SHIMJ
Sustainable Health Innovation Management Journal

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

Sustainable Health Innovation Management Journal

ISSN: Online



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2569
Vol. 1 No. 2 January - April 2026

SHIMJ วารสาร
Sustainable Health Innovation Management Journal
การจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2569
ISSN (Online)

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ผศ.ดร. ชัยฤทธิ์ ทองรอด
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์

บรรณาธิการ

ดร. วัลลภ ใหญ่ยิ่ง
สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ด้านบริหาร

ดร. สุภาวดี หนูสิน
สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ด้านวิชาการ

อ.ดร. อิทธิศักดิ์ จิราภรณ์วารี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร. สัณหวัช ไชยวงศ์
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
รศ.ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร. สมเกียรติยศ วรเดช
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผศ.ดร. วรวิช นาคแป้น

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผศ.ดร. เบญจยามาศ พิลายนต์

กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ผศ.ดร. สมชาย จาดศรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ผศ.ดร. วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อ.ดร. รัฐวรรณ สมพร

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร. เดชา บัวเทศ

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ดร. รภัทร โคตรสิงห์

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ดร. บุญรวม จิตต์สามารถ

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ผศ.ดร. อิสรี จิรจริยาเวช

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อ.ดร. จริยา สนามทอง

สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ดร. ประจวบ แสงดาว

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

อ.ดร. สายันห์ ปัญญาทรง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อ.ดร. จีระศักดิ์ ทัพผา

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

อ.ดร. จินตนา ทองเพชร

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อ.น.ท.หญิง ดร. เบญจภัค สางห้วยไพร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

อ.ดร. กมล อาจดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อ.ดร. นลินี หะยีมะ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

อ.ดร. ชาตรี แมตสี่

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร. ชวลิต กิจพิบูลย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ดร.สมัย ลาประวัติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ทีมงานจัดการวารสาร

นางสาวณัฐนันท์ จันทมณี

ผู้จัดการสำนักงาน หัวหน้าทีมงาน

นางสาวอิษยา วงค์นคร

ทีมงานด้านเทคนิค

SHIMJ Sustainable Health Innovation Management Journal

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2569

ISSN (Online)

วัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน เป็นวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่บทความด้านสุขภาพแบบสหวิชาการในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครอบคลุมบทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทวิจารณ์หนังสือ และบทความพิเศษ (ออนไลน์) โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการอย่างเคร่งครัด รับบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์โดยทีมงานกองบรรณาธิการคุณภาพ วารสารมุ่งตีพิมพ์ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสากล กลุ่มเป้าหมายได้แก่ คณาจารย์ นักศึกษา นักวิชาการ และนักวิจัยทั้งในและนอกองค์กร โดยเน้นงานด้านสุขภาพในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผลงานวิชาการด้านสุขภาพที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

- ด้านนวัตกรรมสุขภาพและการสาธารณสุข
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน
- ด้านควบคุมป้องกันโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ด้านพฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา
- ด้านการจัดการสุขภาพก่อนป่วยและหลังป่วย
- ด้านกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพ
- ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติของสังคมศาสตร์

กระบวนการพิจารณาบทความ

การพิจารณาประเมินบทความดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 หรือ 3 ท่าน ในลักษณะปกปิดรายชื่อ (Double-blind Peer-reviewed)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) บทความพิเศษ (Special Article)

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ

กำหนดออก

วารสารตีพิมพ์ 3 ฉบับต่อปี

- ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอช อาร์ ดี ไอ จำกัด (Human Resource Development Institute, HRDI Co., Ltd.)

บทบรรณาธิการ

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Sustainable Health Innovation Management Journal) จัดทำโดยสถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด (Human Resource Development Institute, HRDI Co., Ltd.) มีนโยบายการตีพิมพ์บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทวิจารณ์หนังสือ และบทความพิเศษ ที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสากล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณาจารย์ นักศึกษา นักวิชาการ และนักวิจัยทั้งในและนอกองค์กรด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ในประเด็นของการจัดการนวัตกรรมสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และสหวิชาการด้านสุขภาพ

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับปฐมฤกษ์ของวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน เริ่มต้นปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569) ซึ่งเป็นไปตามนโยบายด้านวิชาการของสถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด ที่จะพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานวิชาการและให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน ขององค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และสถานศึกษา ให้มีองค์ความรู้เชิงวิชาการและเผยแพร่สู่สาธารณะชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยการรวบรวมบทความวิชาการและบทความวิจัย ของนักวิชาการและนักวิจัย ในสังกัดของบริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด และขององค์กรที่เป็นพันธมิตรธุรกิจทั้งภาครัฐ เอกชน และสถานศึกษา ตีพิมพ์วารสารในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิค (PDF) เผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์ของวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน https://he05.tci-thaijo.org/index.php/SHIMJ

กองบรรณาธิการวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสาร ฉบับนี้รวมทั้งขอขอบคุณท่านผู้อ่านที่ได้ให้ความสนใจติดตามวารสารฯ และหากท่านมีข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป ทางกองบรรณาธิการยินดีเป็นอย่างยิ่ง

ดร.วัลลภ ใหญ่ยิ่ง
บรรณาธิการ
วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

สารบัญ

ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี.....1
ภาวินี โชคพิมพา, เพ็ญศรี ไผทรัตน์, รัตนาภรณ์ บัวดิษฐ์

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี.....17
ร่วม มะโนน้อม

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี.....33
กมล มีฤทธิ์, เสริมทรัพย์ พันธ์แดง, สิรินารถ ชูก้าน

การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี.....47
ณัฐดนัย จาดจุ้ย, ศิริขวัญ กางกรณ์

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี.....63
ลดาวัลย์ เนตรทิพย์, นราธิป แปลงศรี

ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

Policy proposals for disease and health hazard prevention and control following the transfer of sub-district health promotion hospitals to the Provincial Administrative Organization in Saraburi Province.

ภาวินี โชคพิมพา[*1] เพ็ญศรี ไผทรัตน์[2] รัตนาภรณ์ บัวดิษฐ์[3]
Phavinee Chokpimpa[*1] Pensri Pathaitrat[2] Rattanaphorn Buadit[3]
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี[*1]
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี[2,3]
Muang District Public Health Office, Saraburi Province[*1]
Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi[2,3]
Email: supavinee.pimpa@gmail.com

Received 30 January 2026
Revised 6 April 2026
Accepted 18 April 2026

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบ อุปสรรค และความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคหลังการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดสระบุรี รวมถึงสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของประชาชน ใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนา (R&D) ผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และการประเมินผล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 111 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่ อบจ., อสม. และประชาชนในพื้นที่ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การถ่ายโอนช่วยเพิ่มความคล่องตัวในการบริหาร การตอบสนองปัญหา และการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย การซ้ำซ้อนภารกิจ และบุคลากรเฉพาะทางไม่เพียงพอ ข้อเสนอเชิงนโยบายมี 6 ด้าน ได้แก่ การสร้างระบบเฝ้าระวัง การควบคุมโรคเชิงรุก การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากร และการจัดการระบบฐานข้อมูล การประเมินผลชี้ว่าข้อเสนอนโยบายมีความเหมาะสมและเป็นไปได้สูงในการนำสู่การปฏิบัติ โดยประชาชนและผู้ปฏิบัติงานกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ดีขึ้น สรุปได้ว่าการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพท้องถิ่นและสร้างความเชื่อมั่น หากมีกลไกขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่ชัดเจน จะสามารถพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, การป้องกันควบคุมโรค, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This research aims to investigate the impacts, obstacles, and challenges of disease prevention and control following the decentralization of health services in Saraburi Province. Additionally, it seeks to synthesize policy recommendations and evaluate their appropriateness, feasibility, and public satisfaction. Utilizing a Research and Development (R&D) framework, this study employed a mixed-methods approach—combining qualitative and quantitative techniques—divided into three distinct phases: situational analysis, policy proposal development, and evaluation. The primary informants, selected through purposive sampling, consisted of 111 individuals, including public health officers, Provincial Administrative Organization (PAO) officials, village health volunteers, and local residents. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The findings indicate that the transfer of authority has significantly enhanced administrative flexibility, responsiveness to local issues, and community engagement. However, several limitations persist, notably policy discontinuity, overlapping missions between agencies, and a shortage of specialized personnel. To address these challenges, the study synthesized six key policy recommendations 1) Establishment of robust surveillance systems, 2) Proactive disease control measures, 3) Rapid emergency response protocols, 4) Personnel capacity building, 5) Strategic resource support and 6) Integrated database management systems. Evaluation results show that these policy proposals possess high levels of appropriateness and feasibility for practical implementation. Furthermore, over 80% of both service providers and citizens expressed high satisfaction with the improved quality of healthcare services. In conclusion, the transition of Sub-district Health Promoting Hospitals to the PAO has effectively bolstered the local health system's efficiency and public confidence. With clear policy-driven mechanisms and continuous support, this model can foster a resilient and sustainable framework for disease prevention and control at the provincial level.

Keywords: Transfer of responsibilities, Disease prevention and control, Provincial Administrative Organization.

1. บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกระบวนการสำคัญของการกระจายอำนาจตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่น (เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา, 2563) และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองตนเองมากขึ้น (วุฒิสาร ตันไชย, 2557) อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวพบว่ามีความก้าวหน้าอย่างจำกัด เนื่องจากมีเพียงบางส่วนของ รพ.สต. เท่านั้นที่ได้รับการถ่ายโอนไปอยู่ในสังกัด อปท. (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2566)

การถ่ายโอนสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตั้งแต่ปี 2542 - 2567 ข้อมูลการถ่ายโอนล่าสุด (วันที่ 5 ต.ค. 2567) จากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนทั้งสิ้น 9,878 แห่ง มีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แล้ว 4,537 แห่ง (ร้อยละ 45.93) โดยในจำนวนนี้มีที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 4,453 แห่ง เทศบาลตำบล 33 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 13 แห่ง เทศบาลเมือง 11 แห่ง เทศบาลนคร 8 แห่ง และเมืองพัทยา 1 แห่ง มี อบจ. เพียง 15 แห่ง ที่รับถ่ายโอนสถานีอนามัยและ รพ.สต. ไปครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ในขณะที่บุคลากรที่มีการถ่ายโอนไป อบจ. ทั้งสิ้น 24,491 คน แบ่งเป็น ข้าราชการลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ 16,129 คน อีกส่วน คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างทั่วไป 8,371 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; จรวยพร ศรีศศลักษณ์, 2560; สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2566) แม้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมดแล้วยังคงมีสัดส่วนไม่ถึงครึ่งหนึ่งซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในกระบวนการถ่ายโอน

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ชี้ให้เห็นว่า โดยภาพรวมมีแนวโน้มเชิงบวก โดยเฉพาะในด้านคุณภาพการให้บริการที่ดียิ่งขึ้น การตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนที่รวดเร็วขึ้น รวมถึงความคล่องตัวในการบริหารจัดการและสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายชิ้นยังคงชี้ให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญ เช่น ความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในด้านการบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรทางการแพทย์ (จรวยพร ศรีศศลักษณ์, 2560; ตุลยวดี หล่อตระกูล, 2563) ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานและการให้บริการด้านสาธารณสุขในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของการรับมือกับโรคระบาดใหม่และการจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย

ความไม่พร้อมในกระบวนการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ไม่เพียงแต่จะบั่นทอนความเชื่อมั่นของประชาชน แต่ยังนำไปสู่ความเสี่ยงด้านความลักลั่นเชิงนโยบาย (Policy Dissonance) และอุปสรรคในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการจากกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ก่อให้เกิดภาวะตัวแตกแยกของระบบสุขภาพ (Health System Fragmentation) ซึ่งอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคระดับปฐมภูมิ

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี เป็นการวิเคราะห์แนวทางการปรับตัวของ รพ.สต. และ อบจ. ในระยะหลังการถ่ายโอนจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดสระบุรีซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางเศรษฐกิจและภูมิศาสตร์ การวิจัยนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยอุดช่องว่างทางองค์ความรู้ แต่ยังมุ่งสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นฐานข้อมูลสำคัญ (Evidence-based) ในการออกแบบกลไกการบูรณาการระบบสุขภาพท้องถิ่นให้มีความมั่นคงและยั่งยืนต่อไป

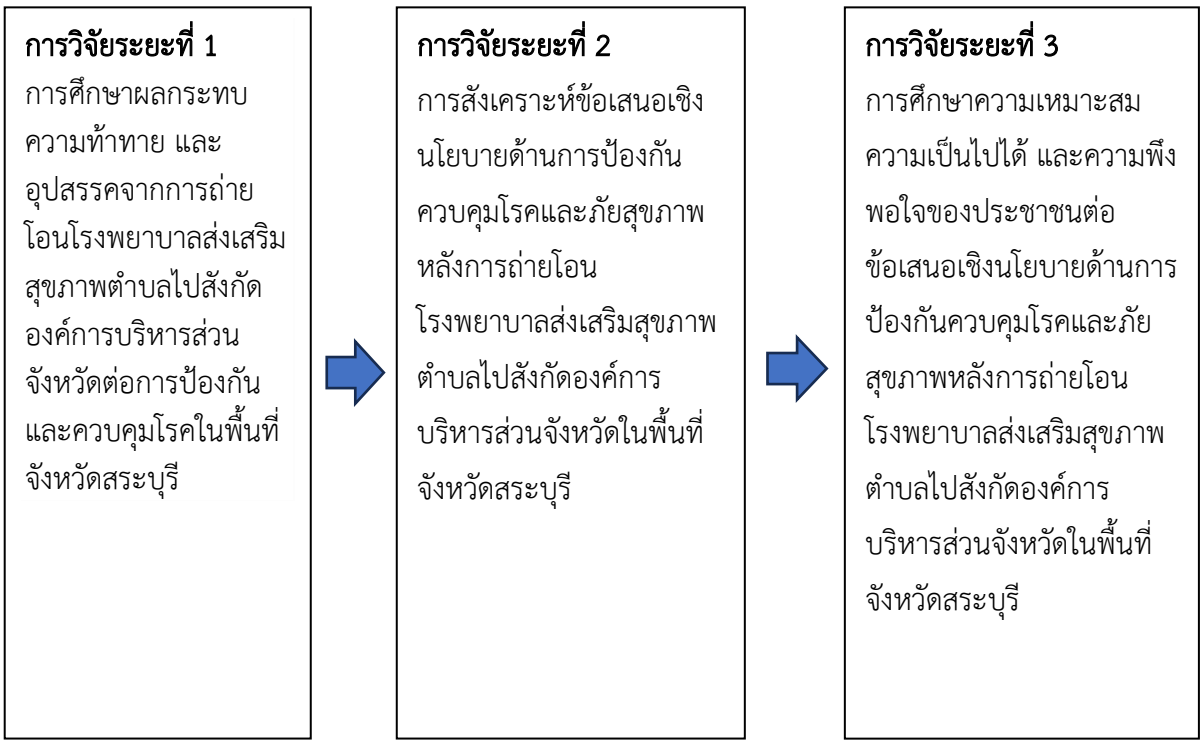
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาผลกระทบ ความท้าทาย และอุปสรรคจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดการจัดการปกครองแบบเครือข่าย (Network Governance)

แนวคิดการจัดการปกครองแบบเครือข่ายเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของบริบทการบริหารภาครัฐในสังคมร่วมสมัย ซึ่งปัญหาสาธารณะมีความซับซ้อน เชื่อมโยงหลายมิติ และไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (นิติพัฒน์ ชื่อดี, 2563) แนวคิดนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ผ่านกลไกเครือข่ายที่มีความยืดหยุ่นและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

สาระสำคัญของ Network Governance คือ การเปลี่ยนบทบาทของรัฐจากผู้ควบคุมและสั่งการมาเป็นผู้ประสาน สนับสนุน และอำนวยความสะดวก เพื่อสร้างคุณค่าทางสังคม (Public Value) ที่สะท้อนประโยชน์สูงสุดของประชาชน ทั้งในมิติคุณภาพบริการ ผลลัพธ์เชิงสุขภาพ และความน่าเชื่อถือของกระบวนการบริหารจัดการ แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (รพ.สต.) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหลายหน่วยงานในระดับพื้นที่ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 แนวคิดการจัดการปกครองแบบร่วมคิดร่วมทำ (Collaborative Governance)

การจัดการปกครองแบบร่วมคิดร่วมทำเป็นแนวคิดที่ต่อยอดจากการจัดการปกครองแบบเครือข่าย โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจ (วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ, 2557) ลักษณะเด่นของการบริหารรูปแบบนี้คือ การสร้างพื้นที่กลางสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตัดสินใจบนฐานฉันทามติ และการแบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงาน

เงื่อนไขความสำเร็จของ Collaborative Governance ประกอบด้วย ความชัดเจนของบทบาทและโครงสร้างการทำงาน ความไว้วางใจระหว่างภาคีเครือข่าย ภาวะผู้นำที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน และความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง การนำแนวคิดนี้มาใช้กับการบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่จะช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน เพิ่มการยอมรับเชิงนโยบาย และส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านสุขภาพสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน

4.3 มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ

มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงและมีคุณภาพอย่างเป็นระบบ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2568) โดยให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการแต่ละระดับอย่างชัดเจน และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายใต้บริบทการถ่ายโอน รพ.สต. การนำมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพมาใช้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการกำกับดูแล รักษาความต่อเนื่องของการบริการ และสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนในคุณภาพของบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4.4 แนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบการเงินการคลัง และภาวะผู้นำกับธรรมาภิบาล (World Health Organization [WHO], 2010) เสาหลักเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกันและต้องได้รับการบริหารจัดการอย่างสมดุล เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นจำเป็นต้องพิจารณาผลกระทบต่อเสาหลักทั้ง 6 ประการ โดยเฉพาะด้านกำลังคน การเงิน และธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับพื้นที่

4.5 แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ

แนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติมุ่งอธิบายกระบวนการแปลงนโยบายจากระดับนามธรรมไปสู่การปฏิบัติจริง โดยต้องอาศัยทรัพยากร โครงสร้างองค์กร และความสามารถของผู้ปฏิบัติ (มยุรี อนุมานราชธน, 2547; วรเดช จันทรศร, 2554) ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการจัดการและการพัฒนาองค์การให้ความสำคัญกับความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับบริบทการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.6 แนวคิดการกระจายอำนาจและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การกระจายอำนาจเป็นแนวคิดพื้นฐานของการปฏิรูประบบการบริหารภาครัฐ โดยมุ่งเพิ่มอำนาจการตัดสินใจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น (วุฒิสาร ตันไชย, 2557) ในมิติด้านสุขภาพ การกระจายอำนาจช่วยเพิ่มความคล่องตัวในการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะพื้นที่ (มงคล ณ สงขลา, 2555)

4.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสะท้อนให้เห็นทั้งการปรับบทบาทของหน่วยงาน ระบบการบริหารจัดการ และผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายมิติ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคงมีบทบาทตามภารกิจเดิม แต่ต้องปรับรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทใหม่ ขณะที่งานวิจัยอื่นพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ความไม่ชัดเจนด้านการบริหารจัดการ และความแตกต่างของมุมมองระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (รุ่งโรจน์ กตะศิลา, 2565; สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2565; ปฐมพงษ์ กันธิยะ และคณะ, 2567; กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย และคณะ, 2567) งานวิจัยเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

5.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาผลกระทบ ความท้าทาย และอุปสรรคจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดสระบุรี มีระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) โดยมุ่งศึกษาตัวแปรสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบหลังการถ่ายโอนทั้งในเชิงบวกด้านความคล่องตัวและการตอบสนองต่อปัญหา และเชิงลบด้านความต่อเนื่องของนโยบาย ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และความเสี่ยงในการลดความสำคัญของงานควบคุมโรค 2) ความท้าทายด้านการบริหารจัดการ งบประมาณ ทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของประชาชน และ 3) อุปสรรคด้านความเชี่ยวชาญของบุคลากร โครงสร้างการบังคับบัญชา และระเบียบกฎหมาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 50 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. 12 คน, เจ้าหน้าที่ อบจ. 2 คน, และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. 36 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นและแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รวมถึงประเด็นและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่ม โดยมีการขอความยินยอมและรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ด้วยการตีความ (Interpretation) เพื่อสร้างข้อสรุป

5.2 การวิจัยระยะที่ 2 การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบาย 8 ด้าน ได้แก่ ระบบเฝ้าระวัง การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และกลไกขับเคลื่อน รวมถึงศึกษาบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบจ. รพ.สต. สสจ. และ สสอ. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 22 คน จากหลากหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 9 คน, เจ้าหน้าที่ อบจ. 2 คน, สสอ. 3 คน, อสม. 2 คน, จนท.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 4 คน และภาคประชาชน 2 คน เครื่องมือที่ใช้คือ ประเด็นและแบบบันทึกสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองเป็นเวลา 2 - 3 ชั่วโมง การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการสังเคราะห์นโยบาย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ทางเลือก การสังเคราะห์ข้อเสนอ และการวางแผนประเมินผล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดกลุ่มประเด็นหลัก

5.3 การวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ศึกษาตัวแปรด้านความเหมาะสมด้านประโยชน์ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของนโยบายและความพึงพอใจของผู้รับบริการใน 3 มิติ คือ การเข้าถึงบริการ การให้บริการของ รพ.สต. และการป้องกันควบคุมโรค ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 61 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 20 คน, อสม. 5 คน, และประชาชน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความพึงพอใจและความเหมาะสม ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) การตรวจสอบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) อยู่ระหว่าง .898 ถึง .950 การเก็บข้อมูลใช้วิธีสนทนากลุ่มร่วมกับการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีการเกณฑ์แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (น้อย ปานกลาง มาก)

5.4 การพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เขตสุขภาพที่ 4 เลขที่ 005/68E ลงวันที่ 20 มีนาคม 2568

6. ผลการวิจัย

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี เป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น งานวิจัยนี้ได้สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดำเนินการใน 3 ระยะ ครอบคลุมการประเมินผลกระทบ ความท้าทาย อุปสรรค ตลอดจนการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและการประเมินความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยมีดังนี้

6.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาผลกระทบ ความท้าทาย และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า การถ่ายโอนก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกหลายประการ ได้แก่ การเพิ่มความคล่องตัว

ด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการเบิกจ่ายงบประมาณ การบริหารบุคคล และการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนด้านโรคหรือภัยสุขภาพในพื้นที่ การเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีบทบาทกำหนดทิศทางสุขภาพมากขึ้น เกิดการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการเสริมศักยภาพ รพ.สต. ให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้รวดเร็วและเชื่อมโยงกับหน่วยงานท้องถิ่นได้ราบรื่น

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบเชิงลบปรากฏชัดเจน ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายจากส่วนกลางกับท้องถิ่น การซ้ำซ้อนของภารกิจระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โดยเฉพาะเกิดความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เป็นความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างจากระบบบริหารสองรูปแบบ ทำให้ทรัพยากรและศักยภาพแตกต่างกัน โดยพบความแตกต่างทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร ระบบข้อมูล และการกำกับนโยบาย ส่งผลให้คุณภาพงานป้องกันควบคุมโรคเกิดความแตกต่าง อบจ. มีความคล่องตัวด้านงบประมาณ แต่ขาดบุคลากรเฉพาะทางและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกับส่วนกลางขณะที่ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและโครงสร้างการบริหารที่ไม่ชัดเจนยิ่งซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำ แม้ประชาชนยังพึงพอใจต่อบริการในระยะสั้น แต่ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพระบบสุขภาพในระยะยาว

ความท้าทายหลัก ได้แก่ ความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากร รพ.สต. และ อบจ. ซึ่งยังมีความต่างด้านวัฒนธรรมองค์กร ความไม่มั่นใจในระบบจัดซื้อจัดจ้างและความมั่นคงในงาน ข้อจำกัดด้านศักยภาพของ อบจ. ในการจัดการสาธารณสุข การขาดกลไกเชื่อมโยงแผนควบคุมโรคจากพื้นที่สู่ระดับชาติ ความล่าช้าในระบบงบประมาณ และ การขาดกรอบประเมินผลที่ชัดเจน

ส่วนอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความไม่พร้อมด้านบุคลากรและความเชี่ยวชาญของ อบจ. โครงสร้างการบังคับบัญชาที่ยังไม่ชัดเจน แรงต้านจากบุคลากรเดิมที่กังวลเรื่องความมั่นคง การขาดกรอบกฎหมายและระเบียบรองรับ รวมถึงการไม่มีระบบติดตามและประเมินผลระยะยาวที่เป็นระบบ

สำหรับภาคประชาชน การเปลี่ยนแปลงไม่ได้ส่งผลลบต่อการรับบริการ แต่กลับพบว่าเจ้าหน้าที่ลงไปทำงานในพื้นที่มากขึ้น ส่วนความท้าทายพบในเรื่องความไม่ต่อเนื่องของการให้บริการ ความสับสนด้านการสื่อสาร และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แม้รูปแบบการทำงานร่วมกับ รพ.สต. ยังคงเดิม แต่ก็ต้องเผชิญกับความสับสนในบทบาท ขาดแรงสนับสนุน และมีภาระงานเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมจาก อบจ.

