.or.th

**Expert. The National Health Commission Office. tipicha@nationalhealth.or.th



**ผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ Sirithorn@nationalhealth.or.th

**Expert. The National Health Commission Office. Sirithorn@nationalhealth.or.th

***ผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ Napintorn@nationalhealth.or.th

***Expert. The National Health Commission Office. Napintorn@nationalhealth.or.th

****ผู้อำนวยการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ Rattana@nationalhealth.or.th

****Senior Technical officer. The National Health Commission Office. Rattana@nationalhealth.or.th

*****นักบริหารจัดการอาวุโส สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ Chalalai@nationalhealth.or.th

*****Senior Administrative Officer. The National Health Commission Office.

Chalalai@nationalhealth.or.th

*****นักวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ Ponsiree@nationalhealth.or.th

*****Technical officer. The National Health Commission Office. Ponsiree@nationalhealth.or.th

*****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันห่าว จังหวัดเชียงใหม่

auan_takpop@hotmail.com

***** Public Health Technical Officer, Professional Level. Sanhao Subdistrict Health Promotion Hospital.

ผู้รับผิดชอบบทความ: ทิพิชา โปษยานนท์; tipicha@nationalhealth.or.th



Abstract

Health-related mechanisms at the local level are considered keys to the community health system. Therefore introducing the concept of the National Health System Charter, which is the framework of Thailand's health system according to the National Health Act 2007, to be used as a principle for the practice and development of a community health system is necessary. This study was aimed to 1) study the model of the participatory community health system at the subdistrict level; 2) study factors affecting the participatory community health system; and 3) develop a prototype model of the participatory community health system for the subdistrict level using the concept of the National Health System Charter. Qualitative research was implemented using focus group discussions and in-depth interviews as tools. The community health system of Wiang Tha Kan Subdistrict Administrative Organization, Ban Klang Subdistrict, Sanpatong District, Chiang Mai Province was used as a research study area. This study focused on studying the consistency between the seven community health system sub-components, namely (1) community health system mechanisms; (2) enabling and empowering environment/ ecosystem to be conducive to good health; (3) human potential development; (4) participatory process; (5) community health system management; (6) tools used for participatory healthy public policy process; and (7) the issue of health equity; and the health system concept of the National Health System Charter, No. 3 (2022) that had a direction towards “equitable health system”, whereas the concept of “good governance for health system” was also highlighted. The results showed that the community health system of Wiang Tha Kan Subdistrict Administrative Organization, which was supported by different factors using “Wiang Tha Kan Sub-district Administrative Organization’s Charter on Health System Development, Issue 2 (2021)” as a framework for operating health system and solving health problems in the community, could be operated by the health system concept of the National Health System Charter No. 3 (2022) through a prototype model “Pagoda of Happiness”. It was suggested that other communities could apply the prototype model and concept of the National Health System Charter to suit their contexts by using the “Fruitful Five” principle, which are Final goal, Friends, Focus, Follow through, and Feedback.

Keywords: community health system, area-based health system, health charter, National Health System Charter, participation

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันสังคมโลกถูกคุกคามโดยวิกฤติโรคระบาดและการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งได้ส่งผลกระทบและมีแนวโน้มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญต่อบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม ตลอดจนเรื่องของระบบสุขภาพของแต่ละประเทศรวมถึงการเปลี่ยนแปลง

บริบทสุขภาพของโลกด้วย ซึ่งประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบและนำไปสู่ความท้าทายในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของประเทศเช่นเดียวกับทุกประเทศทั่วโลก โดยพบว่าประชาชนและชุมชนมีแนวโน้มในการตระหนัก ตื่นตัว ใส่ใจกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนมากขึ้น ระบบสุขภาพในระดับพื้นที่หรือระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญขึ้นอย่างเห็นได้ชัด



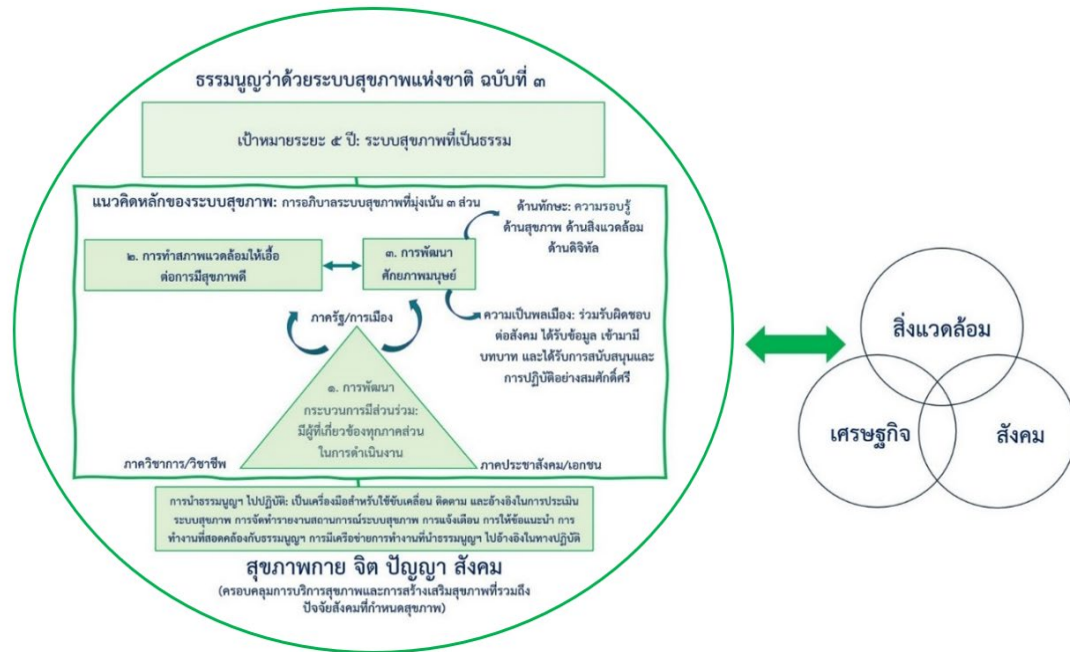
นอกจากสถานการณ์โรคระบาดแล้ว ยังพบว่ามีสถานการณ์และปัจจัยอีกมากมายที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย อาทิ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน แนวโน้มการเติบโตของเศรษฐกิจและความเป็นเมืองที่ประสบปัญหาการจัดการด้านการปล่อยของเสียและมลพิษ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศโดยจากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558-2566 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย ขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้กลายมาเป็นปัจจัยท้าทายหนึ่งที่ส่งผลกระทบ ทำให้สังคมยังเกิดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพได้ โดยเฉพาะกับกลุ่มคนที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ หรือกลุ่มเปราะบาง ที่อาจจะไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้มากนัก ส่งผลให้มีประเด็นในเรื่องของความเท่าเทียมและเป็นธรรมของระบบสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ ด้วย ขณะเดียวกัน การที่สังคมไทยปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการกระจายอำนาจไปในทุกระดับ (Office of the Prime Minister, 2018; Junthong, 2020) นั้นนับว่าเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากกลไกในระดับภูมิภาค ท้องถิ่น หรือพื้นที่ในระดับต่าง ๆ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมในการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข แก่ชุมชนและภาคประชาชน(Srivanichakorn and Pratoomnun, 2011; Srivanichakorn et al., 2015) เพราะมีความใกล้ชิดและรับรู้ความต้องการของประชาชนในพื้นที่มาก จึงสามารถจัดบริการสาธารณะหรือกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้ (Jindawatana, 2008; Nata et al., 2019) ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

