



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

# วารสารวิชาการ

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

# Academic Journal

## of Mahasarakham Provincial Public Health Office

ปีที่ 9 ฉบับที่ 18 ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568  
Vol.9 No.18 October 2024 – January 2025

ISSN 2539 - 6196





สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

# วารสารวิชาการ

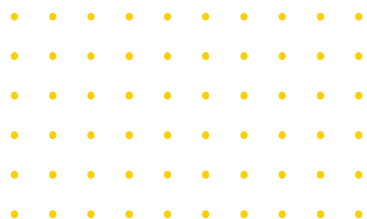
## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### Academic Journal

of Mahasarakham Provincial Public Health Office

ปีที่ 9 ฉบับที่ 18 ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568

Vol.9 No.18 October 2024 - January 2025



## วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
ที่ปรึกษา	ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ พายูหะ นายแพทย์หิสาชา เนือยทอง นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ ทันตแพทย์วิวัฒน์ ศรีวัฒนา เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ ดร.เพชรวรรณ คุณกุลรัตน์  นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี นายประวิติ แปลงมาลัย นางสรณจิต อินศร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รักษาการ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)  ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
บรรณาธิการ	ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
รองบรรณาธิการ	ดร.รัชวีภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ ผศ.ดร.ภญ.ชนัดดา พลอยล้อมแสง รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ  รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา  ผศ.ดร.นิสากร วิบูลชัย  ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์  ดร.อัจฉรา มีนาสันติรักษ์  ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<b>ฝ่ายจัดการ</b>	ดร.รัชনীวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวสิริมาพร นาศพัฒนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
	นางสาวบวิณา เหลลาพล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน
	นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุข

ISSN 2539-6196

**กำหนดออก** ราย 4 เดือน (ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน)

**สำนักงาน** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด  
ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000  
โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313 โทรสาร 0-4377-7811  
E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com, Journal.mk2560@yahoo.com  
ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่สิบแปดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาระบบวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน งานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด : กรณีศึกษา 2) การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) การพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ 4) การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม 5) การพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
บทบรรณาธิการ	
นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article	
การพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด : กรณีศึกษา Nursing care for postpartum teenage mothers : cases study วารภรณ์ ศรีไทย* Varaporn Shithai*	1
การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา Nursing care of patients with ventilator-associated pneumonia of national leprosy node : case study วนิดา เดชภักดี* Wanida detpukdee*	13
การพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ Development of a model for upgrading business establishments into Wellness Center in Maha Sarakham Province to support Health Economic Policy รัฐวดี โคตรนรินทร์* Rattawadee Khotnarin*	26
การพัฒนาแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม The Development of care and referral models for patients with acute myocardial infarction (STEMI) at Wapi Pathum Hospital. Maha Sarakham Province บงกชกร ตันติกุลวัฒนกิจ* Bongkotchakorn Tuntikulwattanakit*	41

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
การพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม Development of Workforce Management Framework for Public Health Personnel in Mahasarakham Provincial Public Health Office ภัทรภรณ์ ภูมิโยธา <sup>1</sup> , สุธิดา คณมะ <sup>2</sup> , ธนัญญา รุดโธ <sup>3</sup> Phattharaphorn Phumyota <sup>1</sup> , Sutida Kanama <sup>2</sup> , Thanatya Rudtho <sup>3</sup>	55
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	76



นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด : กรณีศึกษา  
Nursing care for postpartum teenage mothers : cases study

วารภรณ์ ศรีไทย\*  
Varaporn Shithai\*

บทคัดย่อ

**บทนำ :** มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่วิกฤติและสำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิต มีปัญหาทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม โดยที่หลาย ๆ รายไม่สามารถปรับตัวได้ ดังนั้น การดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด จึงเป็นเรื่องสำคัญ ที่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ควรตระหนักและให้ความสำคัญ และส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและบทบาทของครอบครัว ชุมชน ในช่วงการดูแลหลังคลอด

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 2 ราย

**วิธีการศึกษา :** ศึกษาการพยาบาลในมารดาวัยรุ่น จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา

**ผลการศึกษา :** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และพบปัญหาทางการพยาบาล คือ เกิดภาวะซีดจากพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เสี่ยงต่อความล้มเหลวทางการศึกษาเนื่องจากขาดการวางแผนชีวิตและการกลับไปศึกษาต่อ และวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 มารดามีปัญหาด้านเศรษฐกิจและมารดาต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมากกว่า แตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้เมื่อกลับบ้าน

**คำสำคัญ :** มารดาวัยรุ่น, หลังคลอด



## Abstract

**Introduction :** Postpartum teenage mothers face one of the most critical and significant changes in their lives. They encounter physical, emotional, mental, and social challenges, and many struggle to adapt. Therefore, caring for and supporting postpartum teenage mothers is crucial. Medical and public health personnel should recognize its importance, while also promoting and encouraging the active participation of families and communities in postpartum care.

**Objective:** To study and compare the nursing care provided to two postpartum teenage mothers.

**Method:** This study examines nursing care for two teenage mothers by collecting data from medical records, conducting interviews with patients and their relatives, and using observation. Content analysis is employed to determine nursing diagnoses, plan care, and evaluate outcomes, with Gordon's health model serving as the study framework.

**Results:** Both case studies involve teenage mothers experiencing their first pregnancies. The two cases were assessed using Gordon's health patterns, identifying several nursing problems, including anemia resulting from physiological changes during pregnancy, the need for support in adapting to the maternal role, promotion of breastfeeding, a risk of repeat pregnancy due to a lack of knowledge and understanding of family planning and suitable contraception, a risk of educational failure stemming from inadequate life planning and difficulties in returning to school, and anxiety about adjusting to motherhood and child-rearing. The cases differ as follows: Case 1 involves a mother facing economic challenges and preferring to use formula milk, while Case 2 involves a financially stable mother who wishes to breastfeed and successfully transitions to exclusive breastfeeding upon returning home.

**Keywords :** teenage mothers, postpartum

## บทนำ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่วิกฤตและสำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิต นอกจากปัญหาทางด้านร่างกาย คือ มีการคลอดยาก คลอดลำบาก หรือได้รับการทำหัตถการช่วยคลอดแล้ว มารดาวัยรุ่นยังเผชิญกับปัญหา ทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม ที่ต้องมีเปลี่ยนจากสถานการณ์เด็กวัยรุ่นมาเป็นแม่ ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบสูงแบบผู้ใหญ่ โดยที่หลายๆ ราย ไม่สามารถปรับตัวได้<sup>(1)</sup> ดังนั้นการดูแลและให้ความช่วยเหลือแม่วัยรุ่นหลังคลอด จึงเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรตระหนักและให้ความสำคัญ และส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและบทบาทของครอบครัว ชุมชน ในช่วงการดูแลหลังคลอด เพื่อให้แม่วัยรุ่นและบุตรมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของแม่วัยรุ่น เพื่อให้แม่วัยรุ่นมีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุตรที่คลอดจากแม่วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย การดูแลแม่วัยรุ่นและบุตรจึงควรได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพแบบบูรณาการ และอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จนบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแม่วัยรุ่น บุตร และครอบครัว

ระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พยาบาลควรประเมินและวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะตกเลือด ติดเชื้อหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและภาวะเครียดซึ่งมักเกิดกับมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีใครรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ เกิดความอับอาย ปรับตัวไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เนื่องจากวุฒิภาวะที่ไม่เหมาะสม และไม่พร้อมต่อการมีบุตร บางราย

อาจมีปัญหาครอบครัว หรือเกิดปัญหาด้านการเรียนร่วมด้วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและต่อสังคมโดยรวม เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาการทอดทิ้งบุตร ปัญหาการทำร้ายบุตรซึ่งจะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญทางสังคมต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด มีดังนี้ การป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาวัยรุ่นอาจมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดมากกว่าปกติ เนื่องจากเชิงกรานของมารดาวัยรุ่นอาจไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารก ทำให้ต้องตัดฝีเย็บที่กว้างและลึก ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่ช่องทางคลอด และตกเลือดหลังคลอดได้โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ควรประเมินการเสียเลือด การหดตัวของมดลูกและแผลฝีเย็บ มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะซีดและเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรประเมินความเข้มข้นของเลือดซ้ำ ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัว มีการปรับบทบาททั้ง 2 ฝ่าย โดยครอบครัวต้องสนับสนุนให้มีความมั่นใจ กำลังใจ และร่วมกันเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือการปรับบทบาทที่เหมาะสม โดยอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมทางด้านสังคมจิตวิทยาสำหรับวัยรุ่น<sup>(3)</sup> โดยเฉพาะที่เรียกว่า HEADSSS ซึ่งเป็นการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะสุขภาพทางอารมณ์ สังคมของวัยรุ่น จะช่วยทำให้การดูแลวัยรุ่นเป็นลักษณะองค์รวมมากขึ้น ส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา เพื่อเป็นการสร้างสายใยและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และลดโอกาสที่มารดาวัยรุ่นจะทอดทิ้งบุตร โดยพบว่าความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตร

ด้วยตนเองบางส่วน แนะนำการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกรายอย่างครอบคลุมและชัดเจน เพื่อให้การคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพ ไม่ให้วัยรุ่นหยุดการคุมกำเนิดและตั้งครรภ์ซ้ำเร็วเกินไป