6.2 การวิจัยระยะที่ 2 การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี การวิจัยนี้มีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญไว้ 6 ด้าน ดังนี้

6.2.1 ระบบเฝ้าระวัง ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการร่วมกันระหว่าง อบจ. หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน พร้อมใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรายงานโรคแบบเรียลไทม์ และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคระดับจังหวัด

6.2.2 การป้องกันควบคุมโรค เน้นการทำงานเชิงรุกผ่านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่บูรณาการกับแผนพัฒนาท้องถิ่น เช่น โครงการโรงเรียนสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่าน อสม. และจิตอาสา

6.2.3 ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ควรจัดทำแผนปฏิบัติการและซ้อมแผนฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสร้างคลังเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยง

6.2.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. และสร้างแรงจูงใจด้วยระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมเพื่อรักษาบุคลากรให้อยู่ในพื้นที่

6.2.5 การสนับสนุนทรัพยากร พิจารณาการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับงานป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพกรณีฉุกเฉินและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน

6.2.6 การจัดการระบบฐานข้อมูล พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงกันเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างแม่นยำ พร้อมทั้งรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล

นโยบายเหล่านี้จะถูกขับเคลื่อนผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด การประเมินผลด้วยตัวชี้วัด (KPI) และการทำงานโดยใช้พื้นที่ (รพ.สต.) เป็นฐาน (Area-based Approach)

6.3 การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของประชาชนต่อข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสระบุรี รายละเอียดของผลการวิจัยมีดังนี้

6.3.1 การยอมรับของภาคประชาชนต่อคุณภาพบริการ (Public Perception & Quality of Care) จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล” (mean = 4.61, SD. = 0.599) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ (Key Performance Indicator) ที่สะท้อนว่าการถ่ายโอนภารกิจไม่ได้ทำให้คุณภาพทางคลินิกลดลงตามความกังวลในอดีต นอกจากนี้ ประชาชนยังให้คะแนนสูงในด้าน “ความสะอาดและความเป็นระเบียบของสถานที่” (mean = 4.56, SD. = 0.695) ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าเป็นผลมาจากการที่ อบจ. มีความคล่องตัวในการจัดสรรงบประมาณเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ได้รวดเร็วกว่าระบบราชการส่วนกลาง

6.3.2 การเปลี่ยนผ่านเชิงอำนาจและการตอบสนองต่อพื้นที่ (Decentralization & Responsiveness) จากข้อมูลในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่านโยบายการถ่ายโอนส่งผลบวกต่อ "คุณภาพชีวิต" (mean = 4.42, SD. =0.841) และ "ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ" (mean = 4.39, SD. = 0.964) ของประชาชน ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าโมเดลการบริหารโดยท้องถิ่นสามารถลดกำแพงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access Barriers) ได้ โดยอาศัยความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นและชุมชน ทำให้เกิดการจัดบริการที่ตรงจุด (Tailored Services) มากกว่านโยบายแบบ “one-size-fits-all” จากส่วนกลาง

6.3.3 ความเข้มแข็งด้านการป้องกันและควบคุมโรค (Health Security & Disease Control) ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดคือผลจากตารางที่ 8 ซึ่งระบุว่าประชาชนเชื่อมั่นใน “ความสามารถของ รพ.สต. ในการรับมือโรคระบาด” (mean = 4.53, SD. = 0.696) สูงที่สุดในหมวดการป้องกันโรค วิเคราะห์ได้ว่าการถ่ายโอนช่วยสร้างระบบ “Health Resilience” ในระดับท้องถิ่น โดย อบจ. สามารถสนับสนุนทรัพยากรหนุนเสริม (Supplies) เช่น วัคซีน อุปกรณ์ป้องกัน และงบประมาณในการสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนด้าน “การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค” (mean = 4.47, SD. = 0.736) ที่ทำได้บ่อยและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่าเดิม

6.3.4 มิติด้านศักยภาพบุคลากรและความเป็นไปได้เชิงนโยบาย (Institutional Capacity) จากตารางที่ 1 ข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุดคือ “การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร” (mean = 4.57, SD. = 0.621) สะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเล็งเห็นโอกาสในการยกระดับวิชาชีพภายใต้สังกัดใหม่ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) ประกอบ พบว่า แม้คะแนนความพึงพอใจจะสูง (ในระดับมากถึงมากที่สุด) แต่ยังคงมีความเสี่ยงด้าน “ความลักลั่นเชิงวิชาการ” ระหว่าง อบจ. และกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเร่งแก้ไข

ตารางที่ 1 สรุปความพึงพอใจของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในมิติต่าง ๆ

มิติการประเมิน	ประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุด (3 อันดับแรก)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความเห็น
1. ด้านการเข้าถึงบริการ	1. การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ	4.61	0.599	มากที่สุด
	2. ความสะอาด/เป็นระเบียบของสถานที่	4.56	0.695	มากที่สุด
	3. การให้ข้อมูลป้องกันโรค/คำปรึกษา	4.44	0.652	มาก
2. ด้านนโยบายและบริการ	1. นโยบายถ่ายโอนเพื่อพัฒนาสุขภาพพื้นที่	4.56	0.809	มากที่สุด
	2. คุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการถ่ายโอน	4.42	0.841	มาก
	3. ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	4.39	0.964	มาก
3. ด้านการควบคุมโรค	1. ความพร้อมรับมือโรคระบาด/ภัยสุขภาพ	4.53	0.696	มากที่สุด
	2. การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค	4.47	0.736	มาก
	3. การจัดการโรคระบาด (ฉีดวัคซีน/สอบสวนโรค)	4.44	0.809	มาก
4. ความเหมาะสมเชิงนโยบาย	1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรหลังถ่ายโอน	4.57	0.621	มากที่สุด
	2. ความคุ้มค่าและประหยัดทรัพยากร	4.48	0.725	มาก
	3. การตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่/การสื่อสาร	4.47	0.700	มาก

7. อภิปรายผล

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (วุฒิสาร ตันไชย, 2557) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม (จรวยพร ศรีศศลักษณ์, 2560; ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2551) ผลการวิจัยนี้ได้แสดงถึงข้อมูลที่ชัดเจนของผลกระทบเชิงบวกและลบ ความท้าทาย และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการถ่ายโอน รพ.สต.ในจังหวัดสระบุรี ตลอดจนได้สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เพื่อให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน

7.1 ผลกระทบเชิงบวก การถ่ายโอนทำให้ รพ.สต. เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารงาน โดยเฉพาะในด้านการเบิกจ่ายงบประมาณและการบริหารงานบุคคล ซึ่งช่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้าได้

อย่างรวดเร็ว (ประสิทธิ มีแก้ว และคณะ, 2567; ไพโรจน์ พรหมพันใจ และคณะ, 2567) นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้น ในการวางแผนระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการกระจายอำนาจและส่งเสริมแนวคิด "สุขภาพนำโดยชุมชน" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างรวดเร็วและตรงจุด (สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2565)

7.2 ผลกระทบเชิงลบ ในทางกลับกัน การถ่ายโอนก่อให้เกิด ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เนื่องจากนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขบางครั้งไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ (ไพโรจน์ พรหมพันใจ และคณะ, 2567; ปนิตา ธีรสฤษกุล และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังขาดความชัดเจนในบทบาทระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566) ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนของภารกิจ โดยเฉพาะในงานป้องกันควบคุมโรค และที่สำคัญคือเกิดความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรและคุณภาพบริการ ระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและที่ยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องแก้ไข (ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์ และคณะ, 2567; ปฐมพงษ์ กันธิยะ และคณะ, 2567)

7.3 ความท้าทายและอุปสรรคที่ต้องเผชิญ การดำเนินงานตามนโยบายนี้เผชิญกับความท้าทายและอุปสรรคที่สำคัญหลายประการ ความท้าทายประการหนึ่งในความท้าทายที่ใหญ่ที่สุดคือ การสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. เนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน ทำให้บุคลากรเกิดความไม่มั่นใจในความมั่นคงของวิชาชีพ (ตุลยวดี หล่อตระกูล, 2563; วราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565) อีกทั้ง อบจ. ยังขาดความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข (นภัสวรรณ์ ภูริพันธุ์ภิญโญ, 2567; ดุจเดือน ตั้งเสถียร และศศิพร โลจายะ, 2562) และระบบข้อมูลยังไม่เป็นระบบ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2568) ส่งผลให้การจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคที่เชื่อมโยงกับนโยบายระดับชาติขาดความต่อเนื่อง

7.4 อุปสรรค อุปสรรคที่ชัดเจนคือ ความไม่พร้อมของ อบจ. ในด้านบุคลากร และความไม่ชัดเจนในโครงสร้างการบังคับบัญชาและระบบการรายงานผลการดำเนินงาน ซึ่งทำให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า (วราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565) นอกจากนี้ยังมีแรงต้านจากบุคลากรเดิม ที่กังวลเรื่องความมั่นคงในวิชาชีพและสิทธิประโยชน์ (สำนักข่าวอิศรา, 2564; อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ, 2566) รวมถึงปัญหาจากกฎหมายและระเบียบที่ยังไม่ชัดเจน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2564; เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา, 2563) ซึ่งไม่ครอบคลุมกับบริบทในพื้นที่ ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน (วราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565)

7.5 ข้อเสนอเชิงนโยบายและการนำไปปฏิบัติ ผลการวิจัยระยะที่ 2 ได้สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากการถ่ายโอน โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

7.5.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคระดับจังหวัด เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและแจ้งเตือนภัยอย่างทันท่วงที (ไพโรจน์ พรหมพันใจ และคณะ, 2567) นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมการป้องกันโรคเชิงรุก และบูรณาการงานควบคุมโรคเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น (สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2565)

7.5.2 การพัฒนาทรัพยากรและบุคลากร จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง (อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ, 2561) และจัดระบบแรงจูงใจเพื่อรักษาบุคลากรในพื้นที่ (ไพโรจน์ พรหมพันใจ และคณะ, 2567; เกียรติศักดิ์ วิจิตรเชื้อ, 2567) อีกทั้งควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับงานป้องกันควบคุมโรคและปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้ทันสมัยพร้อมให้บริการ (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2567)

7.5.3 การสร้างกลไกขับเคลื่อน อาจจะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (คสจ.) ที่มีผู้แทนจากทุกภาคส่วนสำหรับที่จะช่วยกำกับติดตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นิติพัฒน์ ชื่อดี, 2563)

และควรมีการประเมินผลและทบทวนนโยบายเป็นประจำทุกปี เพื่อให้สามารถปรับปรุงการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป (สงครามชัย ลีทองดี, 2554)

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้การถ่ายโอน รพ.สต. จะนำมาซึ่งประโยชน์ในด้านประสิทธิภาพการให้บริการ (ประสิทธิ มีแก้ว และคณะ, 2567) การมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการทรัพยากรที่ยืดหยุ่นมากขึ้น (กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย และคณะ, 2567) แต่ก็ยังคงมีความท้าทายและอุปสรรคที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะปัญหาด้านนโยบาย บุคลากร และระบบการทำงานที่ไม่ชัดเจน (วราภรณ์ ผ่องอ่วย และคณะ, 2565)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในระยะที่สามได้ยืนยันว่านโยบายนี้ มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยประชาชนมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการเข้าถึงบริการและการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคระบาดของ รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2568) โดยเฉพาะในด้านการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้จริง หากมีการแก้ไขข้อจำกัดต่างๆ ที่พบในงานวิจัยนี้

ดังนั้น การจะทำให้การถ่ายโอนนี้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีการดำเนินการตามข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากงานวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของ อบจ. (นภัสวรรณ์ ภูริพันธุ์ภิญโญ, 2567) การสร้างกลไกการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566) และการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง (เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา, 2563) เพื่อให้ระบบสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและยั่งยืนอย่างแท้จริง (สุนันทา กาญจนพงศ์, 2567)

8. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ. จังหวัดสระบุรี ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวของระบบสุขภาพท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และเสริมสร้างนวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค แม้จะยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ระบบกฎหมาย และการเชื่อมโยงนโยบาย แต่ด้วยข้อเสนอเชิงนโยบายและกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจน ระบบสุขภาพท้องถิ่นมีแนวโน้มเข้มแข็งขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสามารถตอบโต้ภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สรุปได้ว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดสระบุรี เป็นตัวอย่างของการกระจายอำนาจที่ประชาชนได้ประโยชน์ (Citizen-Centric) อย่างแท้จริง ข้อมูลเชิงสถิติ (S.D. < 1.0 ทุกข้อ) ยืนยันในด้านความพึงพอใจ แต่ในเชิงนโยบาย (Policy Implications) งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จในระยะยาวไม่ได้ขึ้นอยู่กับ “งบประมาณ” ของ อบจ.เท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบหลัก (The Triple Integration) ได้แก่

8.1.1 Administrative Integration การเชื่อมต่อระบบบริหารงานบุคคลระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลาง

8.1.2 Financial Integration การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นหนุนเสริมงานสาธารณสุขโดยไม่ทิ้งมาตรฐานเดิม

8.1.3 Community Empowerment การใช้พลัง อสม. และชุมชนเป็นฐานในการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 พัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และบุคลากร รพ.สต. และ อบจ. ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา และสร้างระบบแรงจูงใจและค่าตอบแทนที่เหมาะสม เพื่อรักษาบุคลากรให้ทำงานต่อเนื่องในพื้นที่และลดการสูญเสียทักษะ

8.2.2 เสริมสร้างกลไกการประสานงานและเชื่อมโยงนโยบาย ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจังหวัดและศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคระดับจังหวัดเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อบจ., รพ.สต., ส่วนกลาง และชุมชน

8.2.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่บูรณาการและเชื่อมโยงกัน พร้อมใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการรายงานและตัดสินใจเชิงนโยบายแบบเรียลไทม์

8.2.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น เช่น โรงเรียนสุขภาพ และโครงการชุมชนปลอดภัย

8.2.5 สนับสนุน อสม. ด้วยทรัพยากร อุปกรณ์ และการจัดสรรงบประมาณ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของการให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 29 ธันวาคม). *สรุปสถานการณ์ "ถ่ายโอน รพ.สต." จากปี 2542 จนถึงปัจจุบัน.* HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. https://www.hfocus.org/content/2024/12/32658

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2564, 19 ตุลาคม). ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่ม 138 ตอนพิเศษ 254 ง, หน้า 14-15.

เกียรติศักดิ์ วิจิตรเชื้อ. (2567). สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย, 6*(1), 63–80.

กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์, ชญาพัช ราชาตัน, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และ พัฒนศักดิ์ บงกช มาศ. (2567). ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18*(1), 22–48.

จรวยพร ศีศศลักษณ์. (2560, 18 ตุลาคม). *สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรส่วนท้องถิ่น.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4798?locale-attribute=th

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีรธรรม, ดาวรุ่ง คำวงศ์, มโน มณีฉาย, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์, พัลลภ เชียวชัยสกุล, นิตย์ธิดา ภัทรธีรกุลุ, สุพัสตรา เสนสาย, และ ทักษิณา วัชรีบูรพ์. (2568). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 2 การประเมินผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง และการจัดทำกรณีศึกษา. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 12*(2), e277236, 1-14.

เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา. (2563). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์, กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชญาพัช ราชาตัน, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, และ พัฒนศักดิ์ บงกชมาศ. (2567). กรณีศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและที่คงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18*(1), 49–59.

ดุจเดือน ตั้งเสถียร, และ ศศิพร โลจายะ. (2562). ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 3*(6), 21–33.

ตุลยวดี หล่อตระกูล. (2563). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา: สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา, 12*(1), 64–72.

นภัสวรรณ์ ภูริพันธุ์ภิญโญ. (2567). การพัฒนาระบบและกลไกการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Roi Kaensarn Academi, 9*(6), 793–812.

นิติพัฒน์ ซื่อดี. (2563). *การจัดการปกครองแบบร่วมมือ (Collaborative Governance) กับการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ กรณีศึกษา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร* [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปฐมพงษ์ กันธิยะ, นภชา สิงห์วีรธรรม, และ สินีนาฏ ชาวตระการ. (2567). สถานการณ์ความต้องการและการคาดการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 7*(2), e270251, 1-14.

ปนิตา ธีรสฤษกุล, ปัญชา พร้อมดิษฐ์, และ จันทิมา นวะมะวัฒน์. (2561). การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 3. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 35*(2), 101–11.

ประสิทธิ มีแก้ว, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, สุพจน์ จิตสงวนสุข, และ โสรญา สุดสาระ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39*(1), 263–73.

ปรีดา แต้อารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ, และ รำไพ แก้ววิเชียร. (2551). *ก้าวที่ผ่านไป บนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างปี 2542–2550* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.

ไพโรจน์ พรหมพันใจ, ทิพยรัตน์ สิงห์ทอง, ธีระวุธ ธรรมกุล, และ พรศักดิ์ อยู่เจริญ. (2567). ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 31*(2), 1–16.

มยุรี อนุมานราชธน. (2547). *นโยบายสาธารณะ: แนวความคิดกระบวนการและการวิเคราะห์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). คะนึงนิจการพิมพ์.

มงคล ณ สงขลา. (2555, 4 พฤษภาคม). *สรุปบทเรียนและทิศทางในอนาคตการถ่ายโอนสถานีอนามัย.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3527?show=full&locale-attribute=th

รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน, และ บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2566). *บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด* [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

รุ่งโรจน์ กตะศิลา. (2565). *สถานภาพ สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพ.* [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรเดช จันทรศร. (2554). *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). พริกหวานกราฟฟิค.

วราภรณ์ ผ่องอ่วย, ปาณิสรา นาเลิศ, และ โชติ บดีรัฐ. (2565). ช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 2*(4), 205–220.

วสันต์ เหลืองประภัสร์, นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, และ เกรียงชัย ปึงประวัติ. (2557). *การศึกษาและรวบรวมตัวอย่างการบริหารจัดการบ้านเมืองแบบร่วมมือ (Collaborative Governance) ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและชุมชน.* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วุฒิสาร ตันไชย. (2557). *การกระจายอำนาจและประชาธิปไตยในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันพระปกเกล้า.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2568, 13 สิงหาคม). *มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Standards).* https://www.ha.or.th/TH/Contents/มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ.

สุนันทา กาญจนพงศ์. (2567). ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *Journal of Health Science of Thailand, 33*(3), 537–48.

สงครามชัย ลีทองดี. (2554). *การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรวณีย์ อวนศรี, วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ศักดิธัช อิทธิพิสิฐ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และ วลัยพร พัชรนฤมล. (2565). *กลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการนโยบายและระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

สำนักข่าวอิศรา. (2564, 9 ธันวาคม). *กมธ.สธ.วุฒิสภาส่งหนังสือด่วนถึงนายกฯ ขอให้ยับยั้งการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ.* https://www.isranews.org/article/isranews-news/104865-isranews-po-10.html.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566, 12 พฤศจิกายน). *คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. https://odloc.go.th/transfer/คู่มือแนวทางการดำเนินก/

อติญาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ รองเมือง, รุ่งนภา จันทรา, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อังสินี กันสุขเจริญ, วรวุฒิ แสงทอง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, และ ฐิตารีย์ เชื้อพราหมณ์. (2566). *สิทธิประโยชน์สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด* [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นิธิวัชร์ แสงเรือง, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, วรณัน วิทยาพิภพกุล, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, วีรศักดิ์ พุทธาศรี และ วลัยพร พัชรนฤมล. (2561). *การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย* [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ไม่ได้ตีพิมพ์]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. World Health Organization Document Production Services.

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

The Development of an Integrated Health Service Model for Vulnerable Groups, Wihan Daeng District, Saraburi Province.

ร่วม มะโนน้อม
Ruam Manonom
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
Wihan Daeng District Public Health Office, Saraburi Province
Email: ruamrami56@gmail.com

Received 12 February 2026
Revised 8 April 2026
Accepted 20 April 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ภายในปี พ.ศ. 2583 ส่งผลให้กลุ่มเปราะบางและผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยติดเตียงสูงถึง 588,987 คน ซึ่งก่อให้เกิดความต้องการระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบาง (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 94 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การสอบถามและการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการยังขาดการบูรณาการบุคลากรมีภาระงานสูง และการเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึงรูปแบบที่พัฒนาคือ “ RUAM MODEL” ประกอบด้วย การจัดทำทะเบียนและจัดชั้นความเสี่ยง การประสานการดูแลแบบบูรณาการการจัดบริการที่เหมาะสม และการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ความครอบคลุมทะเบียนกลุ่มเปราะบางร้อยละ 92 บุคลากรผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณีร้อยละ 85 การเยี่ยมบ้านร้อยละ 97.8 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงร้อยละ 50 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากร้อยละ 96.7 สรุปได้ว่า RUAM MODEL เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลและสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การจัดบริการสุขภาพ, กลุ่มเปราะบาง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into a complete aging society, with the proportion of elderly citizens projected to increase from 13.2% in 2010 to 32.1% by 2040. This demographic shift has led to a continuous rise in vulnerable populations and dependents; notably, in 2023, the number of bedridden patients reached 588,987, necessitating an efficient intermediate and long-term care system. This research aimed to (1) investigate the current challenges in

health service provision for vulnerable groups, (2) develop an integrated health service model, and (3) evaluate the outcomes of the developed model. The study was conducted across three systematic phases. The primary stakeholders, selected through purposive sampling, consisted of 94 participants. Data collection involved in-depth interviews, focus group discussions, and participatory workshops, while data analysis utilized content analysis for qualitative data and descriptive statistics for quantitative records. The findings revealed significant systemic deficiencies, including a lack of service integration, high staff workloads, and inequitable access to healthcare. To address these issues, the "RUAM MODEL" was developed, comprising four core components: comprehensive registration and risk stratification, integrated care coordination, appropriate service delivery, and multidisciplinary team collaboration. Following the implementation of the model, the results demonstrated substantial improvements: registration coverage for vulnerable groups reached 92%, and 85% of personnel successfully completed case manager training. Furthermore, home visit coverage was recorded at 97.8%, while the hospital readmission rate decreased significantly by 50%. Participant satisfaction was exceptionally high at 96.7%. In conclusion, the RUAM MODEL is an effective, evidence-based framework that enhances the quality of life for vulnerable populations and can be sustainably expanded across various healthcare contexts to ensure long-term system resilience.