ที่ครอบคลุมทุกมิติในระดับพื้นที่ อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเอง การจัดการสุขภาพของพื้นที่ และคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ดังนั้น การนำกรอบแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางระบบสุขภาพของประเทศตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (National Health Act, 2007) ไปใช้ในฐานต้นแบบแนวคิด และหลักการสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพจากระดับฐานราก ที่มีส่วนอย่างสำคัญต่อภาพความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนา ระบบสุขภาพของประเทศในภาพรวม โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 (National Health Commission, 2022) นั้น มุ่งเน้นที่เป้าหมายในการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำกับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทั้งในเรื่องคุณภาพชีวิต

และเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟู จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง หรือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยมีแนวคิดหลัก คือ “การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี” หรือ “good governance for health system” ที่สามารถเชื่อมประสานทุกภาคส่วนในทุกระดับได้ มีความโปร่งใส สร้างการมีส่วนร่วมเอื้อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ไม่มีความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ และที่สำคัญ การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีจะต้องเอื้อให้เกิดระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตต่าง ๆ ได้ทั้งในมิติของกาย จิต ปัญญา และสังคม และเป็นระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ





รูปที่ 1 กรอบแนวคิดที่มุ่งสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ของมนุษย์เป็นสำคัญ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีความรู้เท่าทัน ตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นพลเมืองที่มีความร่วมรับผิดชอบต่อการสังคมในด้านสุขภาพ ดังรูปที่ 1

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ:กรณีศึกษา อบต.เวียงท่ากาน” ซึ่งเป็นการศึกษาระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล ที่เป็นชุมชนที่เมื่อหลายปีที่ผ่านมาได้เผชิญกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน จึงให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่องการลดโรคไม่ติดต่อ โดยมีการนำธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 แล้วพบว่ามีความสำเร็จในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผู้ศึกษาจึงใช้พื้นที่ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ นี้ เป็น

พื้นที่ศึกษาสำหรับการพัฒนาเป็นโมเดลต้นแบบในระดับตำบลในการนำแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ไปใช้กับระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการรวบรวมองค์ความรู้ และจะช่วยให้เกิดประโยชน์สำหรับให้พื้นที่/ชุมชนอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเองตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล
3. เพื่อพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบลตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ



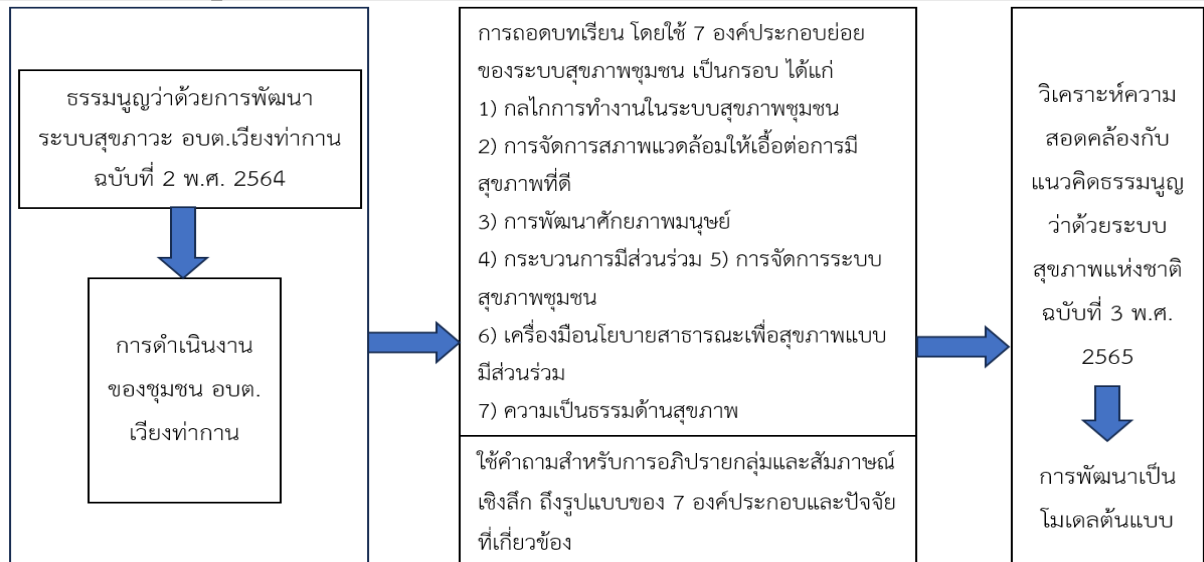
การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบสุขภาพชุมชน เป็นรากฐานสำคัญของการสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง โดยระบบสุขภาพชุมชนมีลักษณะซับซ้อน มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย มีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา (Srivanichakorn and Pratoomnun, 2011) เป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับคน เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนในชุมชน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยคนในชุมชนสามารถเป็นผู้ดำเนินการและเป็นเจ้าของร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน จัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่สุขภาวะ และการพึ่งตนเองได้ของชุมชน ซึ่งถือเป็นทางออกในการพัฒนาสุขภาวะอย่างยั่งยืน จัดเป็นอุดมการณ์ทางสุขภาพของไทยที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Nata et al., 2019; Thappha et al., 2021) อีกทั้ง มีความหมายครอบคลุมถึง ความพออยู่พอกิน ความอยู่เย็นเป็นสุข และความมั่นคงในชีวิต การได้มาซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมต้องการความร่วมมือของทุกฝ่าย (Srivanichakorn and Bookboon, 2013) ระบบสุขภาพชุมชน ยังเป็นพื้นฐานความเป็นธรรมทางสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ส่งเสริม การดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน ระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งจะตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง รวมทั้งยังทำให้เกิดการเรียนรู้และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน (Srivanichakorn et al., 2015) ซึ่งระบบสุขภาพชุมชนประกอบไปด้วย 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน มีองค์ประกอบย่อยสำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกการทำงานในระบบสุขภาพชุมชน 2) การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี 3) การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ 4) กระบวนการมีส่วนร่วม 5) การจัดการระบบสุขภาพ