ปัญหาในมารดาวัยรุ่นที่พบบ่อยคือ ภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย และจิตใจของแม่วัยรุ่นและบุตร การปรับบทบาทการเป็นมารดา ความพร้อมในการเลี้ยงดูลูก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งมารดาอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ในปี 2560 - 2565 พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ต่อพันประชากร คิดเป็นร้อยละ 40.9, 36.2, 32.4, 29.6, 25.3 และ 22.8 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> โดยในจังหวัดตรังปี 2560 - 2565 พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ต่อพันประชากร คิดเป็นร้อยละ 41.1, 34.6, 29.6, 27.0, 22.1 และ 19.2 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> ซึ่งอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด แต่ก็พบว่ายังเป็นปัญหาเนื่องจากมารดาวัยรุ่นที่คลอดล้วนมีปัญหาในการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่า 50% และในส่วนของเหลือก็มีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เช่น มารดาวัยรุ่นไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงาน ทำให้ญาติผู้ใหญ่ต้องเป็นฝ่ายเลี้ยงดู ไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร มีปัญหาด้านอารมณ์ ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีปัญหาในการดูแลตนเอง<sup>(5)</sup> ดูแลบุตรปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีหลายปัญหา เช่น เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาคิดว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ<sup>(6)</sup> จากการศึกษาความรู้ในการเพิ่มปริมาณน้ำนม มารดาจึงเข้าใจว่าไม่มีน้ำนมหรือน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก<sup>(7)</sup> ขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>(5)</sup> และให้บุตรดูนมไม่ถูกวิธี การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมถึงไม่ทราบ

วิธีแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค เช่น หัวนมแตก เต้านมคัดตึง และทารกไม่ดูดนมหรือทารกดูดนมไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษากฎการศึกษา มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 2 ราย

## วิธีการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลในมารดาวัยรุ่นจำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้แนวคิดแบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน เป็นกรอบในการศึกษา

## ผลการศึกษา

**กรณีศึกษารายที่ 1 :** หญิงไทยอายุ 19 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลรัฐภูด้วย thick meconium ประวัติตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่ได้ฝากครรภ์ อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 4 วัน คลอดปกติทางช่องคลอดและตัดฝีเย็บ สูญเสียเลือด 150 ซีซี รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ น้ำหนัก 600 กรัม ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด 5 ชม. 5 นาที ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด 2 ชม. 7 นาที ระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด 7 นาที รวมระยะเวลาการคลอด 7 ชม. 19 นาที ทารกคลอดวันที่ 20 มิถุนายน 2567 เวลา 6.48 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,915 กรัม Apgar score นาทีที่ 1 = 8 คะแนน และนาทีที่ 5 = 9 คะแนน มีปัญหาหายใจเร็วต้องส่งไปดูแลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

รับย้ายมารดาวัยรุ่นจากห้องคลอด เวลา 9.00 น. ผลเลือดปกติ ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 37.6°C ซีฟจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/72 มม.ปรอท ระดับคะแนนปวด 3 คะแนน มดลูกหดรัดตัวดี ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ มีเลือดไหลทางช่องคลอด ปกติ กระเพาะปัสสาวะไม่ตึง หัวนมด้านซ้ายปกติ หัวนมด้านขวาสั้น น้ำนมไหลหยุด แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี

เลือดคั่ง Reeda score = 0 คะแนน ใน 24 ชั่วโมงแรก ได้ดูแลบีบน้ำนมแม่ส่งให้บุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้ 2 - 3 ซีซี จำนวน 3 มื้อ และในวันต่อมา รับย้ายทารกจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ตรวจร่างกายปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด อุณหภูมิ 36.9°C ชีพจร 152 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 56 - 58 ครั้ง/นาที ได้นำบุตรดูนมจากเต้าทันที และสอนมารดาให้บุตรดูนมอย่างถูกวิธี ติดตามพบว่ามารดาให้ทารกดูนมแม่ได้ไม่ถึก และมารดาบ่นเจ็บหัวนม สาเหตุจากมารดามีหัวนมด้านขวาสั้น ทำให้ทารกดูดไม่ได้ ประเมิน LACTH Score = 6 คะแนน

วันที่ 2 ของการนอนพักในโรงพยาบาล พบว่ามารดาเต้านมคัดตึง สาเหตุจากมารดาบีบน้ำนมไม่ถูกต้อง บีบได้ครั้งละ 5 - 7 ซีซี ได้ช่วยเหลือมารดาด้วยการบีบและนวดเต้านม ใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า (Electric pump) ช่วยระบายน้ำนม ได้น้ำนม 20 - 30 ซีซี และได้นำบุตรเข้าเต้าที่ถูกวิธี เต้านมคัดตึงน้อยลง ช่วยเหลือมารดาและติดตามการนวดเต้านมและระบายน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง ร่วมกับปรึกษาศัลยกรรมแม่ดูแลร่วม ส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ดูแลร่วม ให้ความรู้ในวางแผนครอบครัวด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 3 ปี โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

วันที่ 3 ของการนอนพักในโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดอาการปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัญญาณชีพปกติ น้ำคาวปลาปกติ ได้รับการฝังยาคุมกำเนิด ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด, การดูแลทารก, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำหน่ายพร้อมบุตร รวมนอนโรงพยาบาล จำนวน 2 วัน หลังออกจากโรงพยาบาลได้มีการติดตามเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 7 วันหลังคลอด และ 14 วันหลังคลอด พบว่ามารดายังมีเต้านมคัดตึง สามารถให้บุตรดูนมแม่จากเต้าได้ และยังบ่นเจ็บหัวนม มารดาบอกว่าปริมาณน้ำนมเริ่มน้อยลง เพราะต้องเลี้ยงดูบุตรกับสามีเพียง 2 คน รู้สึกเหนื่อย

และคิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมน่าจะง่ายกว่า ได้ให้กำลังใจและให้ความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมที่ถูกต้อง

**กรณีศึกษารายที่ 2 :** หญิงไทยอายุ 18 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลกันตังด้วยอายุครรภ์เกินกำหนด ประวัติตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์จำนวน 18 ครั้ง อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 2 วัน คลอดปกติทางช่องคลอดและตัดฝีเย็บ สูญเสียเลือด 200 ซีซี รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ น้ำหนัก 650 กรัม ระยะที่ 1 ของการคลอด 4 ชม. ระยะที่ 2 ของการคลอด 27 นาที ระยะที่ 3 ของการคลอด 11 นาที รวมระยะเวลาการคลอด 4 ชม. 38 นาที ทารกคลอดวันที่ 12 เมษายน 2567 เวลา 00.27 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,795 กรัม Apgar score นาทีที่ 1 = 8 คะแนน และนาทีที่ 5 = 9 คะแนน เยื่อหุ้มรกครบ น้ำหนัก 650 กรัม ไม่ได้ยาเร่งคลอด ระยะที่ 1 = 4 ชม. ระยะที่ 2 = 27 นาที ระยะที่ 3 = 11 นาที

รับย้ายมารดาไว้ร่นจากห้องคลอด พร้อมบุตร เวลา 02.30 น. ผลเลือดปกติ ตรวจร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 37.2°C ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ระดับคะแนนปวด 3 คะแนน มดลูกหดรัดตัวดี ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ มีเลือดไหลทางช่องคลอดปกติ เบื้องหน้ามัยครรภ์ขึ้น กระเพาะปัสสาวะไม่ตึง หัวนมสั้นและมีท่อน้ำนมตึงรั้งทั้ง 2 ข้าง น้ำนมไหลซึม แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มีเลือดคั่ง Reeda score = 0 คะแนน บุตรเพศชาย ตรวจร่างกายปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด อุณหภูมิ 36.8°C ชีพจร 146 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 54 ครั้ง/นาที ได้นำบุตรดูนมจากเต้า และสอนมารดาให้บุตรดูนมอย่างถูกวิธี แนะนำที่ดึงหัวนม (Nipple puller) และสอนวิธีการใช้งาน มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เนื่องจากไม่ได้ทำงาน สามีทำงานคนเดียวและแม่ของมารดาไว้ร่นช่วยเลี้ยงได้ มารดาสามารถใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง ใน 24 ชม. หลังคลอดได้ดูแลให้บุตรได้รับ

นมเสริมโดยป้อนด้วยถ้วย ปริมาณ 10 - 15 ซีซี  
เนื่องจากมารดาน้ำนมไม่พอ

วันที่ 2 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
มารดามีปัญหาหัวนมสั้นทั้ง 2 ข้าง ทำให้ทารกดูดนม  
ได้ไม่ลึก LATCH Score = 5 คะแนน และบิบน้ำนม  
ได้ประมาณ 2 - 3 ซีซี ได้สอนและช่วยเหลือมารดา  
ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ในวันแรกมารดา  
บอกว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาก กังวลว่า  
ปริมาณน้ำนมจะไม่เพียงพอ จึงทำให้ปริมาณ  
น้ำนมมารดาไม่เพิ่มขึ้น พบว่ามารดามีเต้านมคัดตึง  
ระบายน้ำนมได้ไม่ดี มารดาบ่นเจ็บขณะนวดเต้านม  
และบิบน้ำนม ได้ช่วยเหลือด้วยการประคบร้อน  
สลับประคบเย็น และใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า (Electric  
pump) ในการระบายน้ำนม ช่วยเหลือมารดาและ  
ติดตามการนวดเต้านมและระบายน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง  
ร่วมกับปรึกษาศลินิกนมแม่ดูแลร่วม ส่งปรึกษานัก  
สัณศาสตร์กระดูกและร่วม ให้ความรู้ในวางแผน  
ครอบครัวด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 3 ปี โดยให้  
ครอบครัวมีส่วนร่วม

วันที่ 3 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
แพทย์อนุญาตให้มารดาหลังคลอดกลับบ้าน  
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัญญาณชีพ  
ปกติ น้ำคาวปลาปกติ ได้รับการฝังยาคุมกำเนิด  
ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด, การดูแล  
ทารก, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำหน่ายพร้อมบุตร  
รวมนอนโรงพยาบาล จำนวน 2 วัน หลังออกจาก  
โรงพยาบาลได้มีการติดตามเรื่องการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ 7 วันหลังคลอด และ 14 วันหลังคลอด  
พบว่ามารดาสามารถระบายน้ำนมได้ดีขึ้น โดยใช้  
เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าและบิบน้ำนมแม่ด้วยถ้วยให้บุตร  
มีอละ 1 ออนซ์ ปริมาณน้ำนมยังคงเพียงพอ ติดตาม  
ต่ออีก 1 เดือนหลังคลอด มารดาเลี้ยงบุตรด้วย  
นมแม่และนมผสม เนื่องจากมารดาปั๊มนมได้เพียง  
มีอละ 30 - 40 ซีซี มีความวิตกกังวลว่าบุตรได้นมแม่  
ไม่เพียงพอ จึงต้องให้นมผสมควบคู่ไปด้วย ได้ให้  
กำลังใจและให้ความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม  
ที่ถูกต้อง

### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการวินิจฉัยการพยาบาลตามทฤษฎี

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordons	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ	- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน การดูแลตนเองและการวางแผน ครอบครัว - ขาดทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ - มารดามีภาวะซีดเนื่องจากไม่ได้ ฝากครรภ์	- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน การวางแผนครอบครัว - เต้านมมารดาคัดตึง - LACTH = 5 คะแนน เนื่องจาก มารดาหัวนมสั้น ทารกดูดนมได้ไม่ลึก
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและ การเผาผลาญ สารอาหาร	- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน การรับประทานอาหารเพิ่มปริมาณ น้ำนม	- ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องใน การรับประทานอาหารเพิ่มปริมาณ น้ำนม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการวินิจฉัยการพยาบาลตามทฤษฎี (ต่อ)

11 แบบแผนสุขภาพ ของ Gordons	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	- มารดากลัวเวลาเบ่งอุจจาระ เนื่องจากมีแผลฝีเย็บ	- มารดากลัวเวลาเบ่งอุจจาระ เนื่องจากมีแผลฝีเย็บ
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	- เสี่ยงต่อภาวะอ่อนเพลียจากการ พักผ่อนไม่เพียงพอ	- เสี่ยงต่อภาวะอ่อนเพลียจากการ พักผ่อนไม่เพียงพอ
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์ไม่พร้อม	มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์แรก
แบบแผนที่ 7 การรู้จัก ตนเองและอัตมโนทัศน์	มารดาขาดความมั่นใจในการในสรีระ ร่างกายหลังคลอดที่เปลี่ยนแปลง	มารดาขาดความมั่นใจในการในสรีระ ร่างกายหลังคลอดที่เปลี่ยนแปลง
แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ	มารดาวิตกกังวลกับการปรับตัวกับ บทบาทความเป็นมารดา	มารดาวิตกกังวลกับการปรับตัวกับ บทบาทความเป็นมารดา
แบบแผนที่ 10 การ ปรับตัว และการเผชิญ กับความเครียด	- วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากบุตรหายใจเร็วแรกคลอด - วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้าน - วิตกกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนม	วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร - วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร - วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้าน - วิตกกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนม
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	- ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การรับประทานเนื้อสัตว์เนื่องจากมี ความเชื่อว่าจะผลจะหายช้า - ขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน ยาขับเลือดเนื่องจากเชื่อว่าการ รับประทานยาขับเลือดจะช่วยให้ขับ น้ำคาวปลาออกหมด - ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการกิน นมแม่อย่างเดียวเนื่องจากเชื่อว่าหลัง กินนมแม่ต้องกินน้ำตาม	- ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การรับประทานเนื้อสัตว์เนื่องจากมี ความเชื่อว่าจะผลจะหายช้า - ขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน ยาขับเลือดเนื่องจากเชื่อว่าการ รับประทานยาขับเลือดจะช่วยให้ขับ น้ำคาวปลาออกหมด

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน พบว่า รายการกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ซึ่งได้รับการประเมิน ภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบ ปัญหา ทางการพยาบาล คือ มีความวิตกกังวลใน การดูแลตนเองและดูแลบุตร การวางแผนการ

คุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยพบ ปัญหาทางการพยาบาลที่ต่างกันของกรณีศึกษา คือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซีด ตั้งครรภ์ ไม่พร้อม ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอดเนื่องจาก มารดาไม่ได้ฝากครรภ์ มารดามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และมารดาอยากเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมากกว่า แตกต่างจากกรณี ศึกษาที่ 2 มารดาตั้งครรภ์



วัยรุ่น มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ มารดาอยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวได้เมื่อกลับบ้าน

## การพยาบาล

ระยะหลังคลอดมารดามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พยาบาลผู้ดูแลควรประเมินและวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะตกเลือด ติดเชื้อหลังคลอด ภาวะซึมเศร้า หลังคลอดและภาวะเครียด ซึ่งมักเกิดกับมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีใครรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์เกิดความอับอาย ปรับตัวไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เนื่องจากวุฒิภาวะที่ไม่เหมาะสมและไม่พร้อมต่อการมีบุตรบางราย อาจมีปัญหาครอบครัว หรือเกิดปัญหาด้านการเรียนร่วมด้วยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและต่อสังคมโดยรวม เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาการทอดทิ้งบุตร ปัญหาการทำร้ายบุตร ซึ่งจะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญทางสังคมต่อไป โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาวัยรุ่นอาจมีการฉีกขาดของช่องคลอดมากกว่ามารดาวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากเชิงกรานของมารดาวัยรุ่นอาจไม่ได้สัดส่วนกับศีรษะทารก อาจทำให้ต้องตัดฝีเย็บที่กว้างและลึก จึงส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่ช่องคลอด และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด การให้พยาบาลควรประเมินการเสียเลือด การหดตัวของมดลูกและแผลฝีเย็บเป็นระยะ เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ มารดาวัยรุ่นรายที่มีภาวะซีดและเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ควรประเมินความเข้มข้นของเลือดซ้ำ ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. เกิดภาวะซีดจากพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ จากการทำมารดาไม่ได้ฝากครรภ์ และไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ให้การพยาบาลโดยแนะนำมารดา กินยาบำรุงเลือด Fe-fumarate 1 tab bid และ Triforine 1 tab OD กินจนถึง 6 เดือน และแนะนำมารดา กินอาหารบำรุงเลือด เช่น ผักใบเขียว ตับ ไข่แดง เครื่องใน เป็นต้น

3. ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา โดยส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัวมีการปรับบทบาททั้ง 2 ฝ่าย ครอบครัวต้องสนับสนุนให้ความมั่นใจ กำลังใจและร่วมกันเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ พยาบาลผู้ดูแลควรประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือการปรับบทบาทในการเป็นมารดาที่เหมาะสม โดยอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมทางด้านสังคมจิตวิทยาสำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะที่เรียกว่า HEEADSSS<sup>(9)</sup> ได้แก่

- Home/Health อาศัยอยู่กับใคร ความสัมพันธ์กับคนในบ้านเป็นอย่างไร สุขภาพเป็นอย่างไร

- Education กำลังเรียนหรือทำงาน อยู่ที่ไหน ผลการเรียนเป็นอย่างไร อนาคตอยากทำอาชีพอะไร ความสัมพันธ์กับเพื่อนและคุณครูเป็นอย่างไร

- Activity เวลาว่างชอบทำกิจกรรมอะไร

- Drugs ดื่มเหล้า เบียร์ สูบบุหรี่หรือกินยาอะไรบ้าง ปริมาณเท่าไร

- Suicidal/Depression มีเรื่องไม่สบายใจบ้างหรือไม่ เรื่องอะไร กินอาหารได้ปกติหรือไม่ นอนไม่หลับ หรือมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่ เวลามีปัญหาหรือไม่สบายใจทำอย่างไร

- Safety เวลาอยู่บ้านหรือโรงเรียน รู้สึกปลอดภัยหรือไม่



- Sexual activity/Sexual identity เคยมีหรือกำลังมีแฟนอยู่หรือไม่ เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ เพศเดียวกันหรือต่างเพศ มีการคุมกำเนิดอย่างไรซึ่งเป็นการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาสุขภาพทางอารมณ์ สังคมของวัยรุ่น มีหน่วยงานสหวิชาชีพช่วยดูแล จะช่วยทำให้การดูแลวัยรุ่นเป็นลักษณะองค์รวมมากขึ้น

4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อเป็นการสร้างสายใยและความผูกพันระหว่างมารดา ทารก ลดโอกาสที่มารดาวัยรุ่นจะทอดทิ้งบุตร และลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง ดีกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง บางส่วน และลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้จากการที่ครอบครัวมีรายได้น้อย<sup>(10)</sup> การให้พยาบาล โดยการประเมินความพร้อมของมารดาวัยรุ่น สอบถามและประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของมารดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ประเมินความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด เช่น ภาวะความเครียด ความเหนื่อยล้า และปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ช่วยเหลือมารดาในการฝึกปฏิบัติการให้นมครั้งแรก เช่น จัดท่าอุ้มลูกและการประคองเต้านมให้ถูกต้อง ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจ และสร้างกำลังใจและสนับสนุนให้มารดา รู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

5. เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม จึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกรายอย่างครอบคลุมและชัดเจน เพื่อให้การคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพ ไม่ให้วัยรุ่นหยุดการคุมกำเนิดและตั้งครรภ์ซ้ำเร็วเกินไป มารดาวัยรุ่นควรจะคุมกำเนิด

อย่างน้อย 3 – 5 ปี เพื่อให้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม และมีความรับผิดชอบมากขึ้น

6. เสี่ยงต่อความล้มเหลวทางการศึกษา เนื่องจากขาดการวางแผนชีวิตและการกลับไปศึกษาต่อ พยาบาลผู้ดูแลควรประเมินความต้องการของมารดาเรื่องการเรียนต่อและให้คำแนะนำในการวางแผนชีวิตในการกลับเข้ามาศึกษาต่อให้จบการศึกษา วางแผนเรื่องเศรษฐกิจ ส่งเสริมครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาวัยรุ่นและทารก โดยใช้เทคโนโลยีในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่แสวงหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ เนื่องจากสะดวกสบาย สามารถค้นหาข้อมูลได้ตลอดเวลา ชอบใช้โปรแกรมไลน์ เฟสบุ๊ก ในการสื่อสาร พยาบาลมีช่องทางการสื่อสารเหล่านี้ ในการให้คำแนะนำ ข้อมูลความรู้ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สามารถค้นหาได้ทางเว็บไซต์ [www.breastfeedingthai.com](http://www.breastfeedingthai.com) หรือใช้แอปพลิเคชันนมแม่ ใช้การสื่อสารทางไลน์ตั้งเป็นกลุ่ม เพื่อให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรึกษาปัญหาได้โดยง่าย

7. วิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงบุตร โดยให้ข้อมูลการดูแลตนเองและบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปฏิบัติตัวหลังคลอด การวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม และปรึกษาสหวิชาชีพมาร่วมดูแลและติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด และส่งต่อเครือข่ายพื้นที่ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือตามเหมาะสม

### อภิปรายผล

การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ทุกระยะจึงมีความสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีการประเมินภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน การปรับบทบาทการเป็นมารดา โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้วิธีการประเมินตาม HEEDSSS พบว่าสิ่งที่กรณีศึกษาล้ำคล้ายคลึงกัน คือ 1) Eating การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ไม่มีภาวะโรคอ้วน เลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองและบุตร 2) Activity มีการออกกำลังกายบ้างไม่สม่ำเสมอ 3) Drug ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด 4) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองและดูแลบุตร 5) safety ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุหรือความปลอดภัย 6) Sexual activity มีการคุมกำเนิดแบบชนิดยาฝังคุมกำเนิด 3 ปี ส่วนสิ่งที่แตกต่างกัน คือ 1) Home/Health กรณีศึกษารายที่ 1 จะกลับไปอยู่ร่วมกับพ่อตนเองพร้อมสามีและทำงานรับจ้างทั่วไป และมีน้องที่ต้องเลี้ยงดูอีก 2 คน กรณีศึกษารายนี้จึงมีความวิตกกังวลเรื่องความเป็นอยู่เศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งมารดาไม่ค่อยแสดงออกถึงความต้องการและความรู้สึกทำให้การค้นหาปัญหาของผู้ดูแลต้องใช้เวลา สร้างความไว้วางใจค่อนข้างนาน กรณีศึกษาที่ 2 มีครอบครัวสนับสนุน ส่งเสริมทำให้มารดามีความมั่นใจในการปรับตัว ปรับบทบาทการเป็นมารดา 2) Education กรณีศึกษาที่ 1 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตั้งครรภ์ขณะเรียนหนังสือ มารดาไม่ได้ฝากครรภ์ มารดาจึงมีความวิตกกังวลและต้องการไปเรียนต่อให้จบ กรณีศึกษาที่ 2 มารดาไม่ได้เรียนหนังสือแล้ว และมีความพร้อม ตั้งใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ มีการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ จะเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบทางการศึกษา โดยมารดาวัยรุ่นพักการศึกษา เนื่องจากจำเป็นต้องหาเลี้ยงตัวเอง อาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี ซึ่งการดูแลกรณีศึกษามีความยุ่งยากในการดูแลคือ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีองค์ความรู้ จิตวิทยา ทักษะในการประเมินปัญหาและการให้การพยาบาล

อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาวัยรุ่นทั้ง 2 ราย หลังคลอด พบว่า

1. มารดาขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด มีความวิตกกังวล ในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้นมบุตร ทำให้ต้องกระตุ้นช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และฝึกปฏิบัติ หลายครั้ง จึงมีความมั่นใจมากขึ้น

2. ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ไม่ตระหนักถึงผลกระทบ ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้วัยรุ่นไม่ระมัดระวังและขาดการป้องกัน เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการไม่เห็นความสำคัญของการคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำได้ ซึ่งในปัจจุบันพบอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นเรื่อย

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารงาน โดยหัวหน้าแผนกควรมีการสะท้อนการปฏิบัติงาน เพื่อปรับปรุงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อพบปัญหาในการพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การประชุมดังกล่าวควรมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการทบทวนแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นแก่บุคลากร เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

## 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ความรู้และทักษะในการพยาบาล โดยพยาบาลประจำหลังคลอดต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้การพยาบาลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ควรมีความไวในการประเมินความต้องการ และการให้ความช่วยเหลือเฉพาะบุคคล เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสภาวะทางร่างกายและจิตใจของมารดาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.2 การทบทวนการให้คำปรึกษา ควรมีการจัดทบทวนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โดยมุ่งเน้นการค้นหาปัญหาเฉพาะบุคคลและการวางแผนให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับมารดารายนั้นๆ เพื่อสนับสนุนและให้การดูแลที่ครอบคลุมตามความต้องการ

3. ด้านสิ่งสนับสนุนการพยาบาล ควรจัดทำวิดีโอการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การดูแลบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการวางแผนครอบครัว โดยให้มี QR code สำหรับให้มารดาวัยรุ่นสามารถสแกนเข้าถึงเอกสารและวิดีโอการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกในการศึกษาและสามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเมื่อจำเป็น

### เอกสารอ้างอิง

1. มาลีวัล เลิศสาครศิริ และ สาลี แซ่แป้. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่า และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2562; 11(3): 10-23.

2. มาริยา สุทธินนท์, ชุติกาญจน์ แซ่ตัน และ ศศิธร กำพันธ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2564; 8(1): 96-109.
3. แสงจันทร์ สุนันตะ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และ วรรณภา พาหุวัฒนกร. ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกและขยายต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559; 17(2): 34-125.
4. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การเสริมพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2561; 4(2): 8-16.
6. ศุภวดี แถวเพ็ญ, วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์ุ และ อักษรานัฐ ภัคดีสมัย. พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในหญิงไทยหลังคลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(2): 39-123.
7. นรินทร์ทิพย์ อนันตกุลนธิ, วรรณภา พาหุวัฒนกร, นิตยา สิ้นสุกใส และ พฤษส จันร์ประภาพ. ปัจจัยทำนายการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในมารดาวัยรุ่น. วารสารการพยาบาลดูแลสุขภาพ. 2558; 33(3): 52-61.

8. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ชบา คำปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561; 41(4): 76-87.
9. สุภิญญา อินอิว. การประเมินพฤติกรรมและจิตสังคมของวัยรุ่น. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเล่ม 4. กรุงเทพฯ: ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2561.
10. ฉมาพร หนูเพชร, ศศิธร พุ่มดวง และ สุรีย์พร กฤษเจริญ. ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองและมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยตนเองบางส่วน. บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาตใหญ่วิชาการ เรื่อง “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย” ครั้งที่ 4; 10 พ.ค. 2565.

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา  
Nursing care of patients with ventilator-associated pneumonia : Case study

วนิดา เดชภักดี\*  
Wanida detpukdee\*

บทคัดย่อ

**บทนำ :** ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง และบางรายอาจเกิดเชื้อดื้อยาทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตสูง

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย

**วิธีการศึกษา :** ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน แล้วนำมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตามแนวทาง The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะการวางแผนจำหน่าย

**ผลการศึกษา :** การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะ Acute Gastroenteritis with Sepsis with Acute Respiratory Failure และกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะ Pneumonia with Acute Respiratory Failure พักรักษาตัว ณ หออภิบาลโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตรัง ในระยะวิกฤตต้องย้ายหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตทั้งสองราย เพื่อดูแลเรื่องระบบทางเดินหายใจ ส่งเสมหะตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อจุลชีพ Acinetobacter baumannii (CRAB MDR) หลังจากให้การพยาบาลตามแนวทางของกลุ่มงานการพยาบาลด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์ให้กลับบ้านได้ และกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีประวัติปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังต้องอาศัยออกซิเจนแพทย์ส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน

**คำสำคัญ :** ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยวิกฤต

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

## Abstract

**Background:** Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a hospital-acquired infection with serious consequences, causing harm to patients, their families, and the hospital. When VAP occurs, it leads to increased medication use, higher costs, and, in some cases, the development of drug-resistant bacteria. This can result in prolonged hospital stays and a higher risk of mortality.

**Objective:** To study and compare the nursing care provided to two patients with ventilator-associated pneumonia.

**Methods:** Nursing care for two patients with ventilator-associated pneumonia was studied. Data were collected from medical records, and relatives were interviewed using Gordon's 11 health patterns. Nursing diagnoses were formulated based on the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) guidelines. Nursing care was provided, and outcomes were assessed in three phases: the critical phase, the rehabilitation phase, and the discharge planning phase.

**Results:** Nursing care was provided for two case studies of patients with ventilator-associated pneumonia (VAP). The first case involved a patient with acute gastroenteritis, sepsis, and acute respiratory failure, while the second case involved a patient with pneumonia and acute respiratory failure. Both patients were initially treated in the respiratory care unit at Trang Hospital. During the critical phase, they were transferred to the intensive care unit for respiratory management. Sputum cultures revealed the presence of *Acinetobacter baumannii* (CRAB MDR). Following the nursing protocols established by the Infection Control and Prevention Nursing Division and completing the planned antibiotic treatment, both patients showed progressive improvement. The first patient was discharged by the physician, while the second patient, who had a history of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), required ongoing oxygen therapy and was referred to a community hospital for continued care.