Keywords: Model development, Health service delivery, Vulnerable groups, Subdistrict Health Promoting Hospital

1. บทนำ

ทุกภูมิภาคทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการลดลงของอัตราการเกิด ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในภาคการผลิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในหลายประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ที่มีผลกระทบในระยะยาว (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2565) รวมถึงประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า (นงลักษณ์ ทับประทุม, 2560) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2593 ทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2.1 พันล้านคน (ชัชชษา บุญเนียมแตง และคณะ, 2566)

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดกลุ่มเปราะบางและระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงกลายเป็นปัญหาสำคัญ กลุ่มเปราะบางส่วนหนึ่งมาจากกลุ่มผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นจาก 37,827 คน ในปี 2562 เป็น 588,987 คนในปี 2566 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ทำให้เกิดความจำเป็นในการจัดตั้งระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) และการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยและลดภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

ระบบการดูแลกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการสวัสดิการ และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลในชุมชน นอกจากนี้

ปัญหาความพิการที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและต้องการการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม (จิราภรณ์ อุ่นเสียม, 2559; ชัชชษา บุญเนียมแตง และคณะ, 2566) โดยกลุ่มเปราะบางถือเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพ (นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2565)

ประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระยะกลาง โดยมุ่งเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยสร้างเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564) ซึ่งชุมชนมีความสำคัญมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้กลุ่มเปราะบางต้องอยู่ลำพังมากขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างการดูแล (บุญเลิศ นิลละออง, 2566) การพัฒนาและอบรมผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ จึงจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง (ภาสกร สวนเรือง และคณะ, 2561)

การดูแลกลุ่มเปราะบางที่บ้านต้องใช้กระบวนการร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการเตรียมความพร้อมของบ้านและการสนับสนุนจากญาติหรือผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ (วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566) การพัฒนาบุคลากรและการสร้างกระบวนการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมจากชุมชนจะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ (ศาสตรา เข็มบุบผา, 2565) รวมทั้งต้องการความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐในการคัดกรองสุขภาพที่ครอบคลุม (บุษบา แพงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567) เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต (บุญเลิศ นิลละออง, 2566) การสร้างเครือข่ายการดูแลกลุ่มเปราะบางในระดับท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่องและลดภาระจากการพึ่งพิง (ภคอร จตุพรธนภัทร, 2567)

สำหรับในจังหวัดสระบุรี พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 12 - 14 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งทางจังหวัดมีการจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ที่เป็นกล่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้พิการในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบดูแลฟื้นฟูในชุมชน เพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ลดการติดเตียงหรือความพิการที่รุนแรง และลดภาระจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ปรีชา พึ่งเจริญ และ อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบว่า มีความท้าทายที่ซับซ้อนและหลากหลายในการดูแลกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย โดยปัญหาไม่ได้จำกัดอยู่แค่ด้านใดด้านหนึ่ง แต่ครอบคลุมหลายมิติที่เกี่ยวพันกัน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเหล่านี้เผชิญกับปัญหาในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีราคาสูง รวมถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สุดา หันกลาง, 2562) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่พร้อมให้การสนับสนุนอาจรู้สึกขาดชีวิตชีวา (วัชราภรณ์ อนุรักษ์พนาสกุล และคณะ, 2568) 2) ปัญหาด้านระบบการจัดการและบุคลากร ภาระงานและบุคลากรในการดำเนินงานตามนโยบายดูแลกลุ่มเปราะบางเผชิญกับปัญหาภาระงานที่เกินกำลังและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (รณภพ เกตุทอง, 2567) นอกจากนี้ ยังมีการขาดทักษะและความรู้เฉพาะด้าน เช่น การช่วยเหลือทางน้ำในช่วงอุทกภัย (ชาตรี พงษ์พันธ์ และคณะ, 2567) ปัญหา

ด้านเทคโนโลยีและงบประมาณ งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาด้านเทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัว และการขาดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (รณภพ เกตุทอง, 2567) 3) ปัญหาจากปัจจัยภายนอกและข้อจำกัดในการเข้าถึง ภัยพิบัติ ในพื้นที่ที่ประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซาก พบว่า มีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่เมื่อเส้นทางการคมนาคมถูกตัดขาด และประชาชนบางส่วนยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในช่วงน้ำท่วม (ชาตรี พงษ์พันธ์ และคณะ, 2567) การเข้าถึงทรัพยากรของประชากรกลุ่มเปราะบางยังเผชิญกับปัญหาในการเข้าถึงทรัพยากรขั้นพื้นฐานที่จำกัด การขาดโอกาสในการทำงาน และการสนับสนุนด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งความช่วยเหลือจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ ที่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริง (ธิติวัฒน์ เธียรสวัสดิ์ และ ฉัตรวรัญช์ องคสิงห, 2568)

อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้รับแนวนโยบายและการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อจัดตั้งศูนย์ร่วมสุขประจำตำบลต่าง ๆ ในพื้นที่ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 และเปิดให้บริการฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและผู้พิการ กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระยะยาว โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเปราะบางในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลสุขภาพและการจัดการภาวะพึ่งพิง ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม เช่น การดูแลที่บ้านและในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น รวมทั้งการเสริมสร้างความร่วมมือจากทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ การวิจัยนี้จึงเป็นการหาวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแล รวมถึงการพัฒนาบุคลากรและการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาระจากการติดเตียงหรือความพิการที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น

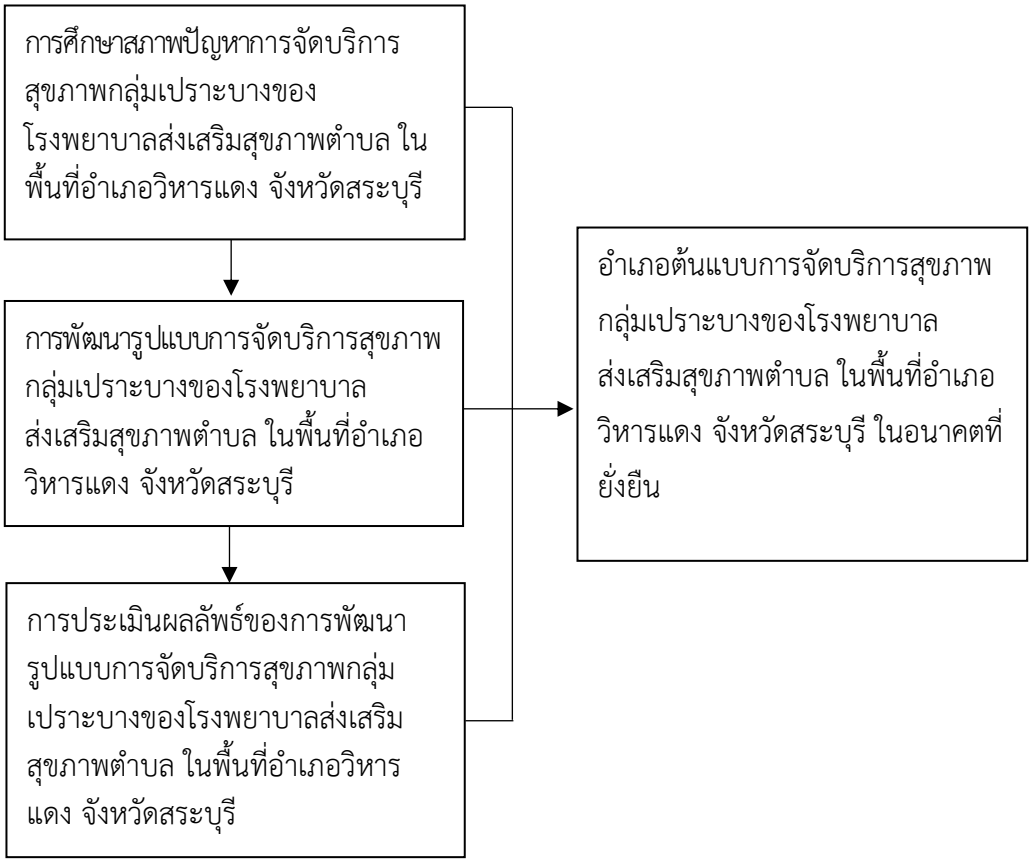
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดการดูแลกลุ่มเปราะบาง

การดูแลกลุ่มเปราะบาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือภาวะเฉียบพลัน (Acute conditions) แล้วมีอาการทางคลินิกคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายบางส่วน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีผลการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมีค่า Barthel Index ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป แต่ร่วมกับภาวะบกพร่องหลายด้าน (Multiple Impairments) แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถได้รับการดูแลในครอบครัวหรือชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยมุ่งให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีบทบาทสำคัญในการรับดูแลผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะใน 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บไขสันหลัง พร้อมกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนมีเตียงสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Bed หรือ Intermediate Ward) อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง เพื่อรองรับ

การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนบ้านและชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

4.2 แนวคิดการจัดบริการพยาบาลกลุ่มเปราะบาง

การจัดบริการพยาบาลกลุ่มเปราะบางมีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษภายใต้ระบบ National Health Service (NHS) ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตการให้บริการกลุ่มเปราะบางอย่างชัดเจน มุ่งเน้นการลดการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างอิสระให้ได้มากที่สุด (กองการพยาบาล, 2562)

ระบบบริการของอังกฤษให้ความสำคัญกับการวางแผนการดูแลรายบุคคล มีเป้าหมายการฟื้นฟูที่ชัดเจน และกำหนดระยะเวลาการให้บริการไม่เกิน 6 สัปดาห์ หากผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพิ่มเติมจะมีการประเมินเพื่อเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ การจัดบริการกลุ่มเปราะบางของอังกฤษมีทั้งรูปแบบการดูแลที่บ้าน การตอบสนองภาวะฉุกเฉินในชุมชน การดูแลทดแทนการนอนโรงพยาบาล และการฟื้นฟูโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) ในประเทศไทย การจัดบริการกลุ่มเปราะบางเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.3 หลักการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Care)

การบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบาง (Intermediate Care) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านหลังพ้นการรักษาระยะเฉียบพลัน โดยเป็นการดูแลในช่วง Post-Acute Period ระหว่าง Acute Care Ward กับการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหรือเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว การดูแลระยะกลางนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดการให้บริการบริบาลฟื้นฟูสภาพในต่างประเทศ เช่น อังกฤษและญี่ปุ่น สะท้อนให้เห็นถึงการจัดระบบบริการที่ชัดเจน มีการแบ่งระดับการดูแลตามความซับซ้อนของผู้ป่วย และมีระบบสนับสนุนด้านงบประมาณและข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; รติอร พรกุณา, 2561)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นรูปธรรม โดยเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน เพื่อเติมเต็มช่องว่างการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะวิกฤติและลดความพิการในระยะยาว (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.4 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพกลุ่มเปราะบางสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตามกรอบ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งมองสุขภาพในมิติที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้างร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มหรือคงระดับความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ โดยพัฒนาศักยภาพสถานบริการทุกระดับภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ครอบคลุม 19 สาขาสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และยกระดับบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562)

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มเปราะบางและการบริบาลฟื้นฟูสภาพ (Intermediate Care) พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง (ปภัสพร พันธ์จูม, 2567; วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ, 2565) ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบบริบาลฟื้นฟูสภาพที่มีระบบประเมินสมรรถภาพ การส่งต่อข้อมูล และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูง

งานวิจัยที่มุ่งเน้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566; ถกลวรรณ บุญเต็ม และคณะ, 2565; นารีรัตน์ บำรุงถิน และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว, 2567; ดารุณี โนนทิง, 2566) ได้ทำการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ

ขณะเดียวกัน งานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มพึ่งพิง (มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ, 2566; สุดา หันกลาง, 2562) สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและเสริมบทบาทครอบครัวและ อสม. ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาระครอบครัว และสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลในพื้นที่

นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงนโยบายและระบบบริการ (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564; รณภพ เกตุทอง, 2567) เน้นย้ำความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการที่ไร้รอยต่อ การจัดสรรกำลังคน งบประมาณ และระบบข้อมูลที่เป็นเอกภาพ เพื่อให้การดูแลกลุ่มเปราะบางมีความยั่งยืน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ระเบียบวิธีวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ในระยะนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบาง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระบบและการบริหารจัดการ บุคลากรและทักษะบริการ การเข้าถึงบริการและข้อจำกัดเชิงภูมิศาสตร์/เศรษฐกิจ ข้อมูลและการระบุตัวตน การเงินและแรงจูงใจ ตลอดจนบทบาทของครอบครัวและชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 31 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ประธาน อสม. และญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยการตีความ (Interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

5.2 การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เมื่อทราบปัญหาแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อร่วมกันออกแบบร่างรูปแบบการบริการ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การออกแบบโมเดลแก้ปัญหา การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคสาธารณสุข บุคลากรการแพทย์แผนไทยและจีน ตลอดจนญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและแบบบันทึก การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นได้นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง เป็นเวลา 1 เดือน พร้อมทั้งปรับปรุงจุดที่ยังไม่สมบูรณ์ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

5.3 การวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ในระยะสุดท้าย ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบ RUAM MODEL ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การพัฒนาระบบและการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร การเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ ความยั่งยืนของการดำเนินงาน และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 48 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล ประธาน อสม. และญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเปราะบางข้อมูลถูกรวบรวมด้วยแบบฟอร์มการดำเนินงาน แบบบันทึกผลการฟื้นฟู และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ จำนวน 15 ข้อในระดับ Likert Scale 5 ระดับ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและประเมินศักยภาพของรูปแบบที่พัฒนา

5.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนต่อเนื่องจากนโยบายของจังหวัดสระบุรี และผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานโดยปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร ดังนี้

5.4.1 การเก็บข้อมูลอย่างไม่ระบุตัวตน (Anonymity) ข้อมูลที่นำมาใช้ทั้งหมดเป็นข้อมูลที่ไม่มีชื่อนามสกุล หมายเลขบัตรประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ หากเป็นข้อมูลจากหน่วยงานได้รับมาในรูปแบบรหัสตัวอย่าง (Code) เท่านั้น ไม่มีการนำข้อมูลใด ๆ กลับไปเชื่อมโยงกับตัวบุคคล

5.4.2 การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) ข้อมูลจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลดิบให้บุคคลภายนอก ผลการวิจัยรายงานเป็น ข้อมูลรวม (Aggregate Data) ไม่มีข้อมูลรายบุคคล

5.4.3 การลดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลถูกใช้อย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชื่อเสียงหรือสิทธิของผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดการตีตรา (Stigma) ต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5.4.4 ความสมัครใจและสิทธิในการถอนข้อมูล หากงานวิจัยมีการสัมภาษณ์แต่เข้าข่ายยกเว้นจริยธรรม เช่น เก็บข้อมูลไม่ระบุตัวตน และเป็นเรื่องไม่เสี่ยงสูง โดย 1) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการตอบ

คำถามได้ทุกเมื่อ 2) ไม่มีผลเสียใด ๆ หากไม่เข้าร่วม 3) ไม่มีค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์แอบแฝง และ 4) ไม่มีคำถามที่กระทบความเป็นส่วนตัวหรือทำให้เกิดอันตรายทางจิตใจ

5.4.5 ความโปร่งใสในการใช้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งหน่วยงานเจ้าของข้อมูล (ถ้ามี) อย่างเป็นทางการ ใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นต่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย และไม่ใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ระบุ

5.4.6 การรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการ 1) รายงานเป็นข้อมูลเชิงสถิติภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายบุคคล 2) ไม่กล่าวถึงข้อมูลที่อาจนำไปสู่การระบุตัวตน 3) ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะพื้นที่ และกลุ่มย่อยที่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลน้อยจนสามารถเดาตัวบุคคลได้ และ 4) ให้ความสำคัญกับการนำเสนออย่างเป็นกลาง ไม่สร้างอคติหรือความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงาน

6. ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และผู้มีข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยมุ่งสร้างรูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงหน่วยงานในพื้นที่ และสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน ผ่านการบูรณาการของข้อมูล บุคลากร งบประมาณ และกลไกการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอวิหารแดง ผลการวิจัยในแต่ละระยะมี ดังนี้

6.1 การวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาของการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงระบบสะท้อนให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อำเภอวิหารแดงยังมีช่องว่างหลายด้าน การดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาชน ต่างมีบทบาทของตนเอง แต่ยังขาดการประสานงานในเชิงนโยบาย ขาดตัวชี้วัดร่วม และไม่มีแผนยุทธศาสตร์เดียวกัน การทำงานแบบคู่ขนานทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมและการใช้งบประมาณ ขณะเดียวกันการเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้พิการ ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ยังไม่เป็นเอกภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถระบุจำนวนกลุ่มเปราะบางได้ชัดเจน ทำให้การวางแผนบริการสุขภาพไม่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่มีภาระงานสูง และยังขาดทักษะเฉพาะด้านในการประเมินภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพในระดับตำบลยังมีความจำกัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร กลุ่มเปราะบางจำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ เช่น ปัญหาการเดินทาง ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และการขาดผู้นำส่งสุขภาพที่มีความพร้อม การเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือครัวเรือนที่มีปัญหาสังคม

ในด้านครอบครัวและชุมชน แม้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน รวมถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ การสำลัก และภาวะขาดสารอาหาร เมื่อพิจารณาโดยรวม จึงพบว่าระบบบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ยังต้องการการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านโครงสร้าง การจัดการข้อมูลบุคลากร งบประมาณ และกลไกชุมชน

6.2 การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

จากช่องว่างของระบบดังกล่าว จึงนำไปสู่การพัฒนา “RUAM MODEL” ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบางแบบครบวงจร และสามารถใช้งานได้จริงในระดับพื้นที่ โมเดลนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

R: Registry & Risk Stratification การจัดทำทะเบียนกลางของกลุ่มเปราะบางทั้งหมดในอำเภอ พร้อมจัดชั้นความเสี่ยงตามเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น ADL และความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างตรงเป้าหมายและเหมาะสม

U: Unified Care Coordination การจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง ทำให้เกิดการประสานงานในเชิงนโยบายระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาล อปท. ภาคประชาชน สามารถกำหนดเป้าหมาย งบประมาณ และตัวชี้วัดร่วมกันได้อย่างเป็นเอกภาพ

A: Accessible & Appropriate Services การออกแบบบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเปราะบาง เช่น การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูที่บ้าน (Home-based rehab) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การใช้ Telehealth และการพัฒนาบริการเชิงรุกสำหรับรายที่เข้าถึงบริการยาก

M: Multidisciplinary Team & Monitoring การจัดทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลตามความจำเป็นของผู้ป่วย รวมถึงการแต่งตั้งผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ในทุกตำบลเพื่อประสานงานการดูแลและการจัดระบบติดตามผลด้วยตัวชี้วัดมาตรฐาน

โมเดลดังกล่าวได้ออกแบบระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การจัดบริการเฉพาะราย ไปจนถึงการติดตามผลลัพธ์ เพื่อให้การดูแลกลุ่มเปราะบางเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

6.3 การวิจัยระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

หลังการนำ RUAM MODEL ไปใช้จริงในพื้นที่ พบผลลัพธ์ที่มีความก้าวหน้าอย่างเด่นชัดในหลายมิติ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

6.3.1 ด้านระบบบริหารจัดการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอเพื่อการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นทางการ ทำให้การวางแผนและการจัดบริการเกิดความเป็นเอกภาพ มีทะเบียนกลางสำหรับกลุ่มเปราะบางได้รับการพัฒนาและครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 92 ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลเดียวกันและใช้ในการวางแผนบริการได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

6.3.2 ด้านบุคลากรและศักยภาพทีมดูแล พบว่าบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 85 ผ่านการอบรมด้านการประเมินภาวะพึ่งพิงและการจัดแผนการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้ง Case Manager ครบทุกตำบล และผู้ดูแลหลักในครอบครัวกว่าร้อยละ 90 ได้รับการอบรมทักษะการดูแลพื้นฐาน ทำให้คุณภาพการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

6.3.3 ด้านการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ กลุ่มเปราะบางกว่าร้อยละ 97.8 ได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันลดลงถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่าสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ ได้สูงถึงร้อยละ 60 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลหลักมีภาระในการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

6.3.4 ด้านความยั่งยืนและการสนับสนุนของท้องถิ่น RUAM MODEL ได้รับการบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์และมีการขยายผลครบทุกตำบลในอำเภอวิหารแดง อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งได้

จัดสรรงบประมาณผ่านกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นหลักฐานสำคัญว่ารูปแบบดังกล่าวมีศักยภาพในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

6.3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจ การประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน พบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” โดยเฉพาะประเด็นด้านความเพียงพอของทรัพยากรและความรู้/ทักษะที่ได้รับจากโครงการ ซึ่งได้รับคะแนนสูงที่สุด การยอมรับดังกล่าวสะท้อนว่า RUAM MODEL ไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในเชิงระบบ แต่ยังตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี” สะท้อนให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่มีการเปลี่ยนผ่านจากระบบการทำงานแบบแยกส่วนไปสู่ระบบบูรณาการที่มีความเป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดตั้งคณะกรรมการอำเภอ การพัฒนาทะเบียนกลาง และการจัดระบบทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care และ Transitional/Intermediate Care ที่เน้นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (Naylor, 2006; กองการพยาบาล, 2562)

7.1 ระบบบริหารจัดการและข้อมูล การสร้างทะเบียนกลาง (Registry) และการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น ADL และ Frailty Index ทำให้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความจำเป็น ส่งผลให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ว่า ระบบข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยให้การจัดการผู้สูงอายุและกลุ่มพึ่งพิงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (บุญเลิศ นิลละออง, 2566; ปภัสพร พันธ์จูม, 2567)

7.2 บทบาททีมสหวิชาชีพและ Case Manager บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ใน รพ.สต. ส่งผลให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางได้รับแผนการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง บทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ Smith et al. (2013) ซึ่งระบุว่า การมี Case Manager ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในชุมชน และสอดรับกับงานในประเทศไทยหลายฉบับ เช่น การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพในจังหวัดสระบุรีและน่านที่ให้ผลลัพธ์คล้ายคลึงกัน (นภัส แก้ววิเชียร และคณะ, 2564; กชพร เขื่อนธนะ และคณะ, 2562)

7.3 การเข้าถึงบริการและผลลัพธ์สุขภาพ ผลการประเมินพบว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มเปราะบางได้รับการเยี่ยมบ้านและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ลดลงถึงร้อยละ 18 ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของบริการเชิงรุกและการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Brooten et al. (2002) และรายงานของ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567) ที่ชี้ว่า การดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การมีอุปกรณ์ช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยในพื้นที่อำเภอยางสีสุราชและเขาวงที่ยืนยันประโยชน์ของการสนับสนุนทรัพยากรและการติดตามต่อเนื่อง (กาญจนา จันทะนุย และคณะ, 2566; วิชชุนี ละม้ายศรี, 2566)

7.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การฝึกอบรมผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งครอบคลุมร้อยละ 62 และการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน เป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบ RUAM MODEL ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กชพร เขื่อนธนะ และคณะ (2562) ยืนยันว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องและลดภาระของระบบบริการสุขภาพ

7.5 ความพึงพอใจและความยั่งยืนของรูปแบบบริการ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ 4.27 – 4.67 แสดงถึงการยอมรับรูปแบบสูงมาก โดยหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ 1) ความเพียงพอของทรัพยากรและบุคลากร และ 2) ความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ รณภพ เกตุทอง (2567) และรายงานนโยบาย Intermediate Care ของ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ที่พบว่า การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรและการเตรียมทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดูแลกลุ่มเปราะบาง

7.6 ความท้าทายและข้อจำกัด แม้ผลลัพธ์โดยรวมจะดี แต่การประสานงานระหว่างหน่วยงานและความเข้าใจในบทบาทระหว่างบุคลากรยังเป็นอุปสรรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงณภัทร รุ่งเนย และคณะ (2565) ที่พบว่า ความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะกลางต้องพึ่งพากลไกการสื่อสารและความเข้าใจบทบาทสหวิชาชีพที่ชัดเจนมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า RUAM MODEL เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพราะสามารถสร้างทั้งความพึงพอใจและประสิทธิผลในเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบ Intermediate Care และ Long-Term Care ของกรมกิจการผู้สูงอายุ และบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพกลุ่มเปราะบางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีความครอบคลุม เป็นระบบ และมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า ระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบางยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดร่วม ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานและการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดฐานข้อมูลกลาง ทำให้ไม่สามารถระบุจำนวนและระดับความเสี่ยงของกลุ่มเปราะบางได้อย่างชัดเจน บุคลากรมีภาระงานสูงและขาดทักษะเฉพาะด้าน ขณะที่การจัดทีมสหวิชาชีพยังมีข้อจำกัด ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน นอกจากนี้กลุ่มเปราะบางยังเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และการขาดความรู้ของผู้ดูแล

ระยะที่ 2 ได้นำผลการศึกษามาพัฒนา “RUAM MODEL” ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบครบวงจร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดทำทะเบียนกลางและการจัดชั้นความเสี่ยง (2) การประสานการดูแลแบบบูรณาการ (3) การจัดบริการที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ และ (4) การจัดทีมสหวิชาชีพ พร้อมระบบผู้จัดการรายกรณีและการติดตามประเมินผลรูปแบบนี้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาประเมินวางแผนดูแลเฉพาะราย จนถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่ามีการพัฒนาอย่างชัดเจนในหลายมิติ ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและพัฒนาทะเบียนกลุ่มเปราะบางครอบคลุมร้อยละ 92 ด้านบุคลากร พบว่าร้อยละ 85 ผ่านการอบรม และมีการแต่งตั้งผู้จัดการรายกรณีครบทุกพื้นที่ ขณะที่ผู้ดูแล

ในครอบครัวมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการพัฒนาทักษะ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ด้านการเข้าถึงบริการพบว่ากลุ่มเปราะบางร้อยละ 97.8 ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงร้อยละ 50 และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดลงร้อยละ 60 รวมถึงผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในด้านความยั่งยืน รูปแบบ RUAM MODEL ได้รับการบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงศักยภาพในการขยายผลในระยะยาว นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.7) แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและการยอมรับของรูปแบบในการนำไปใช้จริงในพื้นที่

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 เชิงนโยบาย ควรผลักดันให้ RUAM MODEL เป็นอำเภอต้นแบบและขยายผลในระดับจังหวัดและประเทศ

8.2.2 เชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลระยะกลางและระยะยาว

8.2.3 เชิงการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาการประเมินผลในระยะยาว เพื่อวัดผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนทางการเงิน

เอกสารอ้างอิง

กชพร เขื่อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาว์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด, และ จุฑามาศ ชาวส้าน. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(2), 273-285.