ชุมชน 6) เครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Srivanichakorn et al., 2015)

การศึกษาวิจัยนี้ มุ่งเน้นไปที่การศึกษาถึงความสอดคล้องของแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี” โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วม การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ซึ่งมีทิศทางมุ่งสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” กับองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบลทั้ง 6 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ กลไกการทำงานในระบบสุขภาพชุมชน การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ กระบวนการมีส่วนร่วม การจัดการระบบสุขภาพชุมชน และเครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ (Yana and Bookboon, 2013) โดยได้เพิ่มอีกหนึ่งองค์ประกอบเข้ามาในการศึกษาด้วย คือ เรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ รวมเป็น 7 องค์ประกอบย่อย รวมถึงได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ที่นำธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานนั้นมีรูปแบบขององค์ประกอบย่อยทั้ง 7 เป็นอย่างไร มีความสอดคล้องของแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 อย่างไร จากนั้น นำข้อมูลที่ศึกษามาพัฒนาจัดทำเป็นโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบลขึ้น เพื่อให้สิ่งที่ชุมชนได้ปฏิบัติถูกพัฒนาขึ้นเป็นความรู้และโมเดลหรือแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการนำไปใช้เผยแพร่ต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ตามรูปที่ 2 ดังนี้





รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีวิจัย

คำถามการวิจัย

- 1) ระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบลที่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมและมีการนำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่มาใช้เป็นกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชนนั้นมีรูปแบบอย่างไร
- 2) อะไรคือปัจจัยเอื้อและข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล
- 3) ระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบลมีความสอดคล้องตามแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างไร และสามารถนำมาจัดทำเป็นโมเดลต้นแบบได้อย่างไร

พื้นที่วิจัย

พื้นที่ที่เลือกมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ระบบสุขภาพชุมชน อบต. เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับตำบลที่มีการนำธรรมนูญสุขภาพในระดับตำบลมาใช้แล้วถึง 2 ฉบับ และมีความสำเร็จในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ และเป็นพื้นที่ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอดกระบวนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทขับเคลื่อนในกลไกการจัดการระบบสุขภาพชุมชน และ/หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทขับเคลื่อนเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) ของชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วม ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอภิปรายกลุ่ม: จำนวน 20 คน (มาจากภาครัฐ 7 คน ภาควิชาการ 6 คน และภาคประชาชน 7 คน)



2. ผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก: จำนวน 6 คน (มาจากภาครัฐ 4 คน ภาควิชาการ 1 คน) วิธีการเก็บข้อมูลวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research)ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจาก2ส่วนคือ1) การศึกษาเชิงเอกสารและ2) การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเชิงเอกสารถึงข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของชุมชนหรือพื้นที่ที่ศึกษา เนื้อหาสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพื้นที่ และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพะ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 ซึ่งจัดเป็นธรรมนูญสุขภาพในระดับตำบล ส่วนการเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มนั้น ใช้แนวคำถามที่โดยใช้องค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพชุมชนทั้ง 7 องค์ประกอบเป็นกรอบในการตั้งคำถาม เพื่อศึกษาให้ทราบถึงลักษณะของ 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันภายในชุมชน และลักษณะขององค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพชุมชนทั้ง 7 องค์ประกอบของชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ได้แก่ 1) กลไกระบบสุขภาพชุมชน 2) การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อ 3) การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ 4) กระบวนการมีส่วนร่วม 5) การจัดการระบบสุขภาพชุมชน 6) เครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และ 7) ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบ โดยมีตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “พื้นที่ของท่านมีกลไกการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนอย่างไร องค์ประกอบมีครบทั้ง 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคเอกชน/ประชาสังคมหรือไม่ อย่างไรบ้าง” “พื้นที่ของท่านมีการดำเนินการ/จัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างไร” “พื้นที่ของท่านมีการดำเนินงาน/จัดกิจกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

โรคในชุมชนอย่างไร” “พื้นที่ของท่านได้เปิดโอกาสให้ทุกคนในชุมชนได้มีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือทำ ร่วมสรุปบทเรียน ร่วมรับผิดชอบ) ในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนอย่างไรบ้าง” “ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/จัดทำนโยบายสาธารณะของชุมชน รวมถึงธรรมนูญสุขภาพชุมชนอย่างไร” “เมื่อเกิดกรณีความขัดแย้งในชุมชน/พื้นที่ของท่าน มีวิธีการในการคลี่คลาย/จัดการความขัดแย้งนั้นอย่างไร”

การตรวจสอบข้อมูล

1. การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า(triangulation)เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นมีความถูกต้องและมีความเชื่อถือได้ ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ดังต่อไปนี้

1.1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation)เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลทั้งด้านเวลา สถานที่ และบุคคล ที่ได้จากแหล่งข้อมูลผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือกลไกสำคัญในระบบสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถ้าผู้ศึกษามีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างเวลาต่างสถานที่ และต่างบุคคลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะมีความเหมือนกันหรือตรงกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกันจากบุคคลหลายกลุ่มและหลายคน ซึ่งข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันดังปรากฏในผลการศึกษา

1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) เป็นการใช่วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมกับศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันดังปรากฏในผลการศึกษา

2. การตรวจสอบข้อมูลด้วยการทดสอบผลการศึกษาที่ได้และตีความข้อมูลด้วยการให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ โดยได้ดำเนินการถอดคำสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลและได้นำเสนอข้อมูล



เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล โดยได้จัดเวทีนำเสนอข้อมูล จำนวน 1 ครั้งเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 และได้มีการปรับแก้ไขข้อมูลตามให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจนครบถ้วน ดังปรากฏในผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม มาแยกประเภทตามเนื้อหาในเรื่องระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันในชุมชน และองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพชุมชนทั้ง 7 องค์ประกอบ ทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ให้เห็นผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย จากนั้น อภิปรายผลการศึกษา และพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบลตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน/หน่วยงาน โดยได้มีการประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อบต.เวียงท่ากาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีตัวแทนของพื้นที่ที่มาจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ รวมถึงภาคีที่สนับสนุนระบบสุขภาพในชุมชน เข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบลตามแนวคิดระบบ

โรงเรียนวัดท่ากาน และโรงเรียนวัดสามหลัง มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านสันห่าว มีหมู่บ้านในเขต อบต.ทั้งหมดจำนวน 5 หมู่บ้าน

สุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติและเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

ผลการวิจัย

อบต.เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) กล่าวคือเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2560 และ 2566 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดลงจากจำนวน 11 คน ในปี 2560 เหลือเพียง 5 คน ในปี 2566 และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงจากจำนวน 21 คน ในปี 2560 เหลือเพียง 8 คน ในปี 2566 นอกจากนี้ มีการใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นกรอบในการทำงาน ซึ่งมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

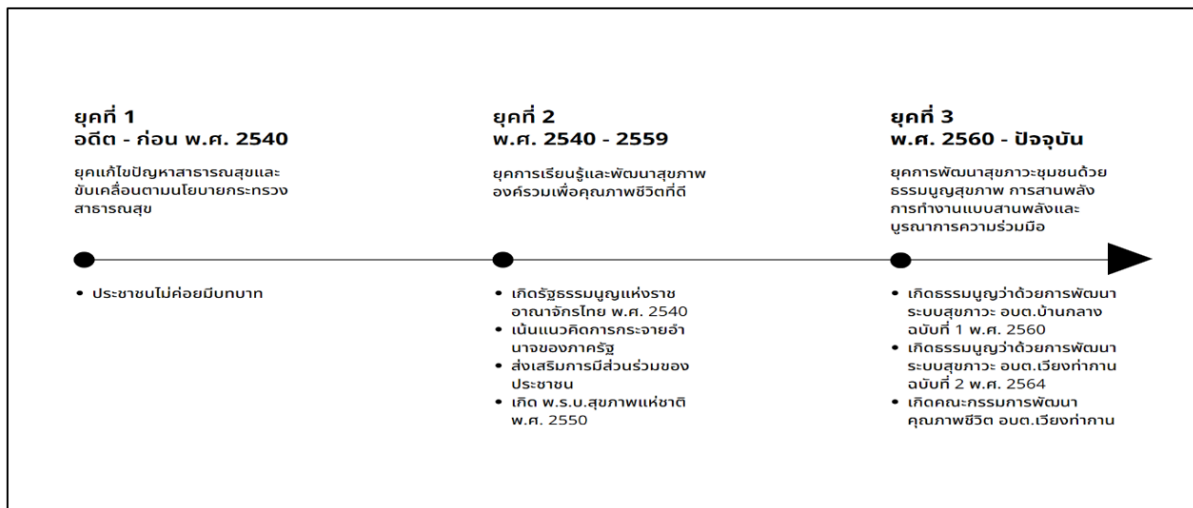
1. รูปแบบระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

1.1 บริบทของชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

ชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน (อบต.เวียงท่ากาน) หรือชื่อเดิมคือ อบต.บ้านกลาง ตั้งอยู่ในตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จ.เชียงใหม่ มีพื้นที่ 10.45 ตารางกิโลเมตร ภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทางการเกษตร ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือ ทำนา ทำสวน อาชีพรอง คือ การรับจ้าง และทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่ตั้งอยู่ในตำบล มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา 2 แห่ง ได้แก่ มีประชากรทั้งสิ้น 3,715 คน แยกเป็นเพศชาย 1,699 คน และเพศหญิง 2,016 คน

1.2 พัฒนาการระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากานที่สำคัญ แบ่งได้เป็น 3 ยุค ดังรูปที่ 3





รูปที่ 3 สามยุคแห่งพัฒนาพัฒนาการระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

ยุคที่ 1 อดีต จนถึงก่อน พ.ศ. 2540 “ยุคการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและขับเคลื่อนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข” เป็นยุคที่ประชาชนในชุมชนไม่ค่อยมีบทบาทในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของตน กล่าวคือ ชุมชนทำงานในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก โดยแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขหรือขับเคลื่อนระบบสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

ยุคที่ 2 พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2559 “ยุคการเรียนรู้และพัฒนาสุขภาพองค์กรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี” เป็นยุคที่เกิดรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ซึ่งในมาตรา 78 เน้นแนวคิดการกระจายอำนาจของภาครัฐ และเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกกระดับศักยภาพการบริหารจัดการ เชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกิดสถานพยาบาล “บ้านสันห่าว” ที่สร้างขึ้นด้วยเงินบริจาคของประชาชน ซึ่งต่อมาคือ สถานีอนามัยบ้านสันห่าวและปรับเป็น รพ.สต.บ้านสันห่าว ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งในยุคนี้มีการตื่นตัวและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนมากขึ้น เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่

เน้นมองสุขภาพในวงกว้างมากกว่ามิติของสุขภาพกายและจิตเท่านั้น แต่มองสุขภาพเป็นองค์รวม คือ มิติกาย จิต ปัญญา และสังคม โดย รพ.สต.บ้านสันห่าว มีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลและเสริมคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย โดยมุ่งหวังให้เกิดการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนครัวเรือนสุขภาพ ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครัวเรือนได้แบบองค์รวมและยั่งยืน โดยมีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพไปพร้อมกัน และคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนด้วย



ยุคที่ 3 พ.ศ. 2560 ถึง ปัจจุบัน“ยุคการพัฒนาสุขภาพชุมชนและการทำงานแบบสานพลังและบูรณาการความร่วมมือ” เป็นยุคที่เกิด “ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.บ้านกลาง¹ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560” และ “ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540 ขึ้น ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพในระดับตำบล จัดเป็นยุคที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองบนพื้นฐานความพอเพียง โดยมีกลไกระดับตำบลได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อบต.เวียงท่ากาน ทำงานร่วมกันกับกลไกระดับหมู่บ้านและอำเภอ โดยมีการบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพของชุมชน อบต.เวียงท่ากาน อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งในการทำงานยุคนี้พบว่า มี สามระบบย่อยเป็นองค์ประกอบอยู่ในระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ได้แก่ 1) ระบบสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการตนเองเบื้องต้น 2) ระบบบริการปฐมภูมิ และ 3) ระบบการพัฒนาสู่สุขภาพ