**Keywords :** ventilator-associated pneumonia, critically ill patient.

## บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia : VAP) พบมากเป็นอันดับหนึ่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด<sup>(1)</sup> ศูนย์เฝ้าระวังการติดเชื้อระดับชาติในสหรัฐอเมริกา [The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and National Healthcare Safety Network (NHSN)] รายงานว่า ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งพบได้ตั้งแต่ ร้อยละ 20 - 50 ของการติดเชื้อทั้งหมดในโรงพยาบาล<sup>(2)</sup> สาเหตุการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามหลักระบาดวิทยา ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ คน (host) เชื้อก่อโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment) ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้เพิ่มวันนอนรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเฉลี่ย 31.13 วัน<sup>(3)</sup> เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยถึง ร้อยละ 60 ของการตายจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด<sup>(4)</sup> ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหมายถึงการติดเชื้อที่ปอดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 - 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีภาวะปอดอักเสบอยู่แล้วและได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว โดยแสดงอาการ ได้แก่ ไข้ลดลง ติดต่อกัน 24 - 48 ชั่วโมง เสมหะน้อยลง หายใจดีขึ้น เป็นต้น หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการของปอดอักเสบเกิดขึ้นใหม่อาจจะมีสาเหตุจากเชื้อตัวใหม่ ให้ถือเป็นการเกิดปอดอักเสบครั้งใหม่<sup>(5)</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น อายุมาก การเจ็บป่วยรุนแรง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ภาวะทุพโภชนาการ

การนอนโรงพยาบาลนาน มีประวัติสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงด้านการรักษา ได้แก่ ได้รับยาระงับประสาท ยาสเตียรอยด์หรือยาลดกรด การสำลักขณะให้อาหารทางสายยาง หลังการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับอาการและอาการแสดงที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ มีไข้โดยไม่มีสาเหตุอื่น (อุณหภูมิร่างกาย > 38.0 องศาเซลเซียส) ภาวะ leukopenia (WBC < 4,000/mm) หรือ leukocytosis (WBC >12,000/mm) ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปี โดยไม่พบสาเหตุอื่น อาการและอาการแสดงทางเดินหายใจอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้เป็น เริ่มมีเสมหะเป็นหนอง หรือลักษณะเสมหะเปลี่ยนไปหรือเสมหะมีมากขึ้น หรือต้องดูดเสมหะบ่อยขึ้น เริ่มไอ หรือไอรุนแรงขึ้น หรือหายใจลำบาก หรือหายใจเร็ว ตรวจพบ rales หรือ bronchial breath sound การแลกเปลี่ยนอากาศเลวลง (worsening gas exchange) ได้แก่ O<sub>2</sub> desaturation เช่น อัตราส่วน PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 240 ร่วมกับผลการอ่านภาพรังสีทรวงอก ตั้งแต่ 2 ภาพขึ้นไป พบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่และไม่หายไปหรือเป็นมากขึ้น อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้เป็น Infiltrate, Consolidation, Cavitation<sup>(6)</sup>

ข้อมูลการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล ตรง ระหว่างปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3.98, 5.58 และ 4.07 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ<sup>(7)</sup> ในฐานะพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งมีหน้าที่วางแผน ออกแบบระบบงานบริหารจัดการ และติดตามกำกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงต้องติดตามเรื่องการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลตรงปัญหาหนึ่ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทาง ในการป้องกัน



การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป เพื่อลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลต้ง โดยพยาบาลและทีมสุขภาพต้องปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้การนอนโรงพยาบาลนาน ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาของทีมสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย

### วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยที่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย จากนั้นศึกษาประวัติผู้ป่วยและเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยกับการดูแลที่ควรเป็นไปตามทฤษฎี โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยา และข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการปอดอักเสบเพื่อนำมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบตามทฤษฎีและใช้รูปแบบการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลต้ง จังหวัดต้ง เลขที่ 045/08-2567

### ผลการศึกษา

#### กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี มาด้วยหลังรับประทานหอย มีอาการไข้ อาเจียน 6 ครั้ง ถ่ายเหลว 8 ครั้ง ไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน หลังจากนั้นหายใจเหนื่อย แพทย์ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมาโรงพยาบาลต้ง แพทย์วินิจฉัย Acute Gastroenteritis with Sepsis with Acute respiratory failure ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง แรกรับที่หออภิบาลโรคทางเดินหายใจ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.0 ลึกขีด 20 มุมปาก ต่อเครื่องช่วยหายใจ โดยตั้งค่า CMV mode, TV 450, RR 16, PEEP 5, FiO<sub>2</sub> 0.4 สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/61 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92 - 93% ผล CXR No Infiltration ผลเพาะเชื้อจากเสมหะไม่พบเชื้อ แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm vein OD ระยะวิกฤตมีปัญหาเรื่องเหนื่อยหอบ ติดตามตรวจก๊าซในหลอดเลือดแดง มีภาวะ Metabolic Acidosis และ Respiratory Alkalosis แพทย์ปรับค่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับให้ยาแก้ภาวะ Metabolic Acidosis และ Respiratory Alkalosis ผู้ป่วยหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจ แพทย์พิจารณาให้ยา Fentanyl (10:1) drip rate 10 ml/hr. ร่วมกับ Dormicum (1:1) drip rate 10 ml/hr. มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ 84/59 มิลลิเมตรปรอท ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อให้ยาและวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง รวมถึงการประเมินความเพียงพอของสารน้ำ โดยบันทึกน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ใส่สายสวนปัสสาวะ (Retain foley's cath) บันทึกจำนวนปัสสาวะ ได้ยาเพิ่มความดันโลหิตเป็น Levophed 8 mg + 5% DW 100 cc. rate 10 cc/hr. ปรับเพิ่ม

ยาตามแผนการรักษา และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 gm vein ทุก 8 hr. แพทย์ให้ยาลดกรดเนื่องจากช่วงนี้ผู้ป่วยยังคงดื่มน้ำดอาหาร เว้นยา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีปัญหาเรื่องโพแทสเซียมและแคลเซียมในเลือดสูง ร่วมกับภาวะ Acute Tubular Necrosis ปรีक्षा แพทย์อายุรกรรมโรคไต พิจารณาให้ฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (Continuous renal replacement therapy, CRRT) และฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม หลังจากพ้นระยะวิกฤตสามารถหยุดยาเพิ่มความดันโลหิต และ Fentanyl, Domicum ได้ แต่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หลังใส่ท่อช่วยหายใจนาน 9 วัน ผู้ป่วยมีไข้สูง อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย 30 ครั้ง/นาที ภาพรังสีทรวงอกพบ Right hilar infiltration CBC พบ WBC 12,800 cel/cu.mm ผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii (CRAB\_MDR) ซึ่งเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ CDC มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปรีक्षा แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อปรับยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 gm vein ทุก 12 hr. ร่วมกับ Colistin 150 mg vein OD เริ่มให้อาหารทางสายยาง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนให้อาหาร โดยให้อินซูลินฉีดตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากได้ยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน ติดตามผลการตรวจรังสีทรวงอก พบ infiltration ลดลง ส่วนผลเพาะเชื้อจากเสมหะ พบ Few Leukocyte อาการดีขึ้น ย้ายกลับตึกสามัญ แพทย์แนะนำเจาะคอเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจนาน ก่อนผ่าตัดตรวจเลือด มีปัญหาขีดความเข้มข้นของเลือด 13.9% แพทย์ให้เลือดโดยได้เลือดทั้งหมด 4 ยูนิต และติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังได้เลือด 25% หลังจากเจาะคอ ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาไข้สูงรอบใหม่ อุณหภูมิ 38.2 - 38.8 องศาเซลเซียส แพทย์ติดตามการติดเชื้อ โดยส่ง CBC, UA, Sputum G/S, C/S, H/C, CXR โดยผลเพาะเชื้อในเลือดและในปัสสาวะไม่พบเชื้อ แต่ผล

เพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii (CRAB\_MDR) ซึ่งเป็นเชื้อเดิม แต่ผล CXR No Infiltration หลังจากนั้นมีความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย แพทย์ให้สารน้ำครบ 2 ลิตร แต่ความดันโลหิตยังต่ำจึงได้ยาเพิ่มความดันโลหิต เริ่มให้อาหารปฏิชีวนะอีกรอบร่วมกับใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และย้ายตึกผู้ป่วยวิกฤต หลังจากนั้นปรีक्षा แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อแพทย์วินิจฉัย Septic Shock ดูแลให้ยา Meropenem 1 gm vein ทุก 12 hr X 7 day ร่วมกับ Colistin 100 mg vein ทุก 12 hr X 10 day หลังยาปฏิชีวนะครบ ติดตามผลการตรวจรังสีทรวงอก No New Infiltration ผลเพาะเชื้อในเลือดและในปัสสาวะไม่พบเชื้อ ผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบ Few Leukocyte ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจเองได้ แพทย์ให้กลับบ้านได้โดย On Jackson tube ใส่สายให้อาหารเพื่อให้อาหารทางสายยางที่บ้าน และนัดติดตามอาการ รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 58 วัน

## กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาด้วยอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อย รักษาโรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาเหนื่อยขึ้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลต้ง แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Acute Respiratory Failure ผู้ป่วยมีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน แรกรับที่หอบหืด โรคทางเดินหายใจ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 ลิกซิด 21 มุมปาก ตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ CMV mode, TV 450, RR 16, PF 60, PEEP 5, FiO<sub>2</sub> 0.6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/92 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90% ผล CXR แรกรับพบ infiltration ของปอดทั้งสองข้าง ร่วมกับผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii ได้ยาปฏิชีวนะ meropenem 1 gm vein ทุก 8 hr.