กาญจนา จันทะนุย, นงเยาว์ พละชัย, และ พัชรมาศ คุณวงศ์. (2566). รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3*(1), 68-81.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)* (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567). https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20250418075123.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).* กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561.* https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan).* บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง.

จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 30*(4), 261-268.

ชัชชษา บุญเนียมแตง, ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร, และ จิดาภา ถิรศิริกุล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย. *Journal of Roi Kaensarn Academi, 8*(10), 70-83.

ชาตรี พงษ์พันธ์, บรรเทิง พลสวัสดิ์, ทัพไท ชุ่มนาเสียว, และ ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2567). แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนช่วงอุทกภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง: กรณีศึกษาตำบลหนองบ่อ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9*(4), 712-714.

ดารุณี โนนทิง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 244-251.

ถกลวรรณ บุญเต็ม, อ้อมแก้ว นิยมวัน, จีรนุช กองเมืองปัก และ จารุวรรณ สุขศรีศิริวัชร. (2565). ผลของกระบวนการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37*(3), 519-529.

ธิติวัฒน์ เธียรสวัสดิ์ และ ฉัตรวรัญช์ องคสิงห. (2568). แนวทางการใช้การบริหารงานสาธารณะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชากรกลุ่มเปราะบางในชุมชนเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. *วารสารโพธิศาสตร์ปริทัศน์, 5*(1), 1-12.

นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นงณภัทร รุ่งเนย, วิชาญ เกิดวิชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2564). นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(5), 894-906.

นารีรัตน์ บำรุงถิ่น, และ อรุณรัตน์ สู่หนองบัว. (2567). ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร, 44*(1), 59-73.

นงณภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(1), 112-123.

นงลักษณ์ ทับประทุม. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองโสน อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกริก.

บุญเลิศ นิลละออง. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 281-292.

บุษบา แพงบุปผา, และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2567). *การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan*. ศูนย์อนามัยที่ 5.

ปภัสพร พันธ์จูม. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 9*(1), 309-318.

ปรีชา พึ่งเจริญ, และ อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์. (2563). แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13*(1), 502-511.

ภคอร จตุพรธนภัทร. (2567). การกำหนดนโยบายการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการพึ่งพาตนเองอย่างเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ. *วารสารการบริหารการจัดการและการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2*(2), 375-386.

ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12*(3), 437-451.

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2565, 12 กันยายน). *ESCAP เผยแพร่รายงานฉบับใหม่ ชี้แรงงานในเอเชีย-แปซิฟิกกว่า 2.1 พันล้านคน เข้าไม่ถึงงานที่มีคุณค่าและการคุ้มครองทางสังคม*. SDG Move. https://www.sdgmove.com/2022/09/12/escap-new-report-workforce-asia-pacific/

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, และ วิไลพร คลีกร. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17*(1), 255-271.

รติอร พรกุณา. (2561). การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการประชุม *เรื่อง Service plan สำหรับผู้สูงอายุ*. โรงพยาบาลขอนแก่น.

รณภพ เกตุทอง. (2567). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(1), 638-640.

วัชราภรณ์ อนุรักษ์พนาสกุล, ศิริพร ใจปัญญา, กานิสา อินทรสันติ, และ พรทิพย์ นาคโดด. (2568). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง หมู่บ้านกอสะเลียม ตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารข่วงผญา, 19*(1), 46-50.

วิชชุนี ละม้ายศรี. (2566). กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันต่อเนื่องที่บ้านแบบมีส่วนร่วมตำบลสงเปลือย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(2), 407-415.

วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(2), 119-132.

ศาสตรา เข็มบุบผา. (2565). การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(3), 939-956.

สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub-acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*.

สุดา หันกลาง. (2562). การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 1*(1), 1–17.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf

Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O., ... & Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(4), 369-375.

Naylor, M. D. (2006). Transitional care: A critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal for Healthcare Quality, 28*(1), 48-54.

Smith, A., MacKay, S., & McCulloch, K. (2013). Case management: Developing practice through action research. *British Journal of Community Nursing*, *18*(9), 452-458. https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.9.452

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

Prevalence and factors associated with decreased renal function in type 2 diabetes mellitus patients admitted to Nongdon Hospital, Saraburi Province

กมล มีฤทธิ์*[1] เสริมทรัพย์ พันธ์แดง[2] สิรินารถ ชูก้าน[3]
Kamon Meerit*[1] Sermsarp Phandaeng[2] Sirinat Chukan[3]
โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี[1,2,3]
Nong Don Hospital, Saraburi Province[1,2,3]
Email: bordin_02@hotmail.com

Received 3 March 2026
Revised 21 April 2026
Accepted 21 April 2026

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและมีอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่ลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยทำการศึกษาจากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 391 ราย จากประชากรทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2565 เก็บข้อมูลจากการรวบรวมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลหนองโดนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี พบความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 56.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (p=.001) ดัชนีมวลกาย (p=.046) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (p=.025) ค่า HbA1c (p=.027) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (p=.001) การใช้ยา metformin (p<.001) และการใช้ยา statins (p=.006) การคัดกรองเชิงรุกและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้ ท้ายสุดผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง, ความชุก

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD) represents a critical and escalating complication among patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), posing a severe public health challenge characterized by a continuously rising incidence rate. As a primary risk factor, CKD significantly contributes to the development of cardiovascular diseases and premature mortality. This

study aimed to comprehensively investigate the health status, prevalence of CKD, and specific factors associated with declining renal function in T2DM patients. This research utilized a cross-sectional descriptive analytical design, examining a sample of 391 T2DM patients selected from the total patient population receiving medical services at Nong Don Hospital in Saraburi Province between July 1, 2021, and August 31, 2022. Data were systematically retrieved and compiled from the hospital's electronic medical record (EMR) database. Statistical analyses included descriptive statistics and the Chi-square test to determine significant associations, with the threshold for statistical significance set at $p < .05$. The research findings revealed that the average age of the participants was 64.06 years, with an alarmingly high CKD prevalence rate of 56.01%. Furthermore, several factors were found to be significantly associated with decreased renal function: age ($p=.001$), body mass index ($p=.046$), fasting blood sugar ($p=.025$), HbA1c levels ($p=.027$), duration of diabetes ($p=.001$), the use of metformin medication ($p<.001$), and the use of statins ($p=.006$). These results underscore that proactive screening and the continuous, rigorous control of identified risk factors are absolutely essential to preventing the progression of the disease toward end-stage renal failure. Ultimately, the researcher provides evidence-based policy recommendations and practical guidelines for the concrete application of these findings to improve clinical outcomes and long-term patient care strategies in hospital settings.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, risk factors, prevalence

1. บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 9.1 หรือประมาณ 697.5 ล้านคน โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 12 ของโลก (Carney, 2020) สถานการณ์ดังกล่าวปรากฏชัดเจนในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคสูงถึงร้อยละ 93 ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดถึงร้อยละ 196 (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงไม่ต่างกัน โดยพบอุบัติการณ์สูงถึง 1,313.54 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) และพบความชุกหนาแน่นในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ “โรคไตจากเบาหวาน” ซึ่งพบอุบัติการณ์ในระดับสูงกระจายไปตามพื้นที่ต่าง ๆ เช่น จังหวัดนครศรีธรรมราชพบความชุกสูงถึงร้อยละ 29.4 (อัจฉรา เจริญพิริยะ และคณะ, 2560) ขณะที่ในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดแพร่และเชียงใหม่ก็พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562; บดินทร์ จักรแก้ว, 2565)

ในทางคลินิก โรคไตคือ ภาวะที่หน่วยไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสีย หากเกิดขึ้นเฉียบพลันจากการติดเชื้อรุนแรงหรือภาวะขาดน้ำ จะเรียกว่า ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute Kidney

Injury: AKI) แต่หากอัตราการกรองของไต (GFR) ลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปต่อเนื่องเกินกว่า 3 เดือน จะถือเป็นโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของไต ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และการควบคุมความดันโลหิต (ดำรงศักดิ์ อบเหลือง และคณะ, 2565; ศันสนีย์ เชาวนเกตุ, 2564) ภาวะนี้ส่งผลกระทบแบบองค์รวม ทั้งต่อสภาวะสรีรวิทยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนสร้างภาระงบประมาณสาธารณสุขของประเทศมากกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

สำหรับสถานการณ์ระดับพื้นที่ ข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564) ระบุว่าจังหวัดสระบุรีมีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) สะสม 620 ราย โดยส่วนใหญ่ต้องรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ถึง 431 ราย โรงพยาบาลหนองโดน ในฐานะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังรุนแรงมากขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการทำงานของไตที่ลดลงในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลหนองโดน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่ลดลง เพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์และต้นตอของปัญหาในบริบทพื้นที่ ข้อมูลจากการคัดกรองในระยะเริ่มต้นนี้จะถูกนำเสนอต่อทีมสหวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญ (Evidence-Based) ในการพัฒนาระบบบริการ การเฝ้าระวัง และการจัดการปัจจัยเสี่ยงผ่านโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (พนิดา รัตนศรี, 2565) หรือการประยุกต์ใช้หลักธรรมานามัย (อมรรัตน์ สุวรรณลาภ และสาโรจน์ นาคจู, 2566) เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ลดความสูญเสียทางสุขภาวะ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน

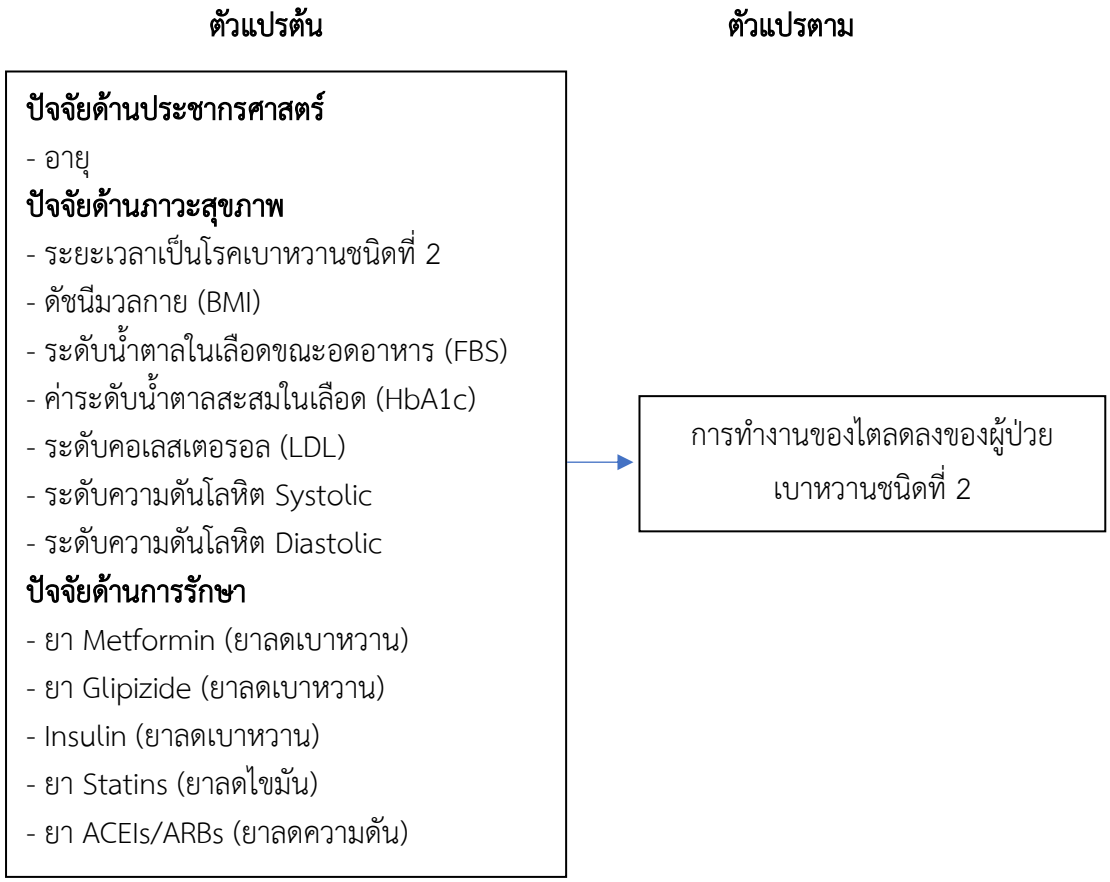
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่หน่วยไต (Nephron) ถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการกรองของเสียและการรักษาความสมดุลของร่างกายลดลง แม้จะได้รับการรักษาพยาบาลแล้วก็ไม่สามารถทำให้ไตกลับมาทำงานปกติได้ National Kidney Foundation (2002) และ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2552) ได้ให้คำนิยามที่สอดคล้องกันว่า โรคไตเรื้อรังคือภาวะที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตนานเกิน 3 เดือน หรือมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน

สถานการณ์ในระดับโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังขยับจากอันดับที่ 27 ขึ้นมาเป็นอันดับที่ 18 ในช่วงเวลาเพียง 20 ปี (De Nicola, L., & Zoccali, C., 2016) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ชี้ให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างน่ากังวล โดยสาเหตุหลักอันดับหนึ่งมาจากโรคเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง

4.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนทางไต

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารอันเนื่องมาจากการทำงานของอินซูลินบกพร่อง โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากที่สุดถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2024) ระบุว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจะนำไปสู่ความเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะที่ไตซึ่งมีหน้าที่กรองของเสียจากเลือด

การวินิจฉัยและภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นสากลคือระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ≥ 6.5% หรือระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FPG) ≥ 126 มก./ดล. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ “โรคไตจากเบาหวาน” ซึ่งเกิดจากการที่ระดับน้ำตาลสูงเข้าไปทำลายกลุ่มหลอดเลือดฝอยในไต ทำให้เกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Albuminuria) และการกรองลดลง หากไม่ได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ซึ่งสร้างภาระงบประมาณสาธารณสุขของไทยมากกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี

4.3 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management)

เนื่องจากโรคเบาหวานและโรคไตเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต แนวคิดการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยหมายถึงกระบวนการที่บุคคลทำงานร่วมกับครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อจัดการอาการ แผนการรักษา และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Schulman-Green et al., 2012)

องค์ประกอบของการจัดการตนเอง จากแนวคิดของ Curtin et al. (2005) การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตประกอบด้วย 2 มิติหลัก ได้แก่ 1) การจัดการด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) และ 2) การจัดการในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การควบคุมอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม) การออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ การจัดการความเครียด และการงดสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองประกอบด้วย “การรับรู้สมรรถนะแห่งตน” (Self-Efficacy) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ “การสนับสนุนทางสังคม” (Social Support) ของ House (1981) ที่ให้ข้อมูลและกำลังใจแก่ผู้ป่วย

4.4 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการดำเนินไปของโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยด้วยเบาหวานยาวนานกว่า 5 - 10 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนปีที่ป่วย (ดำรงศักดิ์ อบเหลือง และคณะ 2565; จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562)

การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต พบว่า ระดับ HbA1c ที่สูงกว่า 7% และความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงกว่า 140 มม.ปรอท มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดลงของค่า eGFR (ศันสนีย์ เชาวนเกตุ, 2564; รัตนาพร สุวานิช และคณะ, 2565)

ภาวะโภชนาการและภาวะอ้วน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากภาวะอ้วนทำให้หน่วยไตต้องทำงานหนักขึ้น (Streng, K. W. et al., 2017; He, Y. et al., 2016)

สำหรับพฤติกรรมและการจัดการตนเอง พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลและค่าไต) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (อมรรัตน์ สุวรรณลาภ และสาโรจน์ นาคจู, 2566; ทรงกรฎ ศฤงคาร และคณะ, 2567)

4.5 การติดตาม ประเมินผล และการป้องกันเชิงรุก

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมุ่งเน้นการคัดกรองระยะเริ่มต้น (Early Detection) เพื่อชะลอการเสื่อมของไต แนวทางปฏิบัติแนะนำให้ตรวจคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะและค่า eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การตรวจจอประสาทตาและการตรวจเท้า การนำเทคโนโลยีสุขภาพ เช่น ระบบติดตามทางไกล (Telehealth) มาใช้ ช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤต เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หรือไตวายเฉียบพลัน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

5.1 รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Descriptive Analytic Cross-Sectional Study) โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) ณ โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2565

5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกแบบครบถ้วน (Total Sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 391 ราย

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)
   (1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
   (2) ทุกกลุ่มอายุ
   (3) ทั้งเพศชายและหญิง
   (4) มีประวัติการติดตามรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
   (5) มีข้อมูลค่าการทำงานของไต (eGFR) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา
2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)
   (1) มีโรคไตจากสาเหตุอื่น เช่น นิ่วในไต โรคไตถุงน้ำหลายใบ หรือ lupus Nephritis
   (2) ข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน

5.3 ตัวแปรที่ศึกษา

5.3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ, ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS), ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับความดันโลหิต Systolic, ระดับความดันโลหิต Diastolic, ระดับคอเลสเตอรอล (LDL), ยา Metformin (ยาลดเบาหวาน), Insulin (ลดเบาหวาน), ยา Statins (ยาลดไขมัน), ยา ACEIs/ARBs (ยาลดความดัน)

5.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การทำงานของไตหรือความสามารถในการกรองของไต (GFR) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกรวบรวมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลหนองโดน โดยดึงเฉพาะตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดถูกทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ (De-Identified Data) ก่อนการวิเคราะห์ เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย โดยบันทึกลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามตัวแปรที่จะทำการศึกษา

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลเชิงพรรณนานำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกของโรคไตเรื้อรังคำนวณเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการลดลงของ eGFR โดยใช้ Chi-square Test ตามความเหมาะสม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

5.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

5.6.1 การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อหาค้นหาสภาพปัญหาสำหรับนำไปสู่การออกแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลมากขึ้น ตลอดจนเชื่อมโยงการทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลและพื้นที่

5.6.2 การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกเฉพาะตัวแปรที่ต้องการ โดยไม่มีส่วนใดที่ล่วงล้ำสิทธิส่วนบุคคลของอาสาสมัครหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

5.6.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองโดนก่อนจึงจะดำเนินการจัดเก็บข้อมูลได้

5.6.4 การจัดเก็บข้อมูล จะให้ผู้ควบคุมระบบฐานข้อมูลเป็นผู้ดึงข้อมูลออกจากระบบในรูปของตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวเลขเท่านั้น จะไม่มีชื่อ นามสกุล ที่อยู่ อาชีพ หรืออื่นใดที่นำไปสู่การยืนยันตัวผู้ป่วยได้

5.6.5 การรักษาความลับข้อมูลของอาสาสมัคร โดยผู้วิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยเท่านั้น จะไม่มีการจัดเก็บข้อมูลและรายงานข้อมูลส่วนบุคคล ในงานวิจัยนี้

6. ผลการวิจัย

6.1 ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 391 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.06 ปี อายุมากที่สุด 95 ปี และอายุน้อยสุด 27 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.80 รองลงมาอายุ 50 – 59 ปี, 40 – 49 ปี และ อายุ <39 ปี เท่ากับ ร้อยละ 20.46, 7.93 และ 2.81 ตามลำดับ

6.2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.97 ปี เป็นมานานที่สุด 13 ปี น้อยสุด 1 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 36.32 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 35.81 น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 27.88 ตามลำดับ

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.44 kg/m^2 มากที่สุด 44.81 kg/m^2 และน้อยที่สุด 13.34 kg/m^2 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 30.95 รองลงมา ได้แก่ ปกติ, น้ำหนักเกิน, โรคอ้วนระดับ 2 และต่ำกว่าเกณฑ์ เท่ากับ ร้อยละ 26.09, 21.48, 16.11, 5.37 kg/m^2 ตามลำดับ

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 165.91 mg/dl สูงที่สุด 452 mg/dl น้อยที่สุด 58 mg/dl ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 79.80 ส่วนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 20.20

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.9% สูงที่สุด 14.9% ต่ำสุด 4.5% โดยมีระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7% ร้อยละ 58.57 และน้อยกว่า 7% ร้อยละ 41.43

ระดับไขมันคอเลสเตอรอล (LDL) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.47 mg/dl มีค่าสูงสุด 211 mg/dl และต่ำสุด 29 mg/dl โดยมีระดับไขมันคอเลสเตอรอล (LDL) น้อยกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 84.14และมากกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 15.86

ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 135.10 mmHg มีค่าสูงสุด 193 mmHg และต่ำสุด 97 mmHg โดยมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 74.17 และระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 mmHg ร้อยละ 25.83

ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.90 mmHg มีค่าสูงสุด 121 mmHg และต่ำสุด 32 mmHg โดยมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 94.12 และระดับความดันโลหิตมากกว่า 90 mmHg ร้อยละ 5.88

6.3 ปัจจัยด้านการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการใช้ยารักษา ได้แก่ Metformin ร้อยละ 91.30 Glipizide ร้อยละ 61.13 Insulin ร้อยละ 9.72 กลุ่มยา Statins ร้อยละ 80.56 และ ACEIs/ARBs ร้อยละ 64.19

6.4 ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยตัดที่ค่า GFR เท่ากับ 60 – 89 ml/min/1.73 m^2 ซึ่งมีค่าอัตราการกรองของเสียของไตเริ่มผิดปกติ ซึ่งพบอัตราความชุกเท่ากับ 1,568.65 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 56.01 ส่วนการทำงานของไตอยู่ในระยะปกติ โดยมีค่า GFR มากกว่า 90 ml/min/1.73 m^2 มีอัตราความชุกอยู่ที่ 1,232.00 ต่อแสนประชากร หรือร้อยละ 43.99 ในการคำนวณหาอัตราความชุกใช้จำนวนประชากรกลางปี 2565 เท่ากับ 13,961 คน