1.3 องค์ประกอบของระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

ตามกรอบแนวคิดการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน ที่ศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณาจาก 3 ระบบย่อย ของระบบสุขภาพชุมชน และ 7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพชุมชน ที่ใช้ในการศึกษานี้ พบว่า ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน มีระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตซึ่งมีกลไกสำคัญ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) ที่ทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นอกจากนี้ มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มี รพ.สต. เป็นแกนดำเนินงานร่วมกับ สสจ. สสอ. และ อสม. ในพื้นที่ และยังมีระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันในชุมชน โดยมีเครือข่ายกลุ่มหรือชมรมที่คนในชุมชนรวมตัวกันขึ้นเพื่อช่วยดูแลกันเองมีกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

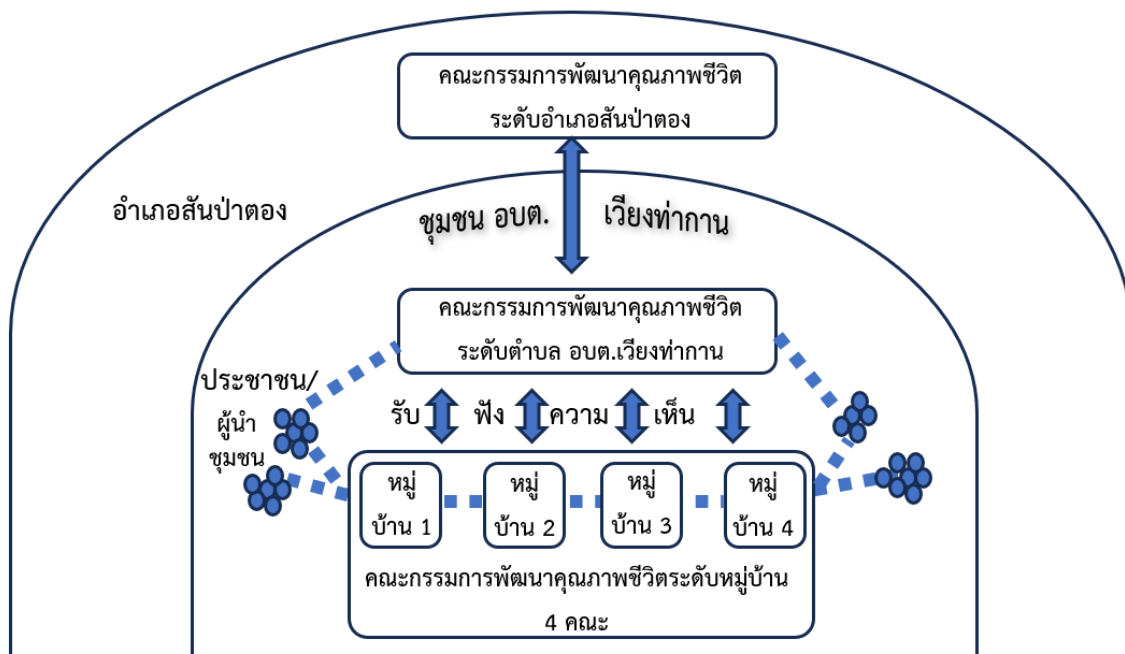
ตลอดจนมีศูนย์ยุติธรรมระดับตำบลมีหน้าที่ไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งในชุมชน ซึ่งทั้ง 3 ระบบย่อยนี้ มีการทำงานในลักษณะของการเชื่อมโยงและประสานการทำงานกันแบบบูรณาการ นอกจากนี้ จากการศึกษาแต่ละองค์ประกอบย่อยทั้ง 7 องค์ประกอบ ของระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน พบว่ามีลักษณะ ดังนี้

1.3.1 กลไกระบบสุขภาพชุมชน

ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ดำเนินการผ่านธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อบต.เวียงท่ากาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ (พชต.เวียงท่ากาน) โดยมีนายก อบต.เวียงท่ากานเป็นประธานกรรมการ และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันท้าว เป็นเลขานุการ โดยมีภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการ ซึ่ง พชต.เวียงท่ากาน มีการทำงานเชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสันป่าตอง (พชอ.สันป่าตอง) ในทางนโยบาย และทำงานเชื่อมกับประชาชน ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) ใน อบต.เวียงท่ากาน โดยเฉพาะการรับฟังความเห็นโดยมีบทบาทในการรับฟังความเห็นในเรื่องแนวคิดหรือการแก้ปัญหาของชุมชน สำหรับ พชม. นั้น มีบทบาทในการลงพื้นที่ทำงานกับประชาชน/ชุมชน อย่างใกล้ชิดมากขึ้น ซึ่ง อบต.เวียงท่ากาน มี พชม. 4 คณะ ได้แก่ พชม. บ้านท่ากาน พชม.บ้านใหม่สามหลัง พชม.บ้านสันท้าว และ พชม.บ้านสันกอเกิด โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ทั้งนี้ มีผู้แทนของ พชม. เป็นกรรมการอยู่ใน พชต.ด้วย ดังแสดงในแผนผัง รูปที่ 4

¹ เดิม อบต.เวียงท่ากานใช้ชื่อว่า อบต.บ้านกลาง





รูปที่ 4 แผนผังแสดงความเชื่อมโยงการทำงานของกลไกระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

สำหรับงบประมาณในการดูแลสุขภาพชุมชนนั้น อบต.เวียงท่ากาน ใช้งบประมาณจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน ได้แก่ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่สนับสนุนผ่านโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โครงการ To Be Number One โครงการบริโภคอาหารและขนมที่เหมาะสมในโรงเรียน โครงการเฝ้าระวังเรื่องสุขภาวะของเด็กผอม-เด็กอ้วนในโรงเรียน และงบประมาณจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ผ่านโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของ อบต.เวียงท่ากาน ไม่ติดขัดเรื่องงบประมาณ

1.3.2 การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมหรือระบบนิเวศในหลากหลายมิติให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อาทิ

- 1) ด้านสิ่งแวดล้อม: โรงเรียนวัดท่ากาน ได้เข้าร่วมโครงการประหยัดพลังงานและเป็นชุมชนคาร์บอนต่ำ ตลอดจนมีการจัดการคัดแยกขยะในโรงเรียน
- 2) ด้านสุขภาพ: ในการส่งเสริมและป้องกันโรค นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการติดตามการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และโรงเรียนในชุมชนยกเลิกการขายขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และส่งเสริมการดื่มน้ำเปล่า
- 3) ด้านเศรษฐกิจ: สนับสนุนให้ปลูกพืชผักสวนครัวเพื่อรับประทานเอง และการคัดแยกขยะในครัวเรือนเพื่อขายเป็นรายได้
- 4) ด้านสังคมและวัฒนธรรมประเพณี: สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการแสดงศิลปวัฒนธรรมการฟ้อนรำแบบล้านนาในระดับตำบล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มกันของคนชุมชน และเชื่อมความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลดีต่อสุขภาพกายและจิตของคนในชุมชน



5) ด้านการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี: สนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและให้รู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ข่าวสารและสถานการณ์ที่ชุมชนกำลังเผชิญ ตลอดจนให้ความรู้เรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนด้วยการใช้เสียงตามสายของชุมชนเป็นหลัก และ

1.3.3 การพัฒนาศักยภาพมนุษย์

1) **พัฒนาศักยภาพด้านการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่:** เมื่อปี 2559 ชุมชน อบต.บ้านกลาง (ในขณะนั้น) ได้พัฒนาศักยภาพในเรื่องการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้แทน รพ.สต. และ อบต. จำนวน 5 คน ไปศึกษาดูงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ ต.ริมปิง อ.เมือง จ.ลำพูน หลังจากนั้นก็ได้กลับมาหารือร่วมกันและตัดสินใจใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยเริ่มประชุมวางแผน ลงพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาสรุปผล จัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพฯ รับฟังความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญฯ ปรับร่างธรรมนูญฯ และประกาศใช้ธรรมนูญฯ ชื่อว่า “ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต. บ้านกลาง ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560” และปรับปรุงจัดทำเป็น “ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต. เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 ในปี 2564” เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน อบต.เวียงท่ากาน โดยมีความมุ่งหมายที่จะให้ประชาชนในชุมชนมี “สุขภาพที่ดี อยู่ดี มีสุข” และใช้เป็นแนวทางการดำรงชีวิตและกรอบการดำเนินงานของประชาชนในชุมชน ซึ่งถือเป็นระบบสุขภาพที่มองในภาพรวมทั้งมิติทางกาย จิต ปัญญา และสังคม

2) **พัฒนาศักยภาพด้านอื่นๆ:** มีการพัฒนาศักยภาพให้กลุ่ม อสม. นักบริบาล (caregiver) ผู้นำชุมชน กลุ่มองค์กรชุมชน และประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพสามารถพึ่งพาตนเอง ประกอบกับที่มีการให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อและโรคต่างๆ รวมถึงเรื่องอื่นๆ

สื่อสารผ่านช่องทางอื่นๆ ด้วย เช่น กลุ่ม LINE, Facebook, QR code, smart phone, website เพื่อการสื่อสารโต้ตอบให้รู้เท่าทัน เช่น ช่วงโควิด-19 มีการประกาศเสียงตามสายให้เน้นการป้องกันดูแลตัวเอง ช่วงใช้เลือดออกก็จะเน้นเรื่องการกำจัดยุงลาย

ที่นอกเหนือจากเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ เช่น สิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ปรากฏชาวบ้าน ที่ชุมชนให้ความสำคัญเพื่อป้องกันโรคภัยในชุมชน และเน้น “การสร้างสุขภาพก่อนซ่อมสุขภาพ”

1.3.4 กระบวนการมีส่วนร่วม

ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก โดยคนในชุมชนร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคและปัญหาสุขภาพในชุมชน ซึ่งพบว่าการทำให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพในชุมชนจัดเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกภาคส่วนทั้งหน่วยบริการ ท้องถิ่น บ้าน วัด โรงเรียน และประชาชน ต้องมาร่วมกันออกแบบในการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน จึงมีการบรรจุเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนไว้ในสาระของธรรมนูญสุขภาพฯ โดยพบว่าคนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและจัดทำธรรมนูญสุขภาพฯ จนก่อให้เกิดการยอมรับในธรรมนูญสุขภาพฯ จากคนในชุมชน ซึ่งถือเป็นหลักคิดพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

1.3.5 การจัดการระบบสุขภาพชุมชน

การจัดการความสัมพันธ์ มีการรวมตัวเป็นกลุ่มองค์กรของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรักสุขภาพ มีการพัฒนาระบบงานในลักษณะของการทำงานเป็นเครือข่าย โดยมี รพ.สต.บ้านสันท้าว ทำงานเชื่อมโยงกับ อสม. และ อบต. รวมถึงการทำงานเชื่อมโยงกันตามสายงานบังคับบัญชากับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตอง (สสอ.สันป่าตอง) ที่มีการเชื่อมโยงการทำงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.เชียงใหม่) ด้วย



การจัดการความขัดแย้งและการจัดการปัญหาตนเองแบบการดูแลซึ่งกันและกัน พบว่า อบต. จัดตั้งศูนย์ยุติธรรมระดับตำบล เป็นศูนย์ไกล่เกลี่ยความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นทีมไกล่เกลี่ยเรื่องร้องเรียน นอกจากนี้ ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมรักษาสภาพนั้น เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยก็จะไปเยี่ยม ตลอดจนในสวน อสม. และทีมหมอครอบครัว นั้น ได้มีการวางแผนร่วมกันในการติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ครบทุกครัวเรือน

การจัดการความรู้และการถ่ายทอดภูมิปัญญา มีการถ่ายทอดเรื่องการทำอาหาร และขนมพื้นเมืองต่างๆ เช่น ข้าวแต่น ข้าวเกรียบ กล้วยฉาบ โดยมีการให้รางวัลผู้ที่ออกมาแนะนำคนในหมู่บ้าน เพื่อให้คนในหมู่บ้านได้มีอาชีพ รายได้เสริมในครัวเรือนต่างๆ ซึ่งสามารถเพิ่มรายได้ให้ชุมชน นอกจากนี้ ยังพบการสนับสนุนของ อบต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการความรู้เรื่อง “เกษตรอินทรีย์ปลอดภัยจากสารพิษ” การพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ ให้สามารถพึ่งตนเองได้

การจัดการทรัพยากร ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน มีการจัดการทรัพยากรที่โดดเด่นชัดเจน โดยได้บรรจุเรื่องนี้ไว้ในสาระของธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 รวม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารงบประมาณโดย อบต. ซึ่งได้งบประมาณมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเป็นหลัก รวมถึงงบประมาณภายนอกและการบริจาค 2) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค หรือฟื้นฟูสภาพ 3) การพัฒนาคนและกลไกในการหนุนเสริมระบบสุขภาพของตำบล 4) การบริหารจัดการทรัพยากรแบบมีส่วนร่วม ผ่านการจัดทำข้อบัญญัติเกี่ยวกับสุขภาพของ อบต.เวียงท่ากาน 5) การบริหารจัดการข้อมูลที่ดีมีคุณภาพ ส่งผลต่อความรวดเร็วและคุณภาพของการปฏิบัติงาน และ 6) การบริหารด้านการสื่อสารการประชาสัมพันธ์ และ

เทคโนโลยี โดยมีการสนับสนุนการสื่อสารในชุมชน และ การใช้สื่อออนไลน์มาสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับ

1.3.6 เครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน มีการดำเนินการผ่านธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นธรรมนูญในระดับตำบลที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกครัวเรือนในตำบล ทำให้เกิดการรับรู้เป็นเจ้าของร่วมกันในการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ โดยมี อสม. หัวหน้าหมวดบ้าน และผู้ใหญ่บ้านเป็นหลักในการดำเนินการประสานสื่อสารทำงานกับชุมชนตามกรอบธรรมนูญฯ ประกอบกับใช้เครื่องมืออื่นๆ มาสนับสนุนการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การจัดทำแผนสร้างเสริมสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

1.4 ผลที่เกิดจากการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อบต.เวียงท่ากาน

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม: ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีการแนะนำลูกหลานให้ลดหวาน มัน เค็ม เพราะดีต่อสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง NCDs มีจำนวนลดลง และกลุ่มที่เป็นโรคอยู่ก็ควบคุมได้ดี

1.4.2 การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม: เกิดกลุ่มดูแลรักษาสุขภาพในชุมชน อบต.เวียงท่ากาน เช่น กลุ่มครัวธรรมนูญสุขภาพ กลุ่มส่งเสริมการออกกำลังกาย โดย ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นได้เรียนรู้ได้

2.ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน

2.1 เครื่องมือการทำงาน กระบวนการจัดทำและทบทวนธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 ที่เกิดจากประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ความเป็นเจ้าของกติกาชุมชน และกระบวนการติดตามประเมินผล ถือว่ามีความสำคัญต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญ



สุขภาพของ อบต. เวียงท่ากาน เป็นอย่างมาก ส่งผลต่อการการทบทวน ปรับปรุง แก้ไขธรรมนูญสุขภาพฯ และนำไปสู่การวางแผนงานใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.2 กลไกการทำงาน พบว่าการแต่งตั้งและกำหนดหน้าที่ชัดเจน องค์ประกอบของกลไกต่าง ๆ มีความเหมาะสม แบ่งบทบาทหน้าที่และเกื้อหนุนกันอย่างเป็นระบบ เอื้อให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนระหว่างหน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ

2.3 แกนนำในการทำงาน โดย **องค์กรบริหารส่วนตำบล (ภาครัฐ)** มีหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณรวมถึงทรัพยากร คน สถานที่ โครงสร้างและเทคโนโลยี อย่างต่อเนื่อง โดยจัดเตรียมปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนในชุมชนเพื่อการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยในชุมชน ทั้งนี้ อบต. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพในระดับตำบล **รพ.สต. บ้านสันท้าว (ภาควิชาการ)** มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน จัดทำข้อมูลสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาพของประชาชน และให้ความรู้แก่ประชาชน **ผู้นำชุมชน (ภาคประชาชน)** มีหน้าที่ในการทำงานร่วมกับ อบต. และ รพ.สต. ในการร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชน โดยช่วยให้ความรู้และสื่อสารใกล้ชิดกับคนในชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจ ทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ยอมรับ และปฏิบัติตาม

2.4 ประชาชน มีความเชื่อมั่นต่อแกนนำ และให้ความร่วมมือในด้านสุขภาพ พบว่ามีการเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน ตั้งแต่ร่วมกันคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหา และการประเมิน จึงทำให้เกิดความเข้าใจ และการรับรู้ของประชาชน เกิดความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดการยอมรับสามารถพึ่งพาตนเองและประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าทัศนคติและค่านิยมของประชาชนบางอย่างมีส่วนทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งจัดเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง

3. การพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน และความสอดคล้องตามแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ได้พัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนเป็นภาพ “เจดีย์แห่งความสุข อบต.เวียงท่ากาน” ที่สามารถสะท้อนรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในแบบฉบับของอบต.เวียงท่ากาน ที่สังเคราะห์มาจากการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพะชุมชนผ่านธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพะ อบต.เวียงท่ากาน ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ โดยมีสาระสำคัญตามรูปที่ 5 ดังนี้



รูปที่ 5 แสดงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน “เจดีย์แห่งความสุข อบต.เวียงท่ากาน”

1)ยอดเจดีย์ เปรียบเสมือนเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง คือ “ตำบลแห่งความสุข สุขภาพดี อยู่ดี มีสุข”

2)ตัวเจดีย์ คือ การบูรณาการสามระบบย่อยของระบบสุขภาพชุมชน อบต. เวียงท่ากาน ได้แก่ ระบบสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการตนเองเบื้องต้น ระบบบริการปฐมภูมิ และระบบการพัฒนาสู่สุขภาวะ สะท้อนถึงหลักการอภิบาลระบบสุขภาพที่ใช้ธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต. เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง เป็นกรอบทิศทางหรือแนวทางในการดำเนินงาน

3)ฐานเจดีย์ คือ พื้นฐาน หรือองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการในการทำงาน ได้แก่ 1) กลไกการทำงานในระบบสุขภาพชุมชน 2) การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี 3) การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ 4) กระบวนการมีส่วนร่วม 5) การจัดการระบบสุขภาพชุมชน 6) เครื่องมือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และ 7) ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง โดยใน 7 องค์ประกอบนี้พบว่า เรื่อง “การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีในการทำงาน” ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบที่ 2 (การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี) นั้นเป็นจุดเด่น จึงแยกออกมาแสดงให้เห็นเป็นองค์ประกอบเฉพาะต่างหาก โดย 7+1 องค์ประกอบ ข้างต้นนี้ เอื้อให้ 3 ระบบย่อยของระบบสุขภาพชุมชนของ อบต.เวียงท่ากาน เดินหน้าได้ตามกรอบธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน สู่เป้าหมายสูงสุดตามที่วางไว้

สรุปและอภิปรายผล

ชุมชน อบต.เวียงท่ากาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น เดิมคนในชุมชนมีปัญหาสุขภาพในเรื่องโรคไม่ติดต่อ จึงได้นำธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน โดยจากการวิเคราะห์การดำเนินงาน และองค์ประกอบ

ของระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน แล้ว พบว่ามีความสอดคล้อง ตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กล่าวคือให้ความสำคัญกับหลักการอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี ที่มุ่งเน้นในเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วม การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ซึ่งก็คือ การดูแลและการบริหารระบบสุขภาพด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม ที่รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทโดยตรงกับเรื่องสุขภาพและที่ไม่ได้มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดสุขภาพ โดยมีปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งจากภายในและภายนอกชุมชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา ซึ่งจากข้อค้นพบและผลการศึกษาข้างต้นสามารถพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน นี้เป็น “โมเดลต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนของ อบต.เวียงท่ากาน แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดระบบสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” ได้ โดยเรียกว่า “โมเดลเจดีย์แห่งความสุข อบต.เวียงท่ากาน”

ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้ระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา ได้แก่ เครื่องมือการทำงานที่นำธรรมนูญว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อบต.เวียงท่ากาน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 มาเป็นกรอบทิศทางในการทำงาน กลไกการทำงานที่มีองค์ประกอบที่เหมาะสมเชื่อมโยงได้ในทุกระดับ แขนงนำในการทำงานจากทุกภาคส่วนที่มีความเข้าใจบริบทของพื้นที่และเห็นความสำคัญกับการสร้างคนและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และประชาชนที่เห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน แม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องทัศนคติและค่านิยมของประชาชนในพื้นที่อยู่บ้าง



การนำโมเดลระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ไปใช้ประโยชน์

ในการประยุกต์ใช้โมเดลระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล อาจไม่จำเป็นต้องใช้เป็นโมเดลที่แสดงเป็นภาพของเจดีย์เหมือนระบบสุขภาพชุมชน อบต.เวียงท่ากาน เสมอไป แต่สามารถใช้ภาพแสดงอื่นที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของชุมชนตนเองได้ ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดคือ เรื่องของการดำเนินงานตามแนวทางในฐานเจดีย์ ตัวเจดีย์ และยอดเจดีย์ ข้างต้น ที่หากจะนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปนั้นคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอ โดยให้คำนึงถึงหลัก “Fruitful Five (F5)” ดังต่อไปนี้

1) **Final goal** หมายถึง การกำหนดทิศทางเป้าหมายของระบบสุขภาพชุมชนอย่างชัดเจน โดยทำให้เป้าหมายนี้เป็นเป้าหมายร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยให้ความสำคัญกับเรื่องของ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และการพัฒนาอย่างยั่งยืนเป็นองค์รวม

2) **Friends** หมายถึง การเชิญชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ให้เข้ามาทำงานร่วมกันในฐานะ “เพื่อนร่วมทาง” ดำเนินงานบนฐานการสร้างสัมพันธ์ภาพแบบมีส่วนร่วมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและสานพลังการดำเนินงานและเกิดการบูรณาการอย่างสร้างสรรค์

3) **Focus** หมายถึง การกำหนดประเด็นการพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย ความสำเร็จที่คาดหวัง และการออกแบบกระบวนการไว้อย่างมุ่งเป้าชัดเจน เพื่อให้มีการวางแผนการทำงาน ออกแบบกลไกการทำงานที่เหมาะสม และวางจังหวะก้าวการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ มียุทธศาสตร์ และมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของผู้เกี่ยวข้อง

4) **Follow through** หมายถึง การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และมีการติดตามหนุนเสริมและเสริมแรงในระหว่างดำเนินการ เช่น การพัฒนาศักยภาพกลุ่มที่เกี่ยวข้อง คนในชุมชน หรือบุคลากรที่สำคัญ หรือกลุ่มภาคียุทธศาสตร์ ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสมในทุกระยะตามความเหมาะสม

5) **Feedback** หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการสะท้อนข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างเป็นระยะ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยน แก้ไข หรือพัฒนายกระดับหรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นการสรุปทบทวน หรือการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม หรือการประเมินเพื่อการพัฒนาแบบเสริมพลังให้กันและกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานและการศึกษาครั้งต่อไป

1) ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนนั้น การสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกระบบสุขภาพตำบลและหมู่บ้านมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จึงควรมีการพัฒนากลไกพี่เลี้ยงระดับพื้นที่ที่มีศักยภาพ เพื่อเข้าไปหนุนเสริมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง

2) ควรส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน ตามแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และจัดให้มีการเรียนรู้ต่างพื้นที่

3) ควรสนับสนุนให้สถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถอดองค์ความรู้และจัดทำเป็นชุดความรู้เรื่องระบบสุขภาพชุมชนและการอภิบาลระบบสุขภาพในหลากหลายระดับ กับการนำแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ไปใช้ในเชิงรูปธรรม

4) ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) เพื่อให้ทราบว่าประชาชนในชุมชนได้ประโยชน์อะไร อย่างไร จากการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่นำแนวคิดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับงบประมาณการวิจัยที่ได้รับจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เพื่อทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาโมเดลต้นแบบระบบสุขภาพพื้นที่แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดระบบสุขภาพ



ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ (เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) นายสุทธิพงษ์ วสุโสภณพล (รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) เจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ได้สนับสนุนการดำเนินการโครงการวิจัยนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ปรึกษาของโครงการ นางทัศนีย์ ญาณะ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย สุดท้ายขอขอบคุณผู้นำชุมชน อบต.เวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และผู้เข้าร่วมในกระบวนการทุกท่าน ที่กรุณาให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูลที่เป็นฐานสำคัญของงานวิจัยฉบับนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ SPT REC No.008/2566 วันที่ 29 สิงหาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

Amphon Jindawatana. (2008). **Creating public policies for participatory health: New dimensions of health promotion** (4th ed.) Bangkok: National Health Office.

National Health Act, B.E. 2550. (2007): **National Health Commission Office.**

National Health Commission. (2022). **Statute on the national health No. 3, B.E. 2565.** Nonthaburi: National Health Commission Office.

Junthong, A. (2020). **Lesson from DHB: Mechanisms for improving the quality of life at the district In the health zone for the people of the**

southern region. [Online]. Retrieved November 4, 2021 from <https://www.ahsouth.com/paper/605>.

Nata P., Suwannaprom P., & Awiphan R. (2019). **Integration in Community Health Syste.** Thai Journal of Pharmacy Practice, 11 (1): 77-91.

Office of the Prime Minister. (2018). **Regulations of the office of the prime minister on the development of quality of life at the local level B.E.2561.** Bangkok: Royal Thai Government Gazette.

Srivanichakorn S. and Pratoomnun S. (2011). **New perspective and management concepts.** (1st ed). Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing.

Srivanichakorn S. & Bookboon P. (2013). **Community Health System by Community for Community.** (1st ed). Bangkok: Beyond Publishing.

Srivanichakorn S., Yana T., Pakprot M. & Bookboon P. (2015). **Toward a Healthy Community: A Manual for Community Health System Development with The Community Health Security Fund.** (1st ed). Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing.

Thappha J., Yuenyon N., & Krasang P. (2021). **The concept of public participation in community health promotion.** PTU Journal of Science and Technology, 2 (2): 86-96.