6.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เมื่อนำตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับคอเลสเตอรอล (LDL) ระดับความดันโลหิต Systolic ระดับความดันโลหิต Diastolic ยา Metformin (ยาลดเบาหวาน) Insulin และยา Statins (ยาลดไขมัน) ยา ACEIs/ARBs (ยาลดความดัน) มาหาความสัมพันธ์กับระดับการทำงานของไตหรือระยะของโรคไตเรื้อรัง (GFR) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า ตัวแปร อายุ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ยา Metformin (ยาลดเบาหวาน) และยา Statins (ยาลดไขมัน) มีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานของไตหรือระยะของโรคไตเรื้อรัง (GFR) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ส่วนส่วนแปรอื่น ๆ นอกจากที่กล่าวมา ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (N=391)

ตัวแปรทำนาย	การทำงานของไต (eGFR)		χ^2	P-Value
	ไม่ป่วย (≥60 มล./นาที/ 1.73 m^2)	ป่วย (<60 มล./นาที/ 1.73 m^2)		
ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์				
อายุ*			30.32	.001*
ต่ำกว่า 60 ปี	116 (38.2)	6 (6.9)		
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	188 (61.8)	81 (93.1)		
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ				
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*			22.852	.001*
น้อยกว่า 10 ปี	214 (70.4)	37 (42.5)		
มากกว่า 10 ปี	90 (29.6)	50 (57.5)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)*			3.993	.046*
< 23.00 kg/m^2	88 (28.9)	35 (40.2)		
> 23.00 kg/m^2	216 (71.1)	52 (59.8)		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)*			5.051	.025*
< 126.00 mg/dl	54 (17.8)	25 (28.7)		
> 126.00 mg/dl	250 (82.2)	62 (71.3)		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)*			4.884	.027*
น้อยกว่า 7%	117 (38.5)	45 (51.7)		
มากกว่า 7%	187 (61.5)	42 (48.3)		
ระดับคอเลสเตอรอล (LDL)			1.138	.286
< 130 mg/dl	259 (85.2)	70 (80.5)		
> 130 mg/dl	45 (14.8)	17 (19.5)		
ค่าความดันโลหิต Systolic			.556	.456
< 140 mmHg	232 (76.3)	63 (72.4)		
> 140 mmHg	72 (23.7)	24 (27.6)		
ค่าความดันโลหิต Diastolic			1.197	.274

ตัวแปรทำนาย	การทำงานของไต (eGFR)		χ^2	P-Value
	ไม่ป่วย (≥60 มล./นาที/ 1.73 m^2)	ป่วย (<60 มล./นาที/ 1.73 m^2)		
< 90 mmHg	284 (93.4)	84 (96.6)		
> 90 mmHg	20 (6.6)	3 (3.4)		
ปัจจัยด้านการรักษา				
Metformin (ยาลดเบาหวาน)			20.275	.000*
ไม่กิน	16 (5.3)	18 (20.7)		
กิน	288 (94.7)	69 (79.3)		
Glipizide (ยาลดเบาหวาน)			.629	.428
ไม่กิน	115 (37.8)	37 (42.5)		
กิน	189 (62.2)	50 (57.5)		
Insulin (ยาลดเบาหวาน)			3.480	.062
ไม่ฉีด	279 (91.8)	74 (85.1)		
ฉีด	25 (8.2)	13 (14.9)		
Statins (ยาลดไขมัน)			7.496	.006*
ไม่กิน	68 (22.4)	8 (9.2)		
กิน	236 (77.6)	79 (90.8)		
ACEIs/ARBs (ยาลดความดัน)			3.289	.070
ไม่กิน	116 (38.2)	24 (27.6)		
กิน	188 (61.8)	63 (72.4)		

7. อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองโดน มีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัฒน์ สีตื้อ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุเฉลี่ย 65.25 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 72.13 ในระยะ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 35.81 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ดำรงศักดิ์ อบเหลือง และคณะ (2565) ที่พบว่า ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในช่วงเวลา 5 - 10 ปี และ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 1.94 เท่า และ 3.48 เท่า ตามลำดับ

ด้านค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 67.54 หมายความว่า โอกาสเสี่ยงต่อการทำงานของไตมีสูงตามมาด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์

เชาวนเกตุ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.74 kg/m^2 ซึ่งมีแนวโน้มไปทางอ้วนจะส่งผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอีกด้วย

ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ที่มีค่ามากกว่า 126 mg/dl พบสูงถึงร้อยละ 79.80 ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่มีค่ามากกว่า 7% พบมากถึงร้อยละ 58.57 เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังได้ในอนาคตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัฒน์ สีตื้อ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ที่สูงกว่าค่าที่กำหนด (>7%) มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังตามมาได้มากเช่นกัน

ด้านการกินยารักษาโรคเบาหวาน พบการกินยารักษาโรคเบาหวานและยาลดไขมันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาพร สุวานิช และคณะ (2565) ที่พบว่า ความชุกโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีผลมาจากการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนระดับไขมันคอเลสเตอรอล (LDL) ที่พบมากกว่า 130 mg/dl มีเพียงร้อยละ 15.86 ถึงแม้ว่าจะมีไม่มากนัก แต่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำงานของไตด้วยเช่นกัน

ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการตรวจหาค่าการทำงานของไตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate [GFR]) ต่ำกว่า 90 มล./นาที/1.73 m^2 นานกว่า 3 เดือน และกำลังเข้าสู่การเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3a ถึงระยะที่ 5 พบมากถึงร้อยละ 56.02 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัฒน์ สีตื้อ (2562) ที่พบว่า ร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบภาวะไตวายเรื้อรัง (eGFR <60ml/min/1.73 m^2) เป็น CKD stage 3a ร้อยละ 15.3, เป็น CKD stage 3b ร้อยละ 11.7, เป็น CKD stage 4 ร้อยละ 3.0 แต่แตกต่างจากศึกษาของ รัตนาพร สุวานิช และคณะ (2565) ที่พบว่า ความชุกโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีเพียงร้อยละ 7.46 เท่านั้น

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า อายุ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ยา Metformin (ยาลดเบาหวาน) และยา Statin (ยาลดไขมัน) มีความสัมพันธ์กับระดับการกรองของไต (GFR) หรือ ระยะการเป็นโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาพร สุวานิช และคณะ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี และการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัฒน์ สีตื้อ (2562) ที่กล่าวไว้ว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) การมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนการศึกษาของ ศันสนีย์ เชาวนเกตุ (2564) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ระดับ BUN Creatinine และ Albumin Urine

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ศึกษาสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 391 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี โดยร้อยละ 68.80 มีอายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 7.97 ปี โดยส่วนใหญ่

ป่วยระหว่าง 5–10 ปี (ร้อยละ 36.32) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.44 kg/m² ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 30.95)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 165.91 mg/dl โดยร้อยละ 79.80 มีค่าสูงกว่า 126 mg/dl ค่า HbA1c เฉลี่ย 7.9% และร้อยละ 58.57 มีค่าเกิน 7% ค่าคอเลสเตอรอล (LDL) เฉลี่ย 98.47 mg/dl โดยร้อยละ 84.14 มีค่าต่ำกว่า 130 mg/dl ความดันโลหิตตัวบน (Systolic) เฉลี่ย 135.10 mmHg และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.17) ควบคุมได้ต่ำกว่า 140 mmHg ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ Metformin (ร้อยละ 91.30) และ Statins (ร้อยละ 80.56)

ความชุกของโรคไตเรื้อรัง (CKD) ตามเกณฑ์ค่า GFR 60–89 ml/min/1.73 m² เท่ากับร้อยละ 56.01 ขณะที่ร้อยละ 43.99 มีการทำงานของไตปกติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน BMI ระดับ FBS HbA1c และการใช้ยา Metformin และ Statins โดยตัวแปรอื่นไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Practical Implications)

1) พัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเชิงรุก สถานบริการควรกำหนดแนวทางคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง โดยเน้นกลุ่มอายุ ≥60 ปี และผู้ที่มี HbA1c >7% เพื่อค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มต้น

2) จัดโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักแบบเข้มข้น พัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรม (dietary counseling + physical activity + self-monitoring) เพื่อลด BMI และควบคุม HbA1c ให้น้อยกว่า 7% ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ American Diabetes Association

3) ระบบติดตามผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มี GFR <90 ml/min/1.73 m² เพื่อเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง ลดการดำเนินโรคสู่ระยะรุนแรง

4) ทบทวนการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Medication Review Clinic) ประเมินการใช้ Metformin และ Statin ควบคู่กับการทำงานของไต เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิผล

8.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

1) กำหนดนโยบาย “DM-CKD Integrated Care Model” ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด บูรณาการการดูแลเบาหวานและโรคไตในระบบบริการปฐมภูมิ ลดการส่งต่อระยะท้าย

2) บรรจุ CKD Screening เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ (KPI) กำหนดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ GFR และ HbA1c ตามเกณฑ์ เป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ

3) สนับสนุนงบประมาณด้านการป้องกัน จัดสรรงบประมาณเพื่อการคัดกรองและปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายการฟอกไตในอนาคต

4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล เชื่อมโยงข้อมูลเบาหวานและโรคไตในระดับพื้นที่ เพื่อใช้วางแผนเชิงนโยบายและการบริหารทรัพยากรอย่างแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565, 25 มิถุนายน). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. กรมควบคุมโรค. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf

จิรวัฒน์ สีตื้อ. (2562). ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลแพร่, 27*(2), 1–15.

ดำรงศักดิ์ อบเหลือง, อัครเดช ตะพัง, และ นรินทร์ ลาพินี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(2), 60–72.

ทรงกรฎ ศฤงคาร, ตฤณ ทิพย์สุทธิ์, และ กัลยา มั่นล้วน. (2567). การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการจัดการตนเองและครอบครัว. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 19*(1), 80–96.

บดินทร์ จักรแก้ว. (2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 18*(1), 16–30.

พนิดา รัตนศรี. (2565). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(2), 209–224.

รัตนาพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์, และ เจษฎา สุราวรรณ์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(2), 163–176.

ศันสนีย์ เชาวนเกตุ. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6*(3), 76–84.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต.* สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2560.* ศรีเมืองการพิมพ์.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565, 10 พฤศจิกายน). *โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD).* https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/11/โรคไตเรื้อรัง.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2564.* กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564, 15 ตุลาคม). *เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง-ผู้ป่วยล้างไต จ.สระบุรี ให้การดูแลต่อเนื่องแม้ในภาวะอุทกภัย.* https://www.nhso.go.th/th/communicateth/thnewsforperson/News_3327

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565, 12 กรกฎาคม). *การเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตช่วยชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย.* https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Access-to-renal-replacement-therapy-saves-lives-and-reduces-financial-burden-for-patients/453/EN-US

อมรรัตน์ สุวรรณลาภ, และ สาโรจน์ นาคจู. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขันแตก อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม. *PTU Journal of Science and Technology, 4*(1), 469–482.

อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, และ งามจิต คงทน. (2560). ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31*(1), 73–82.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Carney, E. F. (2020). The impact of chronic kidney disease on global health. *Nature Reviews Nephrology, 16*(5), 251. https://doi.org/10.1038/s41581-020-0268-7

Curtin, R. B., Mapes, D. L., Schatell, D., & Hudson, S. B. (2005). Self-management in patients with end-stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal, 32*(4), 389–398.

De Nicola, L., & Zoccali, C. (2016). Chronic kidney disease prevalence in the general population: Heterogeneity and concerns. *Nephrology Dialysis Transplantation, 31*(3), 331–335. https://doi.org/10.1093/ndt/gfv42

He, Y., Li, Y., Wang, D., Zhang, L., & Wang, F. (2016). Obesity increases the risk of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Kidney International, 89*(1), 87–99. https://doi.org/10.1016/j.kint.2015.07.012

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases, 39*(2 Suppl 1), S1–S266. https://doi.org/10.1053/ajkd.2002.30939

Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(2), 136–144. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x

Streng, K. W., Voors, A. A., Hillege, H. L., & Bakker, S. J. L. (2017). Waist circumference and risk of chronic kidney disease: A population-based cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation, 32*(5), 859–865. https://doi.org/10.1093/ndt/gfw421

World Health Organization. (2024, November 14). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

The Development of an Herbal Medicine Service System through Telemedicine at Nong Don Hospital, Saraburi Province.

ณัฐดนัย จาดจุ้ย[*1] **ศิริขวัญ กางกรณ์**[2]
Natdanai Jadjui[*1] Sirikhwan Kangkorn[2]
โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี[1,2]
Nong Don Hospital, Saraburi Province[1,2]
Email: natdanai_jadjui@hotmail.com

Received 5 March 2026
Revised 21 April 2026
Accepted 22 April 2026

บทคัดย่อ

เทเลเฮลธ์เป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้บริการสุขภาพ โดยมีโทรเวชกรรมเป็นรูปแบบหลัก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดเวลา ค่าใช้จ่าย และความแออัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเปราะบาง ภายใต้นโยบายสนับสนุนของภาครัฐ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาของระบบบริการยาสมุนไพร 2) พัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยโทรเวชกรรม และ 3) ประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบผสมผสานวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการ การสอบถามความพึงพอใจจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 47 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตีความและวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการปัจจุบันยังเป็นแบบผู้ป่วยนอก มีขั้นตอนซับซ้อน เกิดความแออัด และมีข้อจำกัดด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ รูปแบบที่พัฒนาเป็นระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรม โดยใช้ LINE OA เป็นช่องทางหลัก บูรณาการการลงทะเบียน การปรึกษาแพทย์ และจัดส่งยา หลังจากใช้รูปแบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรมช่วยเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.60 จำนวนผู้รับบริการรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.61 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.63 - 4.90) โดยเฉพาะด้านความสะดวก การบริการของเจ้าหน้าที่ และการลดภาระค่าใช้จ่ายและเวลา โดยสรุป ระบบโทรเวชกรรมช่วยเพิ่มการเข้าถึง ลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง และยกระดับประสิทธิภาพบริการยาสมุนไพรได้อย่างชัดเจน เหมาะสมต่อการขยายผลในระบบสุขภาพยุคดิจิทัล

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, โทรเวชกรรม, ยาสมุนไพร, บริการสุขภาพดิจิทัล

Abstract

Telehealth leverages digital technology to provide healthcare services, with telemedicine serving as its primary model to enhance service accessibility while reducing travel time, costs, and hospital congestion, particularly for chronic patients and vulnerable groups under government support policies. This research and development study, utilizing an

integrated mixed-methods approach of quantitative and qualitative research, aimed to (1) investigate existing problems in herbal medicine service systems, (2) develop a telemedicine-based herbal medicine service system, and (3) evaluate the effectiveness of the developed system. Data were gathered through in-depth interviews, workshops, service record logs, and satisfaction surveys from 47 purposively selected key informants. Qualitative data were analyzed using content analysis and interpretation, while quantitative data were analyzed via descriptive statistics. The findings revealed that the existing outpatient system was characterized by complex procedures, overcrowding, and significant travel barriers that hindered service access. The developed model transformed these services into a telemedicine herbal medicine system utilizing LINE OA as the primary communication channel, integrating registration, medical consultation, and medication delivery. After implementation, the model demonstrated substantial success, increasing the value of herbal medicine usage by 36.60% and growing the number of new service users by 22.61%. Service users reported high satisfaction levels (mean scores of 4.63–4.90), particularly praising the increased convenience, staff performance, and the reduction of financial and time burdens. In conclusion, this telemedicine system significantly enhances accessibility, eliminates geographical limitations, and clearly elevates the efficiency of herbal medicine services. It serves as a highly suitable model for further expansion within the modern digital health system to ensure equitable healthcare delivery for all patient populations across diverse geographical locations.

Keywords: Development of service systems, Telemedicine, Herbal Medicine, Digital Health Services

1. บทนำ

บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือเทเลเฮลธ์ (Telehealth) หมายถึง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การวินิจฉัย การรักษา การติดตามอาการ และการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ (ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล, 2563) แนวคิดดังกล่าวครอบคลุมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างหลากหลาย และถือเป็นกรอบแนวคิดหลักที่ต่อยอดไปสู่ระบบย่อยต่าง ๆ โดยเฉพาะ “โทรเวชกรรม” (Telemedicine) ซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โทรเวชกรรมสามารถจำแนกได้ 3 ประเภทตามลักษณะการรับ – ส่งข้อมูล ได้แก่ 1) การรับและส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ 2) การติดตามอาการผู้ป่วยระยะไกล (Follow-Up) และ 3) การสื่อสารแบบทันทีทันใด (Real-Time) ผ่านระบบประชุมทางไกลด้วยวิดีโอ (Video Conference) ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย วิธีการดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดความจำเป็นในการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายโดยรวม ลดระยะเวลารอคอย และยกระดับความแม่นยำในการดูแลรักษา (ธีรภัทร อดุลยธรรม, 2563)

ในต่างประเทศ เทเลเฮลธ์ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ทศวรรษ 1960 โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ยุคที่ระบบโทรเวชกรรมมีบทบาทสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั้งด้านการรักษาผู้ป่วยระยะไกลและการส่งเสริมสุขภาพ จนเกิดการใช้คำว่า “เทเลเฮลธ์” อย่างแพร่หลาย รูปแบบบริการ

ในระยะหลังอาศัยเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงและระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้สามารถให้บริการได้ใกล้เคียงกับการพบแพทย์แบบเผชิญหน้า (ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล, 2563)

สำหรับประเทศไทย การใช้เทเลเฮลธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยถูกนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยล่วงหน้า ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทสำคัญต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่อง แพทย์สามารถให้คำปรึกษาผ่านระบบวิดีโอร่วมกับเทคโนโลยีติดตามอาการ (Telemonitoring) เพื่อลดการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา ทั้งนี้ ผลการศึกษาของ McKinsey & Company (2020) พบว่า อัตราการใช้บริการเทเลเฮลธ์ในสหรัฐอเมริกาเพิ่มจากร้อยละ 11 เป็นระดับสูงอย่างก้าวกระโดดในช่วงการระบาด โดยร้อยละ 76 ของผู้ตอบแบบสำรวจมีแนวโน้มจะใช้บริการต่อเนื่องในอนาคต และร้อยละ 74 มีความพึงพอใจในระดับสูง สะท้อนศักยภาพของระบบดังกล่าวในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัลอย่างชัดเจน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2566 - 2568 โดยมุ่งผลักดันให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล และกำหนดตัวชี้วัดระดับจังหวัด เขต และประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเหลื่อมล้ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) งานวิจัยของ วริศรา สูงสุมาลย์ (2567) ซึ่งพัฒนาระบบ Telemedicine ในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า สามารถลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดระยะเวลารอคอยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ในด้านการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และยกระดับมาตรฐานการผลิตตามหลัก WHO GMP อย่างไรก็ตาม รายงานสถานการณ์ปี 2563 พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรลดลงร้อยละ 20.43 อันเป็นผลจากการระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้จำนวนผู้มารับบริการลดลง (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563) สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการในช่วงวิกฤต

โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ที่มีโรงผลิตยาสมุนไพรได้มาตรฐาน WHO GMP และมีผู้รับบริการตรวจรับยาสมุนไพรเฉลี่ย 40 - 60 รายต่อวัน ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งมาจากต่างอำเภอและต่างจังหวัด ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความเสี่ยง และความแออัดในการรับบริการ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ และตอบโจทย์ปัญหาเชิงพื้นที่ ช่วยเพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย ลดความเสี่ยงจากการเดินทาง ลดความแออัด และอาจเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มใหม่ ตลอดจนเพิ่มศักยภาพรายได้ของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงพัฒนางานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อสร้างรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนและสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศต่อไป

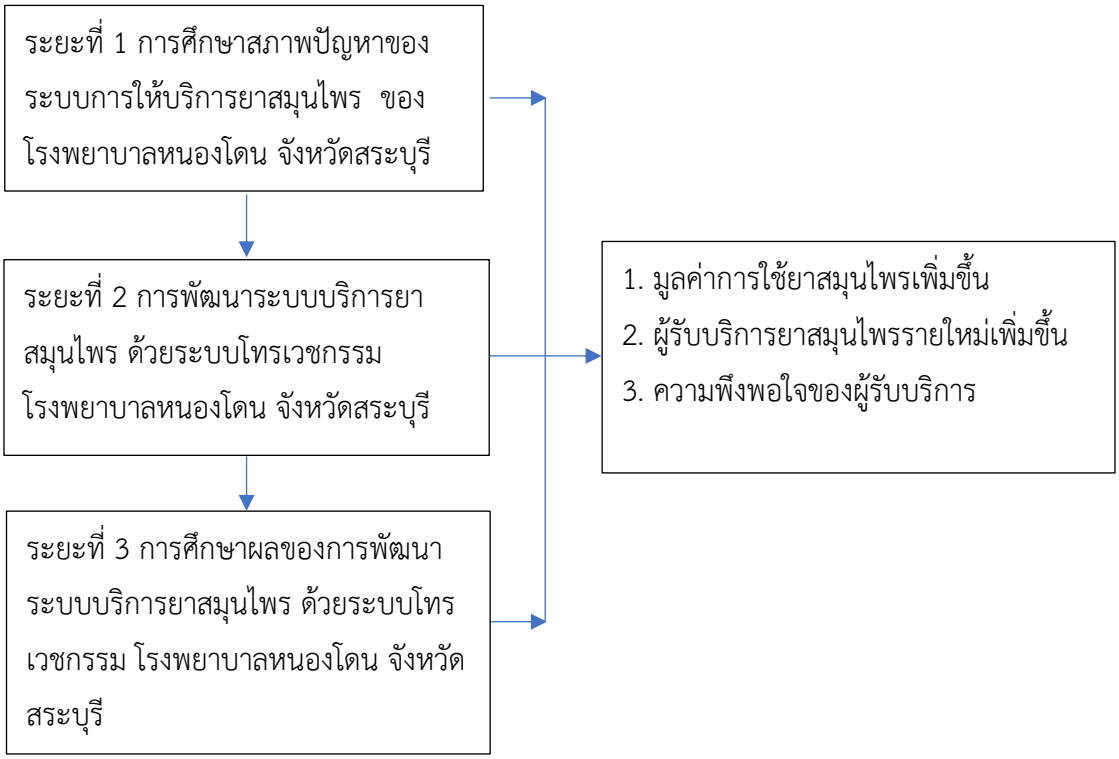
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบการให้บริการยาสมุนไพรของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพร ด้วยระบบโทรเวชกรรม โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพร ด้วยระบบโทรเวชกรรม โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับโทรเวชกรรม

โทรเวชกรรม (Telemedicine) เป็นคำที่บัญญัติขึ้นในทศวรรษ 1970 โดยมีรากศัพท์จากคำว่า “Tele” (ระยะทาง) และ “Medicine” (การรักษา) หมายถึง การรักษาทางไกล ทั้งนี้มีคำจำกัดความหลากหลายถึง 104 นิยามจากการทบทวนแบบผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้องค์การอนามัยโลกให้นิยามแบบกว้างว่าเป็นการส่งมอบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านระยะทาง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการวินิจฉัย รักษา ป้องกันโรค วิจัย และการศึกษาต่อเนื่อง โดยคำว่า Telemedicine และ Telehealth อาจใช้แทนกันได้ แม้ Telemedicine จะเน้นแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ส่วน Telehealth ครอบคลุมบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นด้วย (World health Organization [WHO], 2009)

ประวัติของโทรเวชกรรมเริ่มตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 และพัฒนาเด่นชัดในทศวรรษ 1960 จากแรงขับของภาคการทหารและเทคโนโลยีอวกาศ ต่อมาขยายตัวมากขึ้นจากความก้าวหน้าด้านดิจิทัล อินเทอร์เน็ต และมัลติมีเดีย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2009)

ประเทศไทยเริ่มใช้โทรเวชกรรมในปี พ.ศ. 2516 จากโครงการ “แพทย์ทางวิทยุ” ของหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และพัฒนาเป็นโครงการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียมของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2537 ก่อนขยายบริการทั่วประเทศ (ชญานิศวร์ กุลรัตนมณีพร และคณะ, 2553)

รูปแบบการใช้งานแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ แบบไม่พร้อมสัมพันธ์ (Store-and-Forward/Asynchronous) และแบบพร้อมสัมพันธ์ (Real Time/Synchronous) ครอบคลุมการใช้งานหลากหลาย เช่น Telepathology และ Teleradiology รวมถึงการติดตามข้อมูลชีวภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งช่วยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ทรัพยากรจำกัด (WHO, 2009)

4.2 ยาสมุนไพร

ตามนิยามของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2555) สมุนไพร หมายถึง ผลิตผลธรรมชาติจากพืช สัตว์ จุลชีพ หรือแร่ ที่นำมาผสม ปรุง หรือแปรสภาพเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร กำหนดให้ “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ครอบคลุม 1) ยาจากสมุนไพร เช่น ยาแผนไทย ยาแผนจีน และยาพัฒนาจากสมุนไพรเพื่อการบำบัด รักษา ป้องกันโรค 2) ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่มีส่วนประกอบจากสมุนไพร 3) วัตถุที่ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิต และ 4) วัตถุอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ทั้งนี้ไม่รวมสารบริสุทธิ์ที่ทราบโครงสร้างชัดเจน และอาหารในรูปแบบปกติ

ยาสมุนไพรแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) ยาตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เช่น ยาแผนไทยและยาแผนจีน ซึ่งมีข้อมูลความปลอดภัยและสรรพคุณเพียงพอ และ 2) ยาพัฒนาจากสมุนไพร ซึ่งต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ โดยอาจเป็นสูตรพัฒนาการผลิต ยาที่ใช้แพร่หลาย ยาที่วิจัยพัฒนา หรือสมุนไพรใหม่

ด้านการจัดการความเสี่ยง แบ่งผลิตภัณฑ์เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง เช่น ใช้รักษาโรคร้ายแรง ต้องควบคุมพิเศษ หรือมีโอกาสเกิดอันตรายสูง และกลุ่มไม่ใช่ความเสี่ยงสูง ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพหรือรักษาอาการไม่ร้ายแรง

รายงาน “WHO Traditional Medicine Strategy 2014 - 2023” ของ World Health Organization เน้น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การบูรณาการการแพทย์แผนโบราณในระบบสุขภาพ 2) การวิจัยด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพ 3) การพัฒนากรอบกำกับดูแล 4) การผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และ 5) การส่งเสริมการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อให้การใช้สมุนไพรมีความปลอดภัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

4.3 แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจ นักวิชาการหลายท่านอธิบายสอดคล้องกันว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงบวกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการปฏิบัติงาน อันเกิดจากการประเมินเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังกับผลที่ได้รับ (มารศรี นุชแสงพลี, 2542; อุทัยพรรณ สุดใจ, 2545) และสะท้อนผ่านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่น และความรับผิดชอบในการทำงาน (เรียม ศรีทอง, 2542; วิชัย แหวนเพชร, 2549) ความพึงพอใจยังเชื่อมโยงกับการได้รับการตอบสนองทั้งด้านวัตถุและจิตใจ (พิณ ทองพูน, 2549; สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์, 2540) โดยสรุปความพึงพอใจคือสภาวะความรู้สึกเชิงบวกที่ส่งผลต่อแรงจูงใจ ประสิทธิภาพ และความสำเร็จของงาน

ความสำคัญของความพึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของงาน โดยเฉพาะงานบริการ (สาโรช ไชยสมบัติ, 2543) ช่วยเสริมแรงจูงใจ ความทุ่มเท และความพยายามในการทำงาน (มัลลิกา ต้นสอน, 2544) อีกทั้งสัมพันธ์กับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และการบรรลุเป้าหมายองค์การ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2547) รวมถึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความสามัคคี และความรับผิดชอบ

ของบุคลากร (สมบูรณ์ พรรณนาภพ, 2540; พรรณี ช.เจนจิต, 2542) แนวคิดของ Porter (1981) ชี้ว่า บุคคลจะพึงพอใจเมื่อประเมินว่างานให้ผลตอบแทนที่มีคุณค่า

องค์ประกอบของความพึงพอใจ องค์ประกอบแบ่งได้เป็นด้านงานและสภาพแวดล้อม (Ghiselli & Brown, 1992) เช่น ลักษณะงาน ความสำเร็จ ความก้าวหน้า และความสัมพันธ์ในงาน Locke (1976) เสนอ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ ตัวงาน เงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การยอมรับ ผลประโยชน์ สภาพงาน การนิเทศ เพื่อนร่วมงาน และการบริหาร Gilmer (1971) และ Cooper (1985) เน้นความมั่นคง โอกาสก้าวหน้า ค่าตอบแทน สภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ปัจจัยสำคัญประกอบด้วยสิ่งจูงใจทางการเงินและไม่ใช่การเงิน (สมพงษ์ เกษมสิน, 2546) ตลอดจนความต้องการภายนอกและภายใน เช่น รายได้ ความมั่นคง การยอมรับ และโอกาสก้าวหน้า (Zaleznick et al., 1990) โดยรวม ความพึงพอใจเกิดจากการผสมผสานของปัจจัยส่วนบุคคล งาน และสภาพแวดล้อมองค์กร ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของหน่วยงาน

4.4 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลหาดใหญ่ นำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในคลินิกเวชกรรมสังคมสามารถลดจำนวนครั้งการเข้ารับบริการลงได้ร้อยละ 9.96 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน อีกทั้งยังลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลง 5 นาทีต่อราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ปัจจัยสำคัญมาจากการโทรติดตามผู้ป่วยล่วงหน้าและการคัดกรองก่อนพบแพทย์ ซึ่งช่วยลดความแออัดและเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการบริการ (วศิน คัมภีระ, 2566)

ในด้านการพยาบาลทางไกล วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไฝ (2566) ศึกษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้ระบบ DMS Telemedicine พบว่า การให้บริการผ่านระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระการเดินทาง และเพิ่มประสิทธิผลการรักษา โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19

ด้านการยอมรับเทคโนโลยี อรพรรณ คงมาลัย และวสันต์ ใจวงศ์ (2560) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับระบบโทรเวชกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ความง่ายในการใช้งาน และความพร้อมด้านเครื่องมือ บุคลากร และเทคโนโลยี

ขณะที่ ภูวนาท เช้าวรรณโณ และคณะ (2565) รายงานว่า ผู้ป่วยตัดสินใจใช้โทรเวชกรรม เนื่องจากไม่ต้องเดินทาง (ร้อยละ 40) และลดความเสี่ยงจาก COVID-19 (ร้อยละ 30) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา คล่องขยัน (2566) ที่โรงพยาบาลพรเจริญ ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง (Mean=3.98)

นอกจากนี้ วริศรา สูงสุมาลย์ (2567) ที่โรงพยาบาลศรีวิไล รายงานว่า หลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 90.9 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 56.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านจิตเวชที่โรงพยาบาลพรเจริญ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการยอมรับและความพึงพอใจในระดับสูง

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยศึกษาแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า (Retrospective and Prospective) และใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Research) วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาของระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งศึกษาประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการย้อนหลัง 3 ปี รายการยาสมุนไพรที่มีการใช้มากที่สุด ภูมิลำเนาของผู้รับบริการ รูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน ความสะดวก และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ตลอดจนวิธีการขอรับบริการของผู้ป่วย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง จำนวน 10 คน แบ่งเป็นผู้ให้บริการ 5 คน และผู้รับบริการ 5 คน เก็บข้อมูลด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์ ใช้เวลา 30 - 60 นาทีต่อราย และแบบบันทึกผลการให้บริการที่ผ่านมา ภายใต้การยินยอมและการรักษาความลับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นการออกแบบและพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรม ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การออกแบบระบบและการทดลองใช้ โดยพัฒนาช่องทางออนไลน์และระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 7 คน เพื่อปรับปรุงรูปแบบและกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการประชุม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลของการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลของระบบโทรเวชกรรม โดยศึกษา มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ และความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่านระบบโทรเวชกรรม จำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกผลการให้บริการและแบบสอบถามความพึงพอใจแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (IOC = 1.00) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โครงการวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร โดยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท เลขที่โครงการวิจัย IRB No.005/2568 วันที่รับรอง วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

6. ผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาของระบบบริการยาสมุนไพร โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า

6.1 แนวโน้มจำนวนผู้รับบริการย้อนหลัง 3 ปี

งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองโดน ให้บริการตรวจวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร โดยยาที่ใช้ผลิตจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของโรงพยาบาลหนองโดน ซึ่งได้รับมาตรฐานการผลิตยา (Good Manufacturing Practice – GMP) ที่กำหนด รูปแบบการรักษาครอบคลุมทั้งการรักษาแบบผสมผสานระหว่างหัตถการนวดแผนไทยร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร และการรักษาด้วยยาสมุนไพรตามข้อบ่งใช้ทางคลินิก ทั้งนี้การสั่งใช้ยาคำนึงถึงหลักความเหมาะสมและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 10,401 คน ในปี 2565 เพิ่มเป็น 12,210 คน ในปี 2566 และเพิ่มเป็น 14,415 คน ในปี 2567 คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นสะสมร้อยละ 38.59 ในช่วง 3 ปี แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการ

ใช้บริการยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และบ่งชี้ถึงระดับความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการแพทย์แผนไทยในฐานะทางเลือกด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ

6.2 รายการยาสมุนไพรที่มีการใช้สูงสุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565 - 2567) พบว่า กลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจมีการใช้ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาอมประสะมะแว้ง และยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ขณะที่ฟ้าทะลายโจรซึ่งมีการใช้สูงสุดในปี 2565 มีแนวโน้มลดลงในปีถัดมา สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของบริบทสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา ในขณะเดียวกันยาสมุนไพรกลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะขามแขก และขมิ้นชัน ปรากฏอยู่ในกลุ่ม 5 อันดับแรกอย่างสม่ำเสมอทุกปี แสดงถึงความต้องการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติระดับชุมชน แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนพลวัตของความต้องการใช้ยาสมุนไพรที่สัมพันธ์กับสถานการณ์โรคและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

6.3 ภูมิลำเนาของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิลำเนาของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดสระบุรีและอำเภอใกล้เคียง ซึ่งสะท้อนบทบาทของโรงพยาบาลหนองโดนในฐานะหน่วยบริการหลักระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม พบผู้รับบริการจากจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง ตลอดจนจังหวัดอื่น ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร และสมุทรสงคราม แม้มีจำนวนไม่มาก แต่สะท้อนการขยายขอบเขตการให้บริการในระดับภูมิภาค ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นศักยภาพของโรงพยาบาลหนองโดนในการเป็นศูนย์กลางบริการยาสมุนไพรระดับอนุภูมิภาค และบ่งชี้ถึงความเชื่อมั่นของผู้รับบริการจากพื้นที่ห่างไกลได้เป็นอย่างดี

6.4 รูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน

ระบบบริการยาสมุนไพรยังไม่มีการนำระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรมมาใช้ ดำเนินการตามกระบวนการผู้ป่วยนอก (Outpatient Service) ทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลายลำดับ ได้แก่ การลงทะเบียน การตรวจวัดสัญญาณชีพ การซักประวัติและวินิจฉัยโดยแพทย์แผนไทย การชำระเงินหรือปิดสิทธิ์การรักษา และการรับยา

แม้เป็นไปตามมาตรฐานสถานพยาบาล แต่การวิเคราะห์เชิงระบบพบว่า กระบวนการดังกล่าวมีความซับซ้อนและต้องเคลื่อนย้ายระหว่างหลายจุดบริการ ส่งผลให้เกิดภาระด้านเวลาและความไม่สะดวก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น จุดปิดสิทธิ์และอุปกรณ์ชำระเงินที่มีจำนวนจำกัด ก่อให้เกิดความแออัดในบางช่วงเวลา

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดเชิงกระบวนการที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

6.5 ความสะดวกและต้นทุนการเดินทาง

โรงพยาบาลตั้งอยู่ห่างจากศูนย์กลางการคมนาคมหลักของจังหวัด ประมาณ 40 กิโลเมตร ส่งผลให้ผู้รับบริการจากพื้นที่อื่นต้องใช้เวลาและวางแผนการเดินทางล่วงหน้า การเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องและความสะดวก ทำให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่เลือกใช้รถยนต์ส่วนบุคคลเดินทางมารับบริการ

การคำนวณต้นทุนการเดินทางโดยใช้อัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร พบว่า ผู้รับบริการจากต่างจังหวัดต้องแบกรับค่าใช้จ่ายตั้งแต่หลักร้อยถึงหลักพันบาทต่อครั้ง ต้นทุนดังกล่าวถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจโดยตรงและอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ

ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเชิงกายภาพ (Physical Accessibility) และต้นทุนทางเศรษฐกิจนี้ เป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงประจักษ์ต่อความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการรูปแบบใหม่ที่ลดข้อจำกัดด้านระยะทาง

6.6 กระบวนการขอรับบริการ

ผู้รับบริการรายใหม่ต้องดำเนินการจัดทำประวัติ ณ งานเวชระเบียนก่อนเข้าพบแพทย์แผนไทย ขณะที่การรับยาครั้งต่อไปสามารถมอบหมายบุคคลอื่นมารับแทนได้ โดยต้องแสดงเอกสารยืนยันตัวตนและแจ้งข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น แม้กระบวนการดังกล่าวช่วยรักษามาตรฐานความปลอดภัย แต่ยังคงเป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยการเดินทางมายังสถานพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 1 สะท้อนให้เห็นถึง 1) ความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาตามบริบทสุขภาพ 3) ข้อจำกัดด้านกระบวนการให้บริการ และ 4) อุปสรรคด้านการเข้าถึงเชิงพื้นที่และต้นทุนการเดินทาง ซึ่งล้วนเป็นเหตุผลเชิงระบบที่สนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมในระยะถัดไป

การวิจัยระยะที่ 2 ผลการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม

การวิจัยระยะนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งออกแบบและทดสอบรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้รับบริการ การดำเนินงานในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการ และการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

ในขั้นตอนแรก การพัฒนารูปแบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมแพทย์แผนไทย และผู้รับบริการยาสมุนไพรจากแผนกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลหนองโดน เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมระดมความคิดเห็น กระบวนการดังกล่าวใช้แนวทางการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยกระบวนการ (Facilitator) เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริง ทั้งด้านข้อจำกัดในการให้บริการ และความต้องการของผู้รับบริการ นำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่สามารถลดปัญหาการเดินทาง ระยะเวลารอคอย และขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน

ผลจากกระบวนการพัฒนาระบบ ทำให้ได้รูปแบบบริการที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) รูปแบบช่องทางการรับบริการ 2) รูปแบบการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ และ 3) รูปแบบการให้บริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม

สำหรับรูปแบบช่องทางการรับบริการ ได้กำหนดให้ใช้แอปพลิเคชัน LINE ในรูปแบบ LINE Official Account (LINE OA) เป็นช่องทางหลัก เนื่องจากเป็นแพลตฟอร์มที่ประชาชนมีความคุ้นเคย ใช้งานง่าย และไม่ต้องดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเพิ่มเติม ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีทักษะดิจิทัลจำกัด

ในด้านการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์และออนไซต์ควบคู่กัน โดยใช้ Facebook Page ของโรงพยาบาลหนองโดนเป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบริการ ขณะเดียวกันได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง

ส่วนรูปแบบการให้บริการผ่านระบบโทรเวชกรรม ได้ออกแบบกระบวนการให้บริการอย่างเป็นลำดับขั้น เริ่มตั้งแต่การเพิ่มเพื่อนผ่าน LINE OA การลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ การจัดทำเวชระเบียนและออกเลข HN การยืนยันตัวตนและตรวจสอบสิทธิการรักษา การประเมินอาการเบื้องต้นโดยแพทย์แผนไทย การชำระค่าบริการ (กรณีมีค่าใช้จ่าย) และการจัดส่งยาสมุนไพรถึงบ้านผ่านระบบไปรษณีย์ไทย และ Health Rider

พร้อมแจ้งหมายเลขติดตามพัสดุ ทั้งนี้ได้จัดทำสื่อแนะนำขั้นตอนการใช้บริการในรูปแบบการ์ดเมสเสจ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจขั้นตอนอย่างชัดเจน

ในขั้นตอนที่สอง เป็นการนำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ โดยทดลองกับแพทย์แผนไทย จำนวน 2 ราย และผู้รับบริการจำนวน 5 ราย ผ่านช่องทาง LINE Official Account ผลการทดลองใช้พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถใช้งานระบบได้สะดวก เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับแอปพลิเคชัน LINE อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ความสับสนในขั้นตอนหลังการเพิ่มเพื่อน การให้ข้อมูลสุขภาพไม่ครบถ้วน และความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการชำระเงินออนไลน์ ซึ่งส่งผลให้ต้องใช้เวลาในการสื่อสารเพิ่มเติม

ในด้านการจัดส่งยา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วและคุณภาพของบรรจุภัณฑ์โดยภาพรวม การทดลองใช้ระบบสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบบริการในการเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการยาสมุนไพร ขณะเดียวกันยังชี้ให้เห็นประเด็นที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบก่อนขยายผลสู่การใช้ในวงกว้างต่อไป

การวิจัยระยะที่ 3 ผลของการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

ภายหลังการพัฒนารูปแบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรีเสร็จสิ้น และผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องแล้ว ได้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงระบบบริการและผลลัพธ์ด้านการใช้ยาสมุนไพร ทั้งในมิติด้านปริมาณมูลค่าการใช้ยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการพัฒนามีดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาสมุนไพรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 - 2568 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นเป็น 9,641,770 บาท จาก 7,058,024 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้น 2,583,746 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.60 แสดงให้เห็นแนวโน้มการขยายตัวของการใช้บริการอย่างชัดเจน ภายหลังการเพิ่มช่องทางบริการผ่านระบบโทรเวชกรรม

เมื่อพิจารณาเฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นช่วง 6 เดือนแรกของการดำเนินงานผ่านระบบโทรเวชกรรม พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรผ่านระบบดังกล่าวคิดเป็น 1,228,505 บาท หรือร้อยละ 12.74 ของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทั้งหมดในปีงบประมาณเดียวกัน สัดส่วนดังกล่าวสะท้อนถึงการยอมรับของประชาชนต่อรูปแบบบริการทางไกล แม้เป็นช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในช่วงเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และ 2568 พบว่า มูลค่าเพิ่มขึ้น 1,296,919 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.08 และมูลค่าในช่วงเวลาเพียง 6 เดือนของปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 73.76 ของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทั้งปี พ.ศ. 2567 สะท้อนถึงผลเชิงบวกของการนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการขยายการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผลลัพธ์ด้านจำนวนผู้รับบริการรายใหม่

ในด้านจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ (New Visit) พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้รับบริการรายใหม่จำนวน 1,068 คน เพิ่มขึ้นจาก 871 คนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 197 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.61 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของระบบบริการในรูปแบบใหม่ในการดึงดูดผู้รับบริการกลุ่มใหม่เข้าสู่ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะช่วงเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม พบว่า จำนวนผู้รับบริการรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 561 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็น 589 คนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพิ่มขึ้น 28 คน หรือร้อยละ 4.99 แม้อัตราการเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันจะไม่สูงมากนัก แต่เมื่อพิจารณาว่าช่วงเวลา 6 เดือน ดังกล่าวสามารถสร้างจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ได้ถึงร้อยละ 68.65 ของจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ทั้งปี พ.ศ. 2567 ย่อมสะท้อนถึงแนวโน้มการขยายฐานผู้รับบริการอย่างมีทิศทางเชิงบวก

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการรูปแบบใหม่

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจำนวน 30 ราย พบว่า ด้านการเข้าถึงและความสะดวกในการใช้บริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยความสะดวกในการติดต่อบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.80, SD = 0.41) ด้านพฤติกรรมและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยความสุภาพและเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.90, SD = 0.30) ด้านความปลอดภัยและคุณภาพยา มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยความสะอาดและความปลอดภัยในการจัดส่งยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.80, SD = 0.41) ด้านผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยการลดความยุ่งยากในการรับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.90, SD = 0.30) และด้านความพึงพอใจโดยรวมและคุณภาพผลิตภัณฑ์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการมีค่าเฉลี่ยสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.87, SD = 0.34) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการยาสมุนไพรผ่านโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี จำแนกเป็นรายด้าน (n=30)

ด้าน/รายการประเมิน	ร้อยละ (%)	Mean ± SD	การแปลผล
ด้านการเข้าถึงและความสะดวกในการใช้บริการ			
1. ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ	83.3	4.80 ± 0.41	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการเข้าถึงยา	76.7	4.73 ± 0.45	มาก
3. ความพึงพอใจต่อระยะเวลาในการได้รับยา	70.0	4.63 ± 0.49	มาก
ด้านพฤติกรรมและคุณภาพของเจ้าหน้าที่			
4. ความรวดเร็วในการตอบกลับของเจ้าหน้าที่	80.0	4.77 ± 0.42	มากที่สุด
5. ความสุภาพและเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่	90.0	4.90 ± 0.30	มากที่สุด
6. ความชัดเจนของข้อมูลและคำแนะนำ	86.7	4.87 ± 0.34	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัยและคุณภาพยา			
7. ความครบถ้วนของยาที่ได้รับ	73.3	4.67 ± 0.47	มาก
8. ความสะอาดและความปลอดภัยของการจัดส่งยา	83.3	4.80 ± 0.41	มากที่สุด
ด้านผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการ			
9. การลดค่าใช้จ่ายและความสะดวก	86.7	4.83 ± 0.37	มากที่สุด
10. การลดความยุ่งยากในการรับบริการ	90.0	4.90 ± 0.30	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจโดยรวมและคุณภาพผลิตภัณฑ์			
11. ความพึงพอใจต่อสมุนไพรที่ได้รับ	80.0	4.77 ± 0.42	มากที่สุด

ด้าน/รายการประเมิน	ร้อยละ (%)	Mean ± SD	การแปลผล
12. ความพึงพอใจโดยรวมต่อบริการ	86.7	4.87 ± 0.34	มากที่สุด

4. การวิเคราะห์เชิงแนวโน้มและประสิทธิภาพของระบบ

โดยภาพรวมของผลการวิจัยและพัฒนาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมมีส่วนสำคัญในการเพิ่มมูลค่าการใช้ยา ขยายจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ และสร้างความพึงพอใจในระดับสูงแก่ผู้รับบริการ ระบบดังกล่าวช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน พร้อมทั้งสนับสนุนการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์แผนไทย

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ปรากฏทั้งในด้านปริมาณ มูลค่า และความพึงพอใจ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและศักยภาพของระบบบริการรูปแบบใหม่นี้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมดิจิทัล และเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการขยายผลในระดับที่กว้างขึ้นต่อไป

7. อภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของโรงพยาบาลหนองโดน พบประเด็นสำคัญที่แสดงถึงการยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพดิจิทัล ดังนี้

7.1 ประสิทธิภาพเชิงประจักษ์และการยอมรับในระบบสุขภาพดิจิทัล (Empirical Efficacy and Adoption)

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 และ 3 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อ “การลดค่าใช้จ่ายและความสะดวก” ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.83) ข้อมูลนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า Telemedicine สามารถทำลายกำแพงด้านระยะทาง (Geographical barriers) และภาระทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยได้จริง สอดคล้องการศึกษาของ ธีรภัทร อดุลยธรรม (2563) ที่ระบุว่า การเข้าถึงบริการคือหัวใจของการแพทย์ทางไกล ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา คล่องขยัน (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Continuity of Care) และส่งผลบวกโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)

7.2 มิติด้านคุณภาพบริการและปฏิสัมพันธ์ในระบบเสมือน (Service Quality and Virtual Interaction)

ประเด็นที่เป็น “องค์ความรู้ใหม่” จากผลการวิจัยในส่วนปัจจัยความสำเร็จ (Success Factors) คือความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญสูงสุดกับ “ความสุภาพและเอาใจใส่ของบุคลากร” (ค่าเฉลี่ย = 4.90) และ “ความชัดเจนของข้อมูล” (ค่าเฉลี่ย = 4.87) สิ่งนี้สะท้อนว่า แม้กระบวนการจะถูกเปลี่ยนผ่านไปสู่รูปแบบดิจิทัล (Digitalization) แต่ “ทุนทางความสัมพันธ์” (Relational Capital) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยยังคงเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญที่สุด ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความพึงพอใจของ Locke (1976) ที่ว่าการตอบสนองความต้องการเชิงจิตสังคม (Psychosocial Needs) เป็นส่วนประกอบหลักของความพึงพอใจในบริการสุขภาพ

7.3 การบริหารจัดการระบบหลังบ้านในฐานะตัวกำหนดประสิทธิภาพ (Back-office Management as a Critical Determinant)

ข้อค้นพบสำคัญเชิงระบบ (Systemic Insight) ที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในระยะที่ 1 และการประเมินผลในระยะที่ 3 คือ “การบริหารจัดการระบบหลังบ้าน (Back-office Management)”

ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความสะอาดและความปลอดภัยของการจัดส่งยา (ค่าเฉลี่ย = 4.80) ความท้าทายที่พบในเรื่องความล่าช้าหรือรายการยาไม่ครบถ้วน สอดรับกับบทวิเคราะห์ของ McKinsey & Company (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบ Telehealth ที่มีประสิทธิภาพไม่ได้จบลงที่การสื่อสารทางหน้าจอ แต่ต้องอาศัยการปรับปรุงระบบโลจิสติกส์และห่วงโซ่อุปทานยาสมุนไพร (Herbal Medicine Supply Chain) ให้เป็นระบบอัตโนมัติและเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างไร้รอยต่อ

7.4 แบบจำลองบริการสุขภาพยั่งยืนและการขยายผลเชิงนโยบาย (Nong Don Model and Policy Impact)

ผลการวิจัยได้สกัดออกมาเป็น “แบบจำลองการให้บริการยาสมุนไพรผ่าน Telemedicine สำหรับโรงพยาบาลชุมชน” ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) ที่สามารถนำไปขยายผลได้ในวงกว้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ตามทิศทางของ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2563) งานวิจัยนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการพิสูจน์เทคโนโลยี แต่เป็นการสร้างมาตรฐานใหม่ (New Standard) ให้กับการแพทย์แผนไทยที่สามารถบูรณาการเข้ากับระบบสาธารณสุขยุคใหม่ได้อย่างลงตัวและปลอดภัย

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลหนองโดน ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ใน 4 มิติสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิผลของระบบ ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ และนัยเชิงนโยบาย ผลการศึกษายืนยันเชิงประจักษ์ว่า Telemedicine โดยใช้ Line Official Account สามารถลดข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.61 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกใช้ช่องทางออนไลน์ สะท้อนว่าความสะดวกเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการในยุคดิจิทัล

ด้านประสิทธิผล พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.60 และการใช้ผ่านระบบออนไลน์มีสัดส่วนร้อยละ 12.74 ของทั้งปี แสดงให้เห็นว่า Telemedicine สามารถขยายขนาดบริการได้จริง ทั้งเชิงปริมาณและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ด้านผลลัพธ์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.87) โดยปัจจัยสำคัญคือ คุณภาพการสื่อสาร ความเอาใจใส่ และการประหยัดเวลา ขณะเดียวกันพบว่า การบริหารจัดการระบบหลังบ้านเป็นตัวแปรสำคัญต่อประสิทธิภาพระบบ

เชิงนโยบาย งานวิจัยเสนอแบบจำลองบริการสมุนไพรผ่าน Telemedicine สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถขยายผลเพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ได้

8.2 ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบบริการยาสมุนไพรด้วยระบบโทรเวชกรรม โรงพยาบาลหนองโดน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์และเชิงนโยบาย ดังนี้

8.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Practical Implications)

1) การบูรณาการระบบหลังบ้านให้เป็นดิจิทัล (Back-Office Digitalization) สถานพยาบาลที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและการจัดส่งยาสมุนไพร (Inventory & Logistics) ให้เชื่อมโยงกับระบบนัดหมาย Telemedicine ทันที เพื่อลดปัญหาความล่าช้าและรายการยาไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ

2) การพัฒนาทักษะการสื่อสารดิจิทัลสำหรับบุคลากร (Digital Communication Skills) เนื่องจากผลการวิจัยชี้ว่าความพึงพอใจในประเด็น “ความสุภาพและเอาใจใส่” (ค่าเฉลี่ย = 4.90) เป็นปัจจัยความสำเร็จหลัก หน่วยงานควรมีการอบรมทักษะการสื่อสารผ่านตัวกลางเทคโนโลยี (Tele-consultation Etiquette) เพื่อรักษามาตรฐานความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพแม้จะไม่ได้ตรวจแบบต่อหน้า

3) การใช้แบบจำลองเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน (Expansion to Home Health Care) ควรนำรูปแบบบริการนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ผลลัพธ์เชิงบวกจากการควบคุม BP และ DTX เป็นฐานในการขยายผล

8.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Implications)

1) การยกระดับมาตรฐานบริการแพทย์แผนไทยสู่เศรษฐกิจดิจิทัล กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรกำหนดให้ “ระบบบริการสมุนไพรทางไกล” เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ (Standard of Care) ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อผลักดันการใช้สมุนไพรในระบบสาธารณสุขให้มีมูลค่าสูงขึ้นและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

2) การสนับสนุนงบประมาณด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและโลจิสติกส์ รัฐบาลควรมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาแพลตฟอร์ม Telemedicine ที่มีมาตรฐานความปลอดภัยด้านข้อมูล (Data Privacy) และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายแฝงของสถานพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ระบบมีความยั่งยืนในระยะยาว

3) การปรับปรุงกฎระเบียบและข้อบังคับเกี่ยวกับการจ่ายยาสมุนไพรทางไกล ควรมีการทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติทางจริยธรรมและกฎหมายที่ชัดเจนสำหรับการจ่ายยาสมุนไพรผ่านระบบโทรเวชกรรม เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). *รายงานสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2566–2568*.

ชญานิศวร์ กุลรัตนมณีพร, เกื้อ วงศ์บุญสิน, และ Kost, G. J. (2553). โทรเวชกรรม: นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 2*(พิเศษที่ 1), 42-51.

ธีรภัทร อดุลยธรรม. (2563). แนวทางการให้บริการโทรเวชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 28*(2), 45–60.

นิตยา คล่องขยัน. (2566). *การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญด้วยระบบการแพทย์ทางไกล* [รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลพรเจริญ.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2547). *ความพึงพอใจในการทำงานกับประสิทธิภาพขององค์กรภาครัฐ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ช. เจนจิต. (2542). *อิทธิพลของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากรทางการศึกษา*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิณ ทองพูน. (2549). *ทัศนคติและความพึงพอใจของพนักงานในองค์กรอุตสาหกรรม*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภูวนาท เช้าวรรณโณ, สวรส ศรีสุตโต, และ วิษณุ เหลืองลออ. (2565). *การศึกษาแรงจูงใจและการยอมรับเทคโนโลยีของคนไข้ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้โทรเวชกรรมของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านกระดูกสันหลัง* [รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านกระดูกสันหลัง.

มารศรี นุชแสงพลี. (2542). *ความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานในองค์กรภาครัฐและเอกชน*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มัลลิกา ต้นสอน. (2544). *แรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานในองค์กรธุรกิจ*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรียม ศรีทอง. (2542). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน: ศาสตร์แห่งการพัฒนาชีวิตและสังคม*. เสนาธรรม.

วิชัย แหวนเพชร. (2549). *ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ, และ สุพัตรา ปวนไฝ. (2566). *การศึกษาเพื่อประเมินผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่* [รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.

วศิน คัมภีระ. (2566). *การลดปริมาณผู้ป่วยในคลินิกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยใช้ระบบโทรเวชกรรม* [รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลหาดใหญ่.

วริศรา สูงสุมาลย์. (2567). *การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ* [รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลศรีวิไล.

ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล. (2563). เทเลเฮลธ์: นวัตกรรมการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลสุขภาพในยุคดิจิทัล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 33*(1), 12–25.

สาโรช ไชยสมบัติ. (2543). *ความพึงพอใจในการทำงานของครูอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์] มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒมหาสารคาม.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2555). *คู่มือการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555*. กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์. (2540). *ความพึงพอใจในงานของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัย*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สมบูรณ์ พรรณนาภพ. (2540). *หลักเบื้องต้นของการบริหารโรงเรียน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). อนงค์ศิลป์.

สมพงษ์ เกษมสิน. (2546). *การบริหารงานบุคคลแนวใหม่*. (พิมพ์ครังที่ 5). ดวงกมล.

อรพรรณ คงมาลัย และ วสันต์ ใจวงศ์. (2560). การยอมรับและการนำระบบโทรเวชกรรมเข้าไปใช้กับกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มจธ., 40*(4), 641-650.

อุทัยพรรณ สุดใจ (2545). *การบริหารงานในองค์กร*. เอมพันธ์.

Cooper. A.M.. (1985). *How to supervise people*. McGraw – Hill.

Ghiselli,E & Brown, C.w.. (1992). *Personal and industrial psychology*. Mc Graw – Hill

Gilmer, V.H.B.. (1971). *Industrial and organizational psychoiogy*. Mc Graw –Hill.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Rand McNally.

McKinsey & Company. (2020, July 9). Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality? https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality

Porter, L. W. (1981). *Job attitudes and motivation: Determinants and outcomes*. Prentice Hall.

World Health Organization. (2009). *Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth*.

Zaleznick , A , et.al. (1990). *The Motivation Productivity and satisfaction of workers*. Harward University.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

The Model Development of Access to Emergency Medical Services for Patients with Acute Myocardial Infarction at Nong Don Hospital, Saraburi Province

ลดาวัลย์ เนตรทิพย์[*1] นราธิป แปลงศรี[2]
Ladawan Netthip[*1] Narathip Plaengsri[2]
โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี[1,2]
Nong Don Hospital, Saraburi Province[1,2]
Email: lada_2518 @hotmail.com

Received 5 March 2026
Revised 23 April 2026
Accepted 25 April 2026

บทคัดย่อ

ในปี พ.ศ. 2564 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก คิดเป็นร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) 2) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการแบบมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนา อัตราการใช้บริการ EMS อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 5 – 10 มีระยะเวลาตอบสนองเฉลี่ย 9.30 นาที โดยมีอุปสรรคสำคัญ คือ ข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างพื้นฐาน และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล (แอปพลิเคชัน Friendly EMS) ร่วมกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิก การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และการให้ข้อมูลเชิงรุกแก่ประชาชน ภายหลังการดำเนินงาน พบว่า ระยะเวลาตอบสนองลดลงเหลือ 6.80 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยสามารถเข้าถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที ได้ถึงร้อยละ 80 และอัตราการเรียกใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้ คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.0029$) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.90–4.40) สรุปได้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มศักยภาพการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และมีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา, การแพทย์ฉุกเฉิน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Abstract

In 2021, Acute Myocardial Infarction (AMI) was identified as the primary global etiology of mortality, representing approximately 13% of total deaths. This study was meticulously designed to (1) investigate systemic barriers hindering accessibility to Emergency Medical

Services (EMS), (2) formulate a participatory framework for service delivery, and (3) evaluate the clinical and operational efficacy of the implemented model. A mixed-methods research design was adopted, utilizing a cohort of 55 key informants selected via purposive sampling. Qualitative data underwent rigorous content analysis, while quantitative metrics were processed through descriptive statistics and inferential analysis using the Paired t-test. The preliminary situational analysis indicated a critical underutilization of EMS, with engagement rates ranging between only 5% and 10% and an average response latency of 9.30 minutes. Identified barriers encompassed complex geographical topography, infrastructural deficits, and suboptimal public health literacy regarding cardiac symptoms. To address these challenges, a multifaceted intervention was developed, integrating digital health technology (Friendly EMS application), evidence-based Clinical Practice Guidelines (CPG), a community-centric cardiovascular risk database, and intensive public health education programs. Post-implementation outcomes demonstrated a statistically significant reduction in response time to 6.80 minutes ($p = 0.002$). Furthermore, the proportion of EMS arrivals within the "Golden Hour" threshold (under 8 minutes) escalated to 80%, while the overall utilization rate surged to 40%. Evaluative data also indicated a significant enhancement in community knowledge scores ($p = 0.0029$) and a high level of stakeholder satisfaction (mean 3.90–4.40). In conclusion, this participatory model effectively optimized EMS accessibility and clinical response efficiency. The findings suggest that integrating digital innovation with community-based interventions constitutes a robust strategy for enhancing emergency medical systems, particularly in resource-constrained or rural environments, thereby mitigating the global burden of cardiovascular mortality.

Keywords: Model development, Emergency Medical Services, Acute Myocardial Infarction

1. บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก รายงานของ World Health Organization ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 13 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 9.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 สะท้อนถึงแนวโน้มภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและวิถีชีวิต (World Health Organization [WHO], 2024)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงไม่แตกต่างจากระดับโลก โดยพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 12.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 เสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเริ่มมีอาการ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (WHO, 2015) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที กล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มตายภายใน 20 – 30 นาทีแรก และอาจตายเกือบทั้งหมดภายใน 4 – 6 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

ข้อมูลในประเทศยังพบแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราตายที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วย 412.7 และ 501.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราตาย 22.5 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์ และคณะ, 2565) อีกทั้งรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ WHO คาดการณ์ว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดจะยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกในอนาคต และสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมาก (WHO, 2017)

สาเหตุสำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงัก ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายตามระยะเวลาที่ผ่านไป ดังนั้น การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษา เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมถึงการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต (Srimahachota et al., 2012)

อย่างไรก็ตาม แม้การรักษามีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพยังคงอยู่ในระดับสูง และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังประสบภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ (WHO, 2017) ด้วยเหตุนี้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) จึงมีบทบาทสำคัญในการลดการเสียชีวิต โดยมุ่งเน้นการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในช่วงเวลาทอง (Golden Period) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการรอดชีวิต (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, 2552)

ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี ได้พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล “Friendly EMS” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน แม้ผลการดำเนินงานพบว่า ระยะเวลาเข้าถึงผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สัดส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เรียกใช้บริการ EMS ยังอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนช่องว่างระหว่างศักยภาพของระบบกับการรับรู้ของประชาชน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และส่งเสริมให้ประชาชนเรียกใช้ EMS อย่างทันท่วงที อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

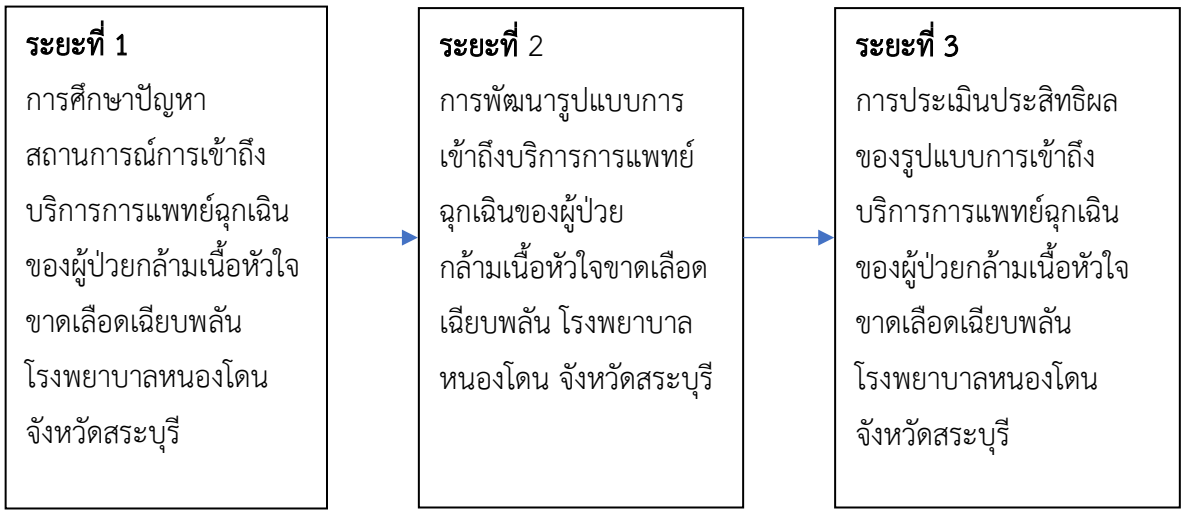
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัญหาสถานการณ์การเข้าถึงรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกลไกเชิงระบบที่มุ่งลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้เหตุ (Detection) การแจ้งเหตุ (Reporting) การสั่งการและออกปฏิบัติการ (Response) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (On-Scene Care) การลำเลียงระหว่างนำส่ง (Care in Transit) จนถึงการส่งต่อเพื่อการรักษาขั้น Definitive Care ทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและภายในห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้ ภายใต้กรอบนโยบายของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) ที่กำหนดเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการจัดให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทันท่วงที

โครงสร้างของระบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาทรัพยากร กลไกการเงิน ระบบปฏิบัติการ โครงสร้างองค์กร และกลไกอภิบาลระบบ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2557) โดยจัดหน่วยปฏิบัติการ 4 ระดับ ได้แก่ FR, BLS, ILS และ ALS ตามศักยภาพบุคลากร อุปกรณ์ และยานพาหนะที่ขึ้นทะเบียนมาตรฐาน การบริหารจัดการอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุหมายเลข 1669 ที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมระบบสื่อสารและการจัดโซนพื้นที่เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยภายในเวลาที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

4.2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากการลดลงอย่างฉับพลันของการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี อันมีสาเหตุหลักจากการแตกหรือปริของคราบไขมัน (Atherosclerotic Plaque Rupture) ร่วมกับการเกิดลิ่มเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนและเกิดการตายของเซลล์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Unstable Angina (UA),

Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และ ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) โดยจำแนกจากอาการทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระดับ Cardiac Biomarkers

พยาธิสภาพของโรคมีพัฒนาการเป็นลำดับจาก Fatty Streak สู่ Fibrous Plaque และ Ruptured Plaque ซึ่งกระตุ้นกระบวนการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด ก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันบางส่วนหรือสมบูรณ์ ความรุนแรงขึ้นกับระดับการอุดตันและระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการสำคัญคือ เจ็บแน่นหน้าอกแบบ Substernal Pain อาจร้าวไปแขน คอ หรือกราม ร่วมกับเหงื่อออก คลื่นไส้ หรือหมดสติ การวินิจฉัยอาศัยประวัติอาการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจ High-Sensitivity Cardiac Troponins โดยเฉพาะในผู้ป่วย STEMI ควรได้รับการวินิจฉัยและเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion) ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ

4.3 แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ

ความหมายของความพึงพอใจ โดยทั่วไปหมายถึง ระดับความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด อันเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือความคาดหวัง ความพึงพอใจสามารถจำแนกได้เป็น 2 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction) และ 2) ความพึงพอใจในการทำงาน (Job Satisfaction)

นักวิชาการไทยได้อธิบายความหมายไว้สอดคล้องกับ พหล ดีมาก (2550) ที่ระบุว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกชอบ เห็นด้วย หรือภูมิใจเมื่อสิ่งที่ได้รับสอดคล้องกับความต้องการของตน ขณะที่ ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2550) เน้นว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็นความรู้สึกเชิงบวกที่ส่งผลต่อขวัญกำลังใจ ความมุ่งมั่น และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ในบริบทสากล Locke (1976) อธิบายว่า ความพึงพอใจในการทำงานเป็น “สภาวะทางอารมณ์เชิงบวกที่เกิดจากการประเมินประสบการณ์การทำงานของตน” ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับผลลัพธ์ที่ได้รับ

โดยสรุป ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกหรือทัศนคติที่ดีของบุคคล อันเกิดจากการได้รับการตอบสนองทั้งด้านวัตถุและจิตใจ และมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จขององค์กร

องค์ประกอบของความพึงพอใจ

Ghiselli & Brown (1992) เสนอว่า องค์ประกอบของความพึงพอใจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านงาน เช่น ลักษณะงาน ความสำเร็จ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น นโยบายองค์กร การนิเทศ ความสัมพันธ์ รายได้ และความมั่นคง

ขณะที่ Locke (1976) เสนอองค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ ตัวงาน เงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง การยอมรับ ผลประโยชน์ สภาพการทำงาน การนิเทศ เพื่อนร่วมงาน และการบริหารงานองค์กร

Gilmer (1971) เน้นปัจจัย เช่น ความมั่นคง โอกาสก้าวหน้า การบริหารงาน ค่าจ้าง ลักษณะงาน การสื่อสาร และสวัสดิการ

ส่วน Cooper (1985) ชี้ว่า ความพึงพอใจเกิดจากงานที่น่าสนใจ รายได้ที่ยุติธรรม โอกาสก้าวหน้า สภาพแวดล้อมที่ดี และความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ

สมพงษ์ เกษมสิน (2546) แบ่งปัจจัยเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) สิ่งจูงใจทางการเงิน (Financial Incentives) ทั้งทางตรงและทางอ้อม 2) สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่การเงิน (Non-financial Incentives) เช่น การยกย่อง ความมั่นคง และโอกาสก้าวหน้า

4.4 การทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) ภายใต้กรอบการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นปัจจัยสำคัญทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และโครงสร้างระบบบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ EMS

ธงชัย อามาตยบัณฑิต (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการใช้บริการได้ร้อยละ 59.7 ได้แก่ การเคยใช้บริการมาก่อน ทัศนคติ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บริการ ความเชื่อมั่นโรคประจำตัว และการไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล

สอดคล้องกับ เจริญ ปราบปรี (2563) ที่ศึกษาจังหวัดพัทลุง พบว่า การใช้ EMS มีเพียงร้อยละ 27.10 โดยเหตุผลสำคัญของการไม่ใช้บริการคือความสะดวกของรถยนต์ส่วนบุคคล (ร้อยละ 79.00) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีรถยนต์ส่วนบุคคล การรับรู้บริการ การแจ้งเหตุ การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาล

ทิพย์วดี วุฒิพันธ์ (2565) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเรียกใช้บริการ ได้แก่ การมีรถส่วนตัว การเคยใช้บริการมาก่อน ความเชื่อเกี่ยวกับหมายเลข 1669 ความสะดวกในการแจ้งเหตุ และการได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่จุดเกิดเหตุ

ชญานิศ ศรีรักษา และคณะ (2567) ศึกษาที่โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ทัศนคติ คุณภาพระบบบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = 0.55$, $p < .01$)

ด้านการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ

พนิดา พ้องเสียง (2563) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอโพนทอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ให้ความรู้ จัดทำ Warning Signs ดำเนินการ และประเมินผล พบว่า ทักษะ EMR และ อสม. อยู่ในระดับดี แต่กลุ่มเสี่ยงยังเรียกใช้ EMS น้อย

ทินทิกร สอนชา และ สุธิดา จันทร์จรัส (2565) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า สัดส่วนการเรียกใช้ EMS เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 โดยเน้นบทบาท อสม. และการประชาสัมพันธ์เชิงรุก

ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ และคณะ (2566) พัฒนารูปแบบในจังหวัดตรัง โดยบูรณาการ 3 ด้าน ได้แก่ ประชาชน หน่วย EMS ตำบล และศูนย์สั่งการ พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และระยะเวลาเข้าถึงภายใน 10 นาทีดีขึ้น

ด้านกลุ่มโรคเฉพาะ (ACS และ Stroke)

นิลนาถ ทับทอง (2567) ศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบว่า ผู้รับบริการมีการรับรู้และความคาดหวังระดับดี ขณะที่ผู้ให้บริการมีความรู้ระดับดีมาก แต่ต้องการเพิ่มบุคลากรและยานพาหนะ

ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์ และคณะ (2565) พบว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ทำให้ความรู้และทักษะดูแลผู้ป่วย ACS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง (2564) ศึกษาประสิทธิผลของ Warning Signs Card พบว่า หลังได้รับความรู้ร้อยละ 86.9 จะโทรแจ้ง 1669 และคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

เบญจมาศ มาสิงบุญ (2566) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดนครพนม พบว่า การเข้าถึง Stroke Fast Track ภายใน 3 ชั่วโมงผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และการใช้ 1669 เพิ่มจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 31.59

บุญน้อม ไกรยา และคณะ (2566) พัฒนา KTL C2NFS Model ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

อาริยา จันทร์นวล และ ธเนศ สังข์ศรี (2567) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke โรงพยาบาลปากพนัง พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึง Stroke Fa st Track ภายใน 180 นาทีร้อยละ 100

ด้านศักยภาพบุคลากรและระบบสั่งการ

วิชญา จันจะนะ และ แสงจันทร์ เชียงทา (2566) พบว่า EMR ยังขาดความแม่นยำในการประเมินความรุนแรง (ประเมินถูกต้องร้อยละ 71.05) และศูนย์สั่งการให้รหัส IDC ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อความเหมาะสมของการสั่งการ

บุญนภา ทรงพร (2566) พบว่า ปัจจัยนำ (อายุ โรคประจำตัว ความรู้) ปัจจัยเสริม (พฤติกรรมตั้งใจเลือก) และปัจจัยเอื้อ (ระยะทาง รถส่วนตัว หน่วยกู้ชีพในพื้นที่) มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 3 มิติหลัก ได้แก่

1) มิติด้านบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิม

2) มิติด้านสังคมและชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม บทบาท อสม. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

3) มิติด้านระบบบริการ คุณภาพศูนย์สั่งการ ระยะเวลาตอบสนอง ความเพียงพอของบุคลากรและยานพาหนะ

ข้อค้นพบโดยรวมชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับหมายเลข 1669 การพัฒนาศักยภาพ อสม. EMR และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับการเข้าถึงบริการ EMS ให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด และลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคฉุกเฉินเร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยศึกษาแบบผสมผสานงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Research) วิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การเข้าถึงรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เนื้อหาครอบคลุมบริบทพื้นที่ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่องทางการเข้าถึงบริการ เช่น ระบบสายด่วน 1669 การใช้รถกู้ชีพ และการใช้รถส่วนตัว ตลอดจนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 25 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และผู้รับบริการ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกข้อมูลภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการตีความ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เนื้อหาประกอบด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการของโรคและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริการให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลามาตรฐาน การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน และการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบ่งเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ จำนวน 25 คน (กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1) และกลุ่มทดลองใช้จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการและแบบบันทึกการประชุม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเช่นเดียวกับระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นและพัฒนารูปแบบภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อัตราการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ 1669 ความรู้และการรับรู้อาการของผู้ป่วยหรือญาติในการเรียกใช้บริการ ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการภายใน 30 นาที และความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 คน เป็นผู้รับบริการหรือกลุ่มเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการจากเวชระเบียนและการติดตามผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้ Paired t Test

โครงการวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร โดยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่โครงการวิจัย IRB No.005/2568 วันที่รับรอง วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

6. ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สภาพปัญหา และข้อจำกัดของรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี พบว่า อำเภอหนองโดนเป็นพื้นที่ชนบทลุ่มน้ำ ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบเกษตรกรรม มีหมู่บ้านกระจายตัวอยู่ท่ามกลางทุ่งนาและคูคลองหลายสาย เส้นทางคมนาคมส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตขนาดแคบ บางช่วงชำรุด เป็นหลุมบ่อ และขาดไฟส่องสว่าง โดยเฉพาะเส้นทางเชื่อมต่อหมู่บ้านย่อย ในฤดูฝนมักเกิดน้ำท่วมขังซ้ำซาก ทำให้การสัญจรลำบาก รถพยาบาลต้องลดความเร็วเพื่อความปลอดภัย แม้ระยะทางไกลสุดจากโรงพยาบาลถึงหมู่บ้านปลายสุดจะอยู่เพียงประมาณ 10 – 12 กิโลเมตร แต่ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพถนน การจราจรช่วงเวลาเร่งด่วน และจุดกลับรถที่จำกัด ส่งผลให้การเข้าถึงผู้ป่วยภายใน 8 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 35 – 37 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานระบบ EMS

โรงพยาบาลหนองโดนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ให้บริการประชากรในเขตรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง มีหน่วยปฏิบัติการ EMS ระดับสูง (ALS) และทำงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพเอกชนในพื้นที่จำนวน 2 หน่วย อย่างไรก็ตาม กำลังคนมีจำกัด โดยเฉพาะในเวลากลางคืนหรือช่วงที่มีเหตุฉุกเฉินซ้อนหลายเหตุการณ์ ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความรวดเร็วของการให้บริการ

ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567) พบว่า อัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (183.1, 174.0 และ 192.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) สะท้อนภาระโรคที่สูงขึ้นในพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่เลือกเรียกใช้ระบบ 1669 มีเพียงร้อยละ 5 – 10 ขณะที่มากกว่าร้อยละ 90 เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเองหรือให้ญาตินำส่ง ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าในการได้รับ

การประเมินและรักษาในช่วงเวลาวิกฤต (Golden Hour) ปรากฏการณ์ดังกล่าว สะท้อนช่องว่างด้านความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค การรับรู้ความสำคัญของการใช้บริการ EMS และความเชื่อมั่นต่อระบบบริการ

ในด้านระบบสนับสนุนการปฏิบัติงาน พบว่า ยังไม่มีเทคโนโลยีเฉพาะด้านสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ การรับแจ้งเหตุและบันทึกข้อมูลยังใช้เอกสารกระดาษและการสื่อสารทางโทรศัพท์เป็นหลัก การระบุตำแหน่งผู้ป่วยอาศัยการอธิบายเส้นทางด้วยคำพูด ซึ่งมักไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่มีซอยย่อยจำนวนมากหรือบ้านไม่มีเลขที่ชัดเจน ส่งผลให้ต้องโทรสอบถามซ้ำหลายครั้งเกิดความคลาดเคลื่อนด้านพิกัด เพิ่มระยะเวลา Response Time และอาจกระทบต่อคุณภาพการช่วยชีวิต

โดยสรุประยะที่ 1 ปัญหาหลักที่พบเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง (ภูมิประเทศและสภาพถนน) ปัญหาเชิงระบบ (ขาดเทคโนโลยีสนับสนุนและแนวปฏิบัติเฉพาะโรค) และปัญหาเชิงพฤติกรรม (ประชาชนไม่นิยมใช้ EMS) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางพัฒนา ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ EMS หน่วยกู้ชีพภาคเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชน เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมองร่วมกัน ได้กำหนดแนวทางพัฒนาหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาคู่มือและฐานข้อมูลเฉพาะโรค AMI จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วย AMI ตั้งแต่ขั้นตอนรับแจ้งเหตุ การคัดกรองอาการสำคัญ การประเมินระดับความเร่งด่วน การเตรียมอุปกรณ์ การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น จนถึงการส่งต่อพร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อให้สามารถติดตาม เฝ้าระวัง และเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือได้รวดเร็วและเป็นระบบ ลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามประสบการณ์ส่วนบุคคล

2. การพัฒนาระบบ Friendly EMS พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต้นทุนต่ำ ได้แก่ การใช้ Google Form จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล โรคประจำตัว ประวัติการรักษา เบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉิน และพิกัด GPS ของที่พักอาศัย จากนั้นเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ Google Map เพื่อจัดทำแผนที่นำทางแบบเรียลไทม์ ช่วยให้ทีม EMS สามารถระบุตำแหน่งผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ลดการสอบถามเส้นทางซ้ำซ้อน ลดระยะเวลา Response Time และเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงในช่วงเวลาวิกฤต (Golden Hour)

3. การสร้างความตระหนักรู้ของประชาชน ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ผ่านเวทีชุมชน สื่อประชาสัมพันธ์และเครือข่าย อสม. โดยเน้นอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความสำคัญของการรีบโทร 1669 และประโยชน์ของการใช้บริการ EMS แทนการเดินทางมาเอง เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการตัดสินใจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา ได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่

1) เพิ่มสัดส่วนผู้ป่วย AMI ที่เรียกใช้บริการ EMS ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการเรียกใช้ 1669 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3) ความพึงพอใจต่อระบบ Friendly EMS ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

การพัฒนาในระยะนี้จึงเป็นการบูรณาการองค์ความรู้ทางคลินิก เทคโนโลยีดิจิทัล และพลังของชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างระบบบริการ EMS ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบ ภายหลังการนำรูปแบบ Friendly EMS ไปทดลองใช้ในพื้นที่และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในหลายมิติ ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ (Access & Response Time) ภายหลังการใช้ระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงพิกัด GPS และแผนที่นำทางแบบเรียลไทม์ สัดส่วนการเข้าถึงผู้ป่วยภายใน 8 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35 – 37 เป็นร้อยละ 80 สะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของกระบวนการรับแจ้งเหตุและการเคลื่อนย้ายทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล (Friendly EMS) เป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2568 – มกราคม 2569 จากผู้รับบริการจำนวน 10 ราย พบว่า Response Time ก่อนใช้เท่ากับ 9.30 นาที และหลังใช้เท่ากับ 6.80 นาที เมื่อนำมาทดสอบด้วยค่าสถิติทดสอบที (Paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value = .002) จึงสรุปได้ว่า ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล (Friendly EMS) ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการลดลงได้จริง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล (Friendly EMS) เพื่อการเข้าถึงรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลหนองโดนจังหวัดสระบุรี (n=10)

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนใช้	10	9.30	2.63	4.44	9	0.002*
หลังใช้	10	6.80	1.69			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ด้านพฤติกรรมการใช้บริการ EMS อัตราการเรียกใช้บริการ EMS เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40 หรือเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ที่มีอาการชัดเจนและได้รับการสื่อสารความรู้มาก่อน สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและความเชื่อมั่นของประชาชนต่อแนวทางการพัฒนาและการเรียกใช้บริการ EMS แม้ยังไม่ถึงระดับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญเมื่อเทียบกับบริบทเดิมที่ประชาชนส่วนใหญ่นิยมเดินทางมาเอง

2. ด้านกระบวนการดูแลในโรงพยาบาล ภายหลังการพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติเฉพาะโรคและการเตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลา Door-to-EKG อยู่ในช่วง 2 – 5 นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และสะท้อนความพร้อมของระบบคัดกรองฉุกเฉิน ทำให้สามารถวินิจฉัยและวางแผนส่งต่อได้รวดเร็ว ลดความล่าช้าในขั้นตอนสำคัญก่อนการรักษาขั้นสูง

3. ด้านความรู้ของประชาชน ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดและการใช้บริการ EMS ก่อนและหลังการให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.70 เป็น 9.40 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0029) สะท้อนว่ากิจกรรมให้ความรู้ผ่านเวทีชุมชนและเครือข่าย อสม. มีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความเข้าใจของประชาชน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการ EMS (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการดูแลฉุกเฉินทางการแพทย์ ก่อนและหลังการให้ความรู้ (n=30)

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
Pre test	30	8.70	1.760	3.250	29	0.0029*
Post test	30	9.40	1.060			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยประมาณ 3.90 – 4.40) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ คุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะความรู้สึกปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย = 4.40) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย = 4.27) และด้านกระบวนการให้บริการ โดยการประสานงานและการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะที่ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรวดเร็วของการให้บริการและการเดินทางของรถกู้ชีพ (ค่าเฉลี่ย = 3.90) แต่ยังอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี (n= 30)

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ			
1. ความสะดวกในการแจ้งเหตุ ผ่าน 1669 หรือโทรศัพท์ ในขณะขอความช่วยเหลือ	4.17	.531	มาก
2. ความรวดเร็วในการรับแจ้งเหตุ ในขณะขอความช่วยเหลือ	4.03	.615	มาก
3. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่	4.20	.551	มากที่สุด
4. ขั้นตอนการประสานงานในการรับบริการการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.23	.626	มากที่สุด
5. ความรวดเร็วของการให้บริการหลังการติดต่อ	3.90	.759	มาก
ด้านบุคลากรที่ให้บริการ			
6. ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย	4.17	.530	มาก
7. ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน	4.27	.639	มากที่สุด
8. ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับกระบวนการรักษา	4.03	.669	มาก
9. ความปลอดภัยที่ได้รับจากทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	4.13	.571	มาก
10. ความเร็วของรถกู้ชีพในการเดินทางจากจุดเกิดเหตุมาถึงโรงพยาบาล	3.90	.712	มาก
ด้านคุณภาพการให้บริการ			
11. ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.20	.484	มากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
12. การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยลดความรุนแรงของโรค	4.23	.568	มากที่สุด
13. บริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย	4.40	.563	มากที่สุด
14. รถพยาบาลมีความปลอดภัยสูง	4.20	.550	มากที่สุด
15. ผลของการให้บริการสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บได้ตรงตามสภาพการเจ็บป่วย	4.10	.662	มาก

7. อภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนาการเข้าถึงรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประเด็นสำคัญหลายด้าน

ประการแรก ด้านการพัฒนาคู่มือมาตรฐาน พบว่า เดิมโรงพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นระบบ ทำให้การดำเนินงานขึ้นกับประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ วิชญา จันจะนะ และ แสงจันทร์ เชียงทำ (2566) ที่ระบุว่า การขาดมาตรฐานส่งผลต่อคุณภาพบริการ และสอดคล้องกับ พนิดา พ้องเสียง (2563) ที่ชี้ว่า การมีแนวทางชัดเจนและการฝึกทักษะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ

ประการที่สอง ด้านอุปสรรคเชิงโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า ภูมิประเทศ สภาพถนน และโครงสร้างพื้นฐานเป็นข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยาก สอดคล้องกับ ธงชัย อำมาตยบัณฑิต (2560) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการเดินทางมีอิทธิพลต่อการใช้บริการ EMS อย่างไรก็ตาม แตกต่างจากผลการศึกษาของ ทินทิกร สอนชา และ สุธิดา จันทร์จรัส (2565) ที่พบว่า ในพื้นที่เมืองที่มีความพร้อมสูงกว่าทำให้การเข้าถึงได้ดีกว่า สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ที่ต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนพัฒนา

ประการที่สาม ด้านบทบาทของเทคโนโลยี Friendly EMS ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความแม่นยำในการระบุตำแหน่ง และลดเวลาการเข้าถึงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ วิกานดา สะมะแอ (2562) ที่ชี้ว่า การใช้ระบบ GPS สนับสนุนการตัดสินใจและลดความล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ยังไม่บรรลุเป้าหมายทุกตัวชี้วัด แต่สะท้อนศักยภาพของเทคโนโลยีในบริบทชนบท

ประการที่สี่ ด้านการเรียกใช้บริการ EMS อัตราการเรียกใช้ที่เพิ่มขึ้นแม้ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย สอดคล้องกับ เจริญ ปราบปรี (2563) ที่พบว่า ประชาชนยังนิยมใช้รถส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องใช้เวลา ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการ 1669

ประการที่ห้า การให้ความรู้แก่ประชาชนทำให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.250$, $p = 0.0029$) สอดคล้องกับ ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฏ์ และ ลาวัลย์ เวทยาวงศ์ (2565) ที่พบว่า การพัฒนาองค์ความรู้ช่วยเพิ่มศักยภาพคนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นและลดอุปสรรคเชิงโครงสร้างควบคู่กัน

สุดท้าย ด้านความพึงพอใจ พบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ นิลนาถ ทบทอง (2567) ที่ระบุว่า ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบ EMS ประสบการณ์ที่ดีช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการใช้บริการในอนาคต

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (10 เตียง) ในชนบท จำเป็นต้องบูรณาการมาตรฐานบริการ

เทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนาความรู้ และการลดข้อจำกัดเชิงโครงสร้างควบคู่กัน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในอำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 พบข้อจำกัดสำคัญด้านภูมิประเทศ สภาพถนน และโครงสร้างพื้นฐานเป็นข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยาก ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยภายใน 8 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 35 – 37 แม้อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยเรียกใช้บริการ EMS เพียงร้อยละ 5 – 10 ส่วนใหญ่เดินทางมาเอง สะท้อนช่องว่างด้านความรู้และความเชื่อมั่นต่อระบบ อีกทั้งขาดเทคโนโลยีมาช่วยในการระบุตำแหน่งบ้านผู้ป่วยที่แม่นยำ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ได้แก่ การจัดทำคู่มือและ Clinical Pathway เฉพาะโรค พัฒนาระบบ Friendly EMS โดยใช้ฐานข้อมูลเชื่อมพิกัด GPS กับแผนที่เรียลไทม์ และจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชน ระยะที่ 3 ผลลัพธ์พบว่า การเข้าถึงบริการภายใน 8 นาที เพิ่มเป็นร้อยละ 80 ระบุตำแหน่งถูกต้องร้อยละ 100 ระยะเวลาเข้าถึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.002$) อัตราเรียกใช้บริการ EMS เพิ่มจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40 คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.0029$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ขยายการใช้รูปแบบ Friendly EMS ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ควรนำแนวทางการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การเชื่อมพิกัด GPS กับแผนที่นำทาง แบบเรียลไทม์ และการจัดทำ Clinical Pathway เฉพาะโรค ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการคมนาคม

2) บูรณาการกับระบบงานประจำ (Routine to Research to Routine: R2R2R) ควรปรับให้ระบบ Friendly EMS เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของหน่วย EMS และห้องฉุกเฉิน เช่น การปรับปรุงฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง การทบทวน Response Time รายเดือน และการประชุมสรุปเคสสำคัญ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดอบรมทบทวนแนวทางดูแลผู้ป่วย AMI การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการซ้อมแผนตอบโต้เหตุฉุกเฉิน (Simulation) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐาน Door-to-EKG และการดูแลในช่วง Golden Hour

4) เสริมสร้างความรู้ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ควรดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ผ่าน อสม. โรงเรียน วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องอาการเตือนโรคหัวใจและการโทร 1669 อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เป็นกิจกรรมเฉพาะช่วงโครงการ

8.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สนับสนุนงบประมาณเทคโนโลยีดิจิทัลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ หน่วยงานระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาแพลตฟอร์มฐานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและระบบระบุตำแหน่งฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2) กำหนดตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการฉุกเฉินเฉพาะโรคสำคัญ ควรกำหนด KPI ด้านสัดส่วนการเรียกใช้บริการ EMS ในผู้ป่วย AMI และระยะเวลา Response Time เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด เขตสุขภาพ เพื่อกระตุ้นการพัฒนาระบบอย่างเป็นรูปธรรม

3) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมและสาธารณูปโภค ควรประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปรับปรุงถนน ไฟส่องสว่าง และป้ายบอกทางในหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการฉุกเฉินอย่างปลอดภัยและรวดเร็ว

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบ EMS ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนบทบาท อสม. และเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเป็นกลไกเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วย EMS เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

เจริญ ปราบปรี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2*(2), 78–88.

ชญานิศ ศรีรักษา, นรินทร์ทิพย์ พรมภักดี, และ สิทธิพงษ์ ศิริประทุม. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วนที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6*(2), Article e269508, 1–20.

ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์, ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, และ หทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32*(3), 174–186.

ทิพย์วดี วุฒิพันธ์. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19*(3), 53–66.

ทินทิกร สอนชา, และ สุธิดา จันทร์จรัส. (2565). *การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.* บริษัท สยามพิมพ์นานา จำกัด.

ธงชัย อามาตยบัณฑิต. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26*(5), 883–895.

นิลนาถ ทับทอง. (2567, 10 ธันวาคม). *การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร*https://srth.moph.go.th/research/file/20240623234534-101_2567

เบญจมาศ มาสิงบุญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 411–422.

บุญนภา ทรงพร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 7*(14), 49–63.

บุญน้อม ไกรยา, นิญาพัชญ์ ศิระรัตนาวัฒน์, และ ยุพาวดี แซ่เตีย. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 38*(2), 52–63.

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2550). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล.* ศูนย์สื่อเสริมวิชาการ.

พนิดา พ้องเสียง. (2563). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2*(1), 9–20.

พหล ดีมาก. (2550). *ความพึงพอใจของผู้ปกครองนักเรียนและคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของโรงเรียน สังกัดเทศบาลเมืองมหาสารคาม* [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง. (2564). ประสิทธิผลของการใช้ Warning Signs Card ต่อความรู้สัญญาณเตือนและแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1*(1), 23–33.

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุชา เศรษฐเสถียร, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, นธีรัตน์ ธรรม์โรจน์, พัฒนาวิไล อินใหม, และ ประไพร อุตมา. (2552). *การวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

วิชญา จันจะนะ, และ แสงจันทร์ เชียงทา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เครือข่ายระดับอำเภอ. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 3*(2), 97–108.

วิกานดา สะมะแอ. (2562). การพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับบริการรวดเร็ว ปลอดภัย ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2*(1), 33–44.

ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์, จันทราทิพย์ เพทาย, วรัญญา เตชภานุวัฒน์, และ ฉัตรสิริ ชัยสิทธิ. (2566). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 3*(1), 57–69.

สมพงษ์ เกษมสิน. (2546). *การบริหารงานบุคคลแนวใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ดวงกมล.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). *การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. อาร์ตควอลิไฟท์.

อาริยา จันทร์นวล, และ ธเนศ สังข์ศรี. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลปากพนัง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 9*(1), 375–386.

Cooper, A. M. (1985). *How to supervise people*. McGraw-Hill.

Ghiselli, R. F., & Brown, C. W. (1992). *Personnel and industrial psychology*. McGraw-Hill.

Gilmer, B. V. (1971). *Industrial and organizational psychology*. McGraw-Hill.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Rand McNally.

Srimahachota, S., Boonyaratavej, S., Kanjanavanit, R., Sritara, P., Krittayaphong, R., Kunjara-Na-Ayudhya, R., & Tatsanavivat, P. (2012). Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)—An extension of Thai Acute Coronary Syndrome registry (TACS) group: Lower in-hospital but still high mortality at one-year. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(4), 508–518.

World Health Organization. (2015). *The global cardiovascular disease (CVD) crisis: Global Hearts Initiative*. http://www.who.int/global_hearts

World Health Organization. (2017). *Global health expenditure database*. https://apps.who.int/nha/database

World Health Organization. (2024). *Cardiovascular diseases (CVDs): Key facts*. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/

SHIMJ
Sustainable Health Innovation Management Journal

We are Partners for Success

บริการของเรา

- วิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร ชุมชนและการตลาด
- จัดอบรม/ประชุม/สัมมนา/ค่ายกิจกรรมเพื่อการพัฒนา
- รับทำสื่อการสอนอีเลิร์นนิง
- รับบริหารโครงการของกองทุนต่าง ๆ
- รับจัดศึกษาดูงานในและต่างประเทศ
- รับประเมินผลการดำเนินงานโครงการและองค์กร
- จัดทำ Big Data & Data Analytics
- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์แนวใหม่เวิร์คแรลลี่
- รับแปลภาษาอังกฤษ จีน และญี่ปุ่น

งานที่ปรึกษาองค์กร

- ด้านบริหารทรัพยากรมนุษย์
- ด้านการขอสนับสนุน BOI
- ด้านพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์กร
- ด้านการเงินและระบบบัญชี
- ด้านการตลาดและการขาย
- ด้านระบบดิจิตอลและเทคโนโลยี
- ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- ด้านเตรียมความพร้อมเข้าตลาดหลักทรัพย์
- ด้านคุณภาพและมาตรฐานสากล
- ด้านการสร้างแบรนด์ และตลาดออนไลน์

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

สำนักงานหัวหิน: 23/360 ซอยหัวหิน 94 ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์: 032-908448, 082-2579676 E-mail: shimj.hrdi05@gmail.com