หลังจากนั้นมีปัญหาความดันโลหิตต่ำ 84/59 มิลลิเมตรปรอท ได้ยาเพิ่มความดันโลหิตเป็น Levophed 4 mg + 5% DW 250 cc rate 10 cc/hr. แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อให้ยา และวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง เพื่อประเมิน ความเพียงพอของสารน้ำ ใส่สายสวนปัสสาวะ (Retain foley's cath) บันทึกรูปร่างเข้า-ออกในร่างกาย แพทย์วินิจฉัย Sepsis ย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาล ผู้ป่วยวิกฤต เพื่อดูอาการอย่างใกล้ชิด ในระยะวิกฤต มีปัญหาเรื่องเหนื่อยหอบ ติดตามผลการตรวจก๊าซ ในหลอดเลือด มีภาวะ Respiratory acidosis แพทย์ ปรับตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับให้ยาแก้ภาวะ Respiratory acidosis ผู้ป่วยหายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ แพทย์พิจารณาให้ยา Fentanyl (10:1) drip rate 5 ml/hr. ร่วมกับ Dormicum (1:1) drip rate 5 ml/hr. แพทย์จึงให้ยาลดกรดเนื่องจากช่วงนี้ยังคง งดน้ำดื่มน้ำอาหารยกเว้นยา หลังจากเริ่มให้อาหารทางสายยางจึงติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและให้ยา อินซูลินฉีดตามแผนการรักษา หลังพ้นระยะวิกฤต สามารถหยุดยาเพิ่มความดันโลหิตและ Fentanyl, Dormicum ได้ หลังยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน ไข้ลดลง ผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบ Few Leukocyte ผล การตรวจรังสีทรวงอก พบ infiltration ลดลง แต่มี ปัญหาเรื่องซีด ความเข้มข้นของเลือด 18.7% ได้

เลือดทั้งหมด 3 ยูนิต ติดตามความเข้มข้นของเลือด 29.6% หลังใส่ท่อช่วยหายใจนาน 23 วัน ผู้ป่วยมี ไข้สูงรอบใหม่ อุณหภูมิร่างกาย 39.8 - 40 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย 38 ครั้ง/นาที CBC พบ WBC 21,100 cell/cu.mm ผลเพาะเชื้อ จากเสมหะพบเชื้อ Acinetobacter baumannii (CRAB\_MDR) ภาพรังสี ทรวงอก (27 พ.ค. 67) พบ Infiltration รอบใหม่ ซึ่งเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ CDC มีการติดเชื้อ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปรีกษา แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อให้ยาปฏิชีวนะ meropenem 1 gm vein ทุก 12 hr., Colistin 150 mg vein OD หลังจากนั้นมีปัญหาเรื่องความดัน โลหิตต่ำ 80/57 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำครบ 1.5 ลิตร และให้ยา Levophed 4 mg+5% DW 250 cc rate 10 cc/hr. หลังจากสัญญาณชีพดีขึ้น แพทย์ พิจารณาหยุดยาเพิ่มความดันโลหิตได้และย้ายเตียง สามัญ ผู้ป่วยยังไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ต้องเจาะคอ หลังจากได้ยาปฏิชีวนะครบ 14 ติดตาม ผลการตรวจรังสีทรวงอกพบ Infiltration ลดลง ส่วนผลเพาะเชื้อจากเสมหะพบ Few Leukocyte ไม่พบเชื้อดี้อยา สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ On Collar mask 5-10 LPM ส่งต่อโรงพยาบาล ชุมชน เนื่องจากต้องรักษาแบบ Oxygen Therapy รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 48 วัน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี น้ำหนัก 53 กก. ส่วนสูง 15 ซม.	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี น้ำหนัก 75 กก. ส่วนสูง 160 ซม.
การวินิจฉัยโรคแรก	Acute Gastroenteritis with Sepsis with Acute Respiratory Failure	Pneumonia with Acute Respiratory Failure
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ (VAP)	9 วัน	23 วัน
ระยะนอนโรงพยาบาล	58 วัน	48 วัน
อาการสำคัญ	1 วันก่อนมา หลังรับประทานหอยมีไข้ ถ่ายเหลว	2 ชั่วโมงก่อนมา เหนื่อยหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาลชุมชน
อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วันก่อนมา รับประทานหอย จากนั้นช่วงค่ำ มีไข้ อาเจียน 6 ครั้ง ถ่ายเหลว 8 ครั้ง นอนรักษาโรงพยาบาลชุมชนมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้นต้องใส่ท่อช่วยและ Refer โรงพยาบาลตราง	3 วันก่อนมา ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย Admit โรงพยาบาลห้วยยอด 2 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ใส่ท่อช่วยหายใจจึงส่งต่อโรงพยาบาลตราง
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาลิเทียม	โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 5 ปี เบาหวาน 5 เดือน รับประทานยาโรงพยาบาลห้วยยอด
ประวัติการเสฟลิ่งเสฟตีด	ปฏิเสธการเสฟลิ่งเสฟตีด	สูบบุหรี่ >10 มวนต่อวันมากกว่า 20 ปี ปัจจุบันสูบ 3 - 4 มวนต่อวัน ดื่มสุราทุกวันหยุดมา 5 - 6 เดือน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	WBC 21,100, Neutrophil 81.2, Potassium 5.6 ผลเพาะเชื้อจากเสมหะ Numerous Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) 9 วันหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ Rt. hilar Infiltration Pneumonia VAP	WBC 12,800 BUN 43 ผลเพาะเชื้อจากเสมหะ Numerous Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) ภาพรังสีทรวงอก Infiltration, Atelectasis 23 วันหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ New Infiltration
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Acinetobacter baumannii (CRAB_MDR) with Septic shock	Infected diarrhea with Septic shock with Pneumonia VAP cinetobacter baumannii (CRAB_MDR)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัวและการรักษารับประทานต่อเนื่องและมาตามแพทย์นัด มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก	ทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัวและการรักษารับประทานต่อเนื่องและมาตามแพทย์นัด มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	งดน้ำและอาหารในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นใส่สายจุกให้อาหารเหลวทางสายยาง	งดน้ำและอาหารในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นใส่สายให้อาหารทางจุกให้อาหารเหลวทางสายยาง
การขับถ่าย	ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกน้อยในช่วงแรก เนื่องจากมีภาวะช็อก เมื่ออาการดีขึ้นปัสสาวะวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี มีปัญหาถ่ายเหลวในช่วงแรก หลังจากนั้นท้องผูกเป็นบางช่วง ได้ยาระบายดีขึ้น	ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ในช่วงแรกมีปัญหาปัสสาวะออกน้อย มีอาการท้องผูก ต้องใช้ยาระบายเป็นบางครั้ง
กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยบนเตียง ญาติจะช่วยในการออกกำลังกายบนเตียง	ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยบนเตียง ญาติจะช่วยในการออกกำลังกายบนเตียง
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับไม่เป็นเวลาเนื่องจากมีปัญหาเรื่องถ่ายเหลว หายใจเหนื่อย มีการทำหัตถการบ่อย ช่วงหลังที่อาการดีขึ้นจะหลับได้เป็นเวลามากขึ้น	นอนหลับไม่เป็นเวลา เนื่องด้วยปัญหาเรื่องอาการของโรคและการให้การพยาบาลอย่าง ใกล้ชิดในช่วงระยะวิกฤต
สติปัญญาและการรับรู้	ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ glasgow coma scale = E4VTM6 ผู้ป่วยได้ยินชัดเจน	ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ glasgow coma scale = E4VTM6 ผู้ป่วยได้ยินชัดเจน
การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ยอมรับการเปลี่ยนแปลงขณะเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือ และรับฟังคำแนะนำ	ยอมรับการเปลี่ยนแปลงขณะเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือ และรับฟังคำแนะนำ
บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ในบ้านรักใคร่กันดี มีบุตรดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวสมาชิกในบ้านรักใคร่กันดี มีภรรยาและลูกหลานมาสลับกัน
เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ อวัยวะไม่บวมแดง	ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ อวัยวะไม่บวมแดง มีรอยแดงบริเวณขาหนีบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบของกอร์ดอน กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	สีหน้ากังวล แต่บุตรจะพูดคุยให้กำลังใจ	มีสีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากนอนรักษานาน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเจาะคอ
ความเชื่อ	ญาติเชื่อมั่นในการรักษาทาง การแพทย์และที่มพยาบาลในการดูแลรักษา	ญาติเชื่อมั่นในการรักษาทาง การแพทย์และเชื่อว่าไม่นานผู้ป่วยจะดีขึ้น

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

สำหรับกรณีศึกษาทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนและต่างในบางประเด็น โดยแบ่งตามระยะได้ดังนี้

#### ระยะวิกฤต

1. เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจากการติดเชื้อให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยติดตามผลการตรวจก๊าซในหลอดเลือดแดงเพื่อปรับแผนการรักษา เช่น การปรับค่าเครื่องช่วยหายใจ การแก้สมดุลกรด-ด่างโดยการให้ยา<sup>(8)</sup> ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ติดตามดูค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ดูแลให้ Fentanyl และ Dormicum ตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการต้านเครื่องช่วยหายใจ ผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อัตราการหายใจ 20 - 26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 11 - 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 - 100% และกรณีศึกษารายที่ 2 อัตราการหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 - 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 - 99% ติดตาม ABG ในช่วง 3 วันแรก และสามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤตได้

2. เกิดการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะช็อกจากการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน ให้การพยาบาล โดยประเมินติดตามสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที เพื่อติดตามดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้ยากระตุ้นความดันโลหิตร่วมกับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อให้ยาและวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ จนสามารถทำให้กรณีศึกษาพ้นระยะวิกฤต

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อปอดอักเสบ สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การพยาบาล โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) ตามหลัก 5 moment การป้องกันการสำลัก (Aspiration precautions) โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา ตลอดเวลาถ้าไม่มีข้อห้าม และให้อาหารทางสายโดยวิธี Continuous feeding ให้ช้าๆ ไม่เร็วกว่า 30 นาทีต่อมื้อ ป้องกันการปนเปื้อน (Prevention contamination) ดูแลความสะอาดช่องปาก (Oral care) การเคลื่อนไหวย่อยเพื่อป้องกันการคงสภาพของกล้ามเนื้อ (M : Mobilization) เริ่มให้อาหารให้เร็วเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหาร



เพียงพอ (E : Early Feeding) โดยไม่เกิดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะวิกฤต<sup>(9-10)</sup>

4. ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต โดยต้องให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับอาการแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัยเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียดญาติมีความเครียดลดลง

#### ระยะฟื้นฟู

1. เกิดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Colistin 300 mg ทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้ 150 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง และ Meropenem 2 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ<sup>(11)</sup> เมื่อได้ยาครบตามแผนการรักษาติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำในกรณีศึกษาครั้งที่ 1 พบผล WBC 10,300 cell/cu.mm ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะพบ few leukocyte และผลการตรวจรังสีทรวงอก No infiltration กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผล CBC : WBC 11,500 cell/cu.mm ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะพบ few leukocyte และผลการตรวจรังสีทรวงอก No infiltration

2. เกิดภาวะช็อค โดยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ปัญหาช็อคความเข้มข้นของเลือด 13.9% กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ความเข้มข้นของเลือด 18.7% ให้การพยาบาล โดยให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงจากการให้เลือดติดตามผลความเข้มข้นของเลือด ผลการพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายไม่มีอาการข้างเคียงขณะให้เลือด หลังได้เลือดครบติดตามความเข้มข้นซ้ำได้ 25% และ 29.6% ตามลำดับ

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยนำมาตรการ CAUTI bundle มาใช้อย่างเคร่งครัด คือ การดูแลระบบการระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิดให้มากที่สุด ไม่ถอดสายออกจากท่อปัสสาวะโดยไม่จำเป็น ตรวจสอบไม่ให้สายพับงอ ให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ ประเมินความจำเป็นในการใส่และถอดออกเมื่อไม่จำเป็น เปลี่ยนใหม่กรณีอุดตัน มีตะกอน สงสัยว่ามีการติดเชื้อเมื่อตรวจปัสสาวะ ก่อนและหลังตรวจให้ล้างมือทุกครั้ง และเช็ดตำแหน่งที่จะเปิดด้วย 70% Alcohol ก่อนและหลังตรวจปัสสาวะ การทำความสะอาดอวัยวะเพศวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และหลังขับถ่ายทุกครั้ง ผลการประเมินพบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายเมื่อถอดสายสวนสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากระดับความรู้สึกตัวลดลง ให้การพยาบาลโดยช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสะอาดร่างกายไม่ให้เสื้อผ้าอับชื้น โดยเฉพาะเมื่อขับถ่าย ประเมิน Braden scale เวนละครั้ง ดูแลช่วยเหลือในการกระตุ้นพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใส่ที่นอนลม ประเมินผล พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายไม่เกิดแผลกดทับขณะอยู่โรงพยาบาล

5. เสี่ยงต่อการเกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ให้การพยาบาลโดยใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact precaution) อย่างเคร่งครัด มีการจัดแยกโซนผู้ป่วย การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย การใช้เครื่องป้องกันร่างกายแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์และของใช้ต่างๆ ของผู้ป่วย การทำลายเชื้อในอุปกรณ์ทางการแพทย์และ



สิ่งแวดล้อม รวมถึงผ้าและการจัดการขยะ สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแนวทาง รวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และจำกัดการเยี่ยม ประเมินผล พบว่า ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ

6. ญาติมีความรู้และทักษะ ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอ On Jackson tube และใส่สายให้อาหารทางสายยาง ให้การพยาบาลโดยวางแผนจำหน่าย รูปแบบ D-METHOD D-Disease คือ การให้ความรู้เรื่องโรค อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สาเหตุการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด โรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดเชื้อดื้อยา รวมถึงโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย การป้องกันการเกิดซ้ำของโรค M-Medicine สอนให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและผลข้างเคียงของยา E-Environment & Economic แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลทำความสะอาดบริเวณบ้าน และห้องพักของผู้ป่วยให้สะอาด และมีการระบายอากาศที่ดี เติงที่เหมาะสม รวมถึงอาจต้องเตรียมที่นอนลมเนื่องจากผู้ป่วยยังต้องนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ T-Treatment แนะนำเกี่ยวกับการดูแลกรณีใส่ท่อเจาะคอ การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง H-Health การดูแลสุขภาพ แนะนำเรื่องการดูแลความสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน การทำกายภาพเพื่อป้องกันภาวะข้อติด O-Out patient มาตรวจ ตามนัดให้มาพบแพทย์ ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาก่อนนัด D-Diet อาหารที่เหมาะสมในการบริโภคของผู้ป่วยเป็นอาหารเหลวให้ทางสายยาง แนะนำการใช้บริการ โทร 1669 เมื่อมีอาการผิดปกติฉุกเฉินที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

สำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 เกิดภาวะไตวายเนื่องจากมีภาวะขาดสารน้ำอย่างรุนแรงจากการถ่ายเหลวจนเกิดภาวะช็อกทำให้การขับของเสียลดลง ให้การพยาบาลโดยการใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะวิกฤต หลังจากนั้นส่งฟอกด้วยเครื่องไตเทียมจนสามารถแก้ปัญหาไตวายเฉียบพลันได้ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ให้การพยาบาลโดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีปัญหาโพแทสเซียมสูง แพทย์ให้ยาแก้ภาวะโพแทสเซียมสูง และติดตามผลข้างเคียงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### วิจารณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ มีภาวะหายใจล้มเหลวตั้งแต่แรกจำเป็นต้องรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ภาวะโรคของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อจากภาวะลำไส้อักเสบจากการได้รับเชื้อจากการรับประทานหอยแล้วมีอาการอาเจียน ถ่ายเหลว และกรณีศึกษารายที่ 2 มีการติดเชื้อปอดอักเสบ โดยผลรังสีทรวงอกผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอาการแตกต่างกันตามตำแหน่งการติดเชื้อ โดยกรณีศึกษารายทั้ง 2 รายเพาะเชื้อจากเสมหะ พบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (CRAB\_MDR) ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลในระยะวิกฤต และมีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นช่วงที่ต้องอาศัยรวดเร็วในการให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาวิกฤตที่อาจจะส่งผลแก่ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในช่วงนี้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงต้องมีการปฏิบัติตามแนวทาง

การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเคร่งครัดตามแนวทางปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้หลักการ VAP bundle : WHAPO ME นอกจากนี้ในช่วงระยะวิกฤตเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการมีชีวิตรอด ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจของญาติในการยินยอมให้การรักษา ในกรณีนี้ผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวที่จะสามารถตัดสินใจได้ ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ได้รับยาลดการหลังกรดและยาระงับประสาท หลังให้การดูแลตามนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลด้านควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลตรัง WHAPO ME ร่วมกับใช้มาตรการการดูแลผู้ป่วยดื้อยา และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ติดตามผลเพาะเชื้อจากเสมหะ ไม่พบเชื้อดื้อยา โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ต้องเจาะคอเพราะใส่ท่อช่วยหายใจนาน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 สามารถหย่าออกซิเจนและกลับบ้านได้ ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้ ต้องส่งต่อเพื่อให้ออกซิเจนโรงพยาบาลใกล้บ้าน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนข้อมูลการติดเชื้อร่วมกับทีม โดยนำข้อมูลการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มาทบทวนและแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อประเมินสถานการณ์และวางแผนการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติ โดยจัดทำและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมและอัปเดตตามมาตรฐานและข้อมูลใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูงสุด

3. ประเมินสมรรถนะของบุคลากร โดยดำเนินการประเมินสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าการปฏิบัติของบุคลากรเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และสามารถปรับปรุงการปฏิบัติได้ทันทีหากจำเป็น

4. การนิเทศและกำกับ การปฏิบัติ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีบทบาทในการนิเทศ กำกับดูแล และติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติของทีมพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด

5. อบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย

#### เอกสารอ้างอิง

1. รัตนาภรณ์ ปาลีนิเวศ, ธนิษฐา สุทธิ, รัชณี ผิวผ่อง, จารุวรรณ เยียรพันธ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565; 37(2): 51-441.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated pneumonia [PNEU]) event [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvcapcurrent.pdf>

3. กัญญา เลี่ยนเครือ, สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร และ ศิริกุล การุณเจริญพานิชย์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2565; 7(9).
4. ดวงมาลย์ คำหม่อม. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่. *Journal of the Phrae Hospital*. 2565; 30(1): 15-31.
5. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2563.
6. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2561.
7. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลตรัง. รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลตรัง ประจำปีงบประมาณ 2564-2566 [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลตรัง; 2565.
8. พิมาภรณ์ อรรคแสง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2564; 18(1): 21-106.
9. เพิ่มพูน ศิริกิจ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการติดเชื้อดื้อยา: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2565; 19(1): 89-106.
10. เมตตา เขียวแสง, อรสุดา โสภภาพรม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ และ ยดา สุธีรตานต์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาศิวดี. *Mahidol R2R e-Journal*. 2563; 7(1): 98-109.
11. อะเกื้อ อุณหเลขกะ. การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: บริษัท นันทพันธ์พริน ตั้ง จำกัด; 2565.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

การพัฒนาแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม  
เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ  
Development of a model for upgrading business establishments into Wellness  
Center in Maha Sarakham Province to support Health Economic Policy

รัฐวดี โคตรนรินทร์\*  
Rattawadee Khotnarin\*

## บทคัดย่อ

**บทนำ :** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

**วิธีการศึกษา :** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative method) ร่วมกัน โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ กมล สุทธิประเสริฐ เพื่อพัฒนา Wellness center กระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการ Wellness Center จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินการประเมินรับรอง Wellness Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และ แบบประเมิน Wellness Center โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired T-Test เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัย การวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์

**ผลการศึกษาและวิจารณ์ :** รูปแบบในการพัฒนาสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) จัดประชุมทบทวนปัญหาอุปสรรค ประจำปีงบประมาณ 2567 2) จัดประชุมจัดทำแผนและถ่ายทอดตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน 3) ให้องค์ความรู้เรื่องเกณฑ์การประเมินแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 4) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ 5) การติดตามและประเมินผลเพื่อรับรองสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center 6) การให้รางวัลสถานประกอบการที่ผ่านการประเมินเพื่อเป็นการเสริมแรง 7) มีการทบทวนผลงานทั้งกระบวนการทั้งหมด เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานในปีต่อไปให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความเหมาะสมกับบริบทและเนื้อหาของงานวิจัยที่ต้องการความร่วมมือระหว่างคณะทำงานที่มีความเกี่ยวข้องและงานที่ต้องมีการบูรณาการในการดำเนินกิจกรรม ผลการใช้รูปแบบดำเนินงาน พบว่า 1) จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการรับรอง

\*กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวนทั้งหมด 26 แห่ง จากเดิมปี 2566 จำนวน 6 แห่ง 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องพบว่าการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (S.D. = 0.32) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D. = 0.23)

**คำสำคัญ :** การพัฒนา Wellness Center, ยกระดับ Wellness Center

## Abstract

**Introduction :** This study aims to develop a model for upgrading establishments into wellness centers in Maha Sarakham Province to support health economic policy

**Methods :** This study was participatory action research that uses qualitative methods and quantitative method together by using the conceptual framework of the Ministry of Public Health's Wellness center development to develop business establishments and in crease their economic competitiveness, in conjunction with Participatory Action Research concepts of Kamol Sutthiprasert to study the results of a model development for upgrading business establishments into Wellness Center in Maha Sarakham Province to support health economic policy. The sample group is the Wellness Center committee, Maha Sarakham Province, which is obtained through Purposive Sampling total 8 people. The tool used to collect data was a questionnaire regarding the Wellness Center certification assessment process of the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, group discussion recording form and Wellness Center Assessment Form. Using descriptive statistics for analyze basic data frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics used Paired T-Test to compare participation before and after the research, Used content Analysis by explaining, interpreting, and conclusions using inductive methods from participating in group processes and the interview.

**Results :** The development model for establishments to become wellness centers in Maha Sarakham Province to support the health economic policy consists of 7 components  
1) Organizing a meeting to review problems and obstacles for fiscal year 2024  
2) Organizing a meeting to develop an action plan and explain the indicators and operational guidelines  
3) Provide knowledge to officials responsible for work at the sub-district and provincial levels  
4) Promotion and development of entrepreneurial potential  
5) Monitoring and evaluation to certify establishments as Wellness Centers  
6) Awarding of evaluated establishments  
7) Review the performance of the entire process to set operational goals for next year to be more efficient and effective. The participatory action research is appropriate for the context and content of research that requires collaboration among working groups in carrying out activities. The results of using the operating model found that 1) The number of certified establishments has increased to 26 in total, from 6 in 2023. 2) The participation of stakeholders before the development of participation was at a moderate level, with an average score of 3.38 (S.D. = 0.32), after participating in the activity, there was a high level of participation, with an average score of 4.10 (S.D. = 0.23).

**Keywords :** Development of, Wellness Center



## บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2567 มีกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงาน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ โดยนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ เป็น หนึ่งในนโยบายสำคัญของ 13 นโยบายมุ่งเน้น ของความเป็นเลิศด้านการบริการของกระทรวง สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพประเทศไทยสู่ศูนย์กลาง การแพทย์มูลค่าสูง การต่อยอดพัฒนา Wellness center นวัตกรรมบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ชุมชน และการส่งเสริมการสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับประชาชน เพื่อร่วมขับเคลื่อน เศรษฐกิจประเทศ<sup>(1)</sup> องค์การอนามัยโลกได้นิยาม Wellness ว่า “สภาวะสุขภาพที่เหมาะสมของปัจเจกบุคคล และหมู่คณะ” โดยกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ให้นิยามของ ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หมายถึง สถานที่ ซึ่งผู้รับบริการจะได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและ ภาควิปฏิบัติ ทั้งรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส ใน วิธีการทำให้ตนเองหรือคนใกล้ชิดหรือครอบครัว มีสภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความเชื่อ จนเกิดความตระหนักรู้ โดยได้รับคำแนะนำ ได้รับ คำปรึกษาหรือได้รับบริการ และแบ่งประเภท ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ สปา ร้านอาหาร ที่พักนักท่องเที่ยว สถานพยาบาล<sup>(2)</sup>

จังหวัดมหาสารคามได้ขับเคลื่อนนโยบาย ดังกล่าวเพื่อสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยมีการ ถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในด้านการ พัฒนาสถานประกอบการ การรับรองผลิตภัณฑ์ โดยเฉพาะในการยกระดับสถานประกอบการทั้ง 5 กลุ่ม อันได้แก่ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ สปา ร้านอาหาร ที่พักนักท่องเที่ยว สถานพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อให้สถานประกอบการในจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาตนเองรองรับการเป็นแหล่ง

ท่องเที่ยวและเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจ และสร้าง รายได้ให้แก่ผู้ประกอบการ<sup>(3)</sup>

ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดมหาสารคาม ได้ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ประกอบการที่สนใจเข้า ร่วมกับการประเมินเพื่อรับรองให้เป็น Wellness Center พบว่าไม่มีผู้ประกอบการสมัครเข้าร่วม การรับรองตามข้อมูล<sup>(3)</sup> และในปี 2566 ได้ทำการ กำหนดรูปแบบให้ทุกหน่วยบริการต้องมีการ พัฒนาสถานประกอบการให้ได้รับการรับรองให้ เป็น Wellness Center และได้ทำการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ประกอบการที่มีความสนใจสมัครเข้าร่วม การรับรอง และมีผู้ประกอบการที่สมัครเข้าร่วม โครงการทั้งสิ้น 10 แห่ง และผ่านการรับรอง 6 แห่ง จนกระทั่งในปี 2567 ได้กำหนดเป็น KPI ระดับ จังหวัด เพื่อประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ ราชการของทุกหน่วยบริการ คือ ทุกอำเภอจะต้อง มีการพัฒนาสถานประกอบการให้ยกระดับเป็น Wellness Center อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง และ จังหวัดมหาสารคามได้มีการดำเนินการ (วงรอบที่ 1) ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน Wellness Center 2) กำหนดตัวชี้วัดให้ทุกอำเภอ ต้องมีการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อให้บริการ รับรองเป็น Wellness Center อำเภอละ 1 แห่ง 3) กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานให้ชัดเจน 4) ใช้ รูปแบบประเมินเพื่อรับรอง Wellness Center แต่ ผลลัพธ์หลังใช้แนวทางฯ พบว่ายังมีสถาน ประกอบการที่เข้าร่วมโครงการและผ่านการ รับรองจำนวนน้อย คือ 2 แห่ง ผู้วิจัยมีความสนใจ และต้องการพัฒนางานด้านการส่งเสริมรูปแบบ การพัฒนาสถานประกอบการเพื่อให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบาย เศรษฐกิจสุขภาพ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการ ให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative method) ร่วมกัน โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนา Wellness center กระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของกมล สุดประเสริฐ<sup>(4)</sup> โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis, & McTaggart, 1988) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)<sup>(7)</sup> กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการ Wellness Center จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมทั้งสิ้น 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินการประเมินรับรอง Wellness Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การพัฒนารูปแบบการยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม และ แบบประเมิน Wellness Center โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired T-Test เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคามใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการ

อธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์

### พื้นที่ศึกษา

การวิจัยศึกษารูปแบบการพัฒนา Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเพื่อให้การศึกษารูปแบบในการพัฒนาสถานประกอบการ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ สปา ร้านอาหาร ที่พักนักท่องเที่ยว และสถานพยาบาล ให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม

### ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินงานขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการรวบรวม และศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาและสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานประกอบการในจังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินงานขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยการนำ Focus group ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการ รวมถึงการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ในการดำเนินงานจริง

การดำเนินงานขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้จริงในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ สถานประกอบการที่เข้าร่วมขอรับการประเมินในจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง จำนวน 33 แห่ง ได้แก่ ร้านอาหาร 22 แห่ง ร้านนวดเพื่อสุขภาพ 6 แห่ง ที่พักนักท่องเที่ยว 3 แห่ง สถานพยาบาล 2 แห่ง

การดำเนินงานขั้นตอนที่ 4 การประเมินและสรุปผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการ ให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

การดำเนินงานขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนผล เพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบการพัฒนาสถานประกอบการจากผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้ปรับปรุง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับศึกษากระบวนการดำเนินงาน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานการพัฒนา Wellness Center จำนวน 9 ข้อ เป็น แบบ Rating scale

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ rating scale

โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired T-Test เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัย

2. แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ข้อ การวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์

3. แบบประเมิน Wellness Center จำนวน 5 ประเภท ได้แก่ ร้านอาหาร ร้านนวดเพื่อสุขภาพ สปา ที่พนักงานท่องเที่ยว และสถานพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรง (Validity) ของ แบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบ สัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 คน เพื่อ พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินการมีส่วนร่วมจะมีการวัดระดับการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยการแปลผลจะพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้น ผลสรุปเป็น 5 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และระดับน้อยที่สุด สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired T-Test เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มถูกนำมา วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยได้ใช้รหัสข้อความ (coding) และถอดรหัสข้อความจากเทปที่บันทึกการสนทนากลุ่ม จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นย่อย และสรุปเป็นประเด็นหลักที่ได้จากการสนทนา ทั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยสอบถามระหว่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์เอกสาร

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 10/2567

## ผลการวิจัย

### 1) สถานการณ์ก่อนใช้รูปแบบการพัฒนา

1.1) บริบทการดำเนินงาน ลักษณะสำคัญของสภาพแวดล้อมในการดำเนินงาน ข้อมูลสถานประกอบการในจังหวัดมหาสารคาม แยกตามประเภท ได้แก่ 1) ร้านอาหารภัตตาคาร จำนวน 1,827 ร้าน 2) ร้านนวดเพื่อสุขภาพ จำนวน 73 ร้าน 3) สปา จำนวน 1 แห่ง 4) สถานพยาบาล จำนวน 339 แห่ง 5) ที่พักนักท่องเที่ยว จำนวน 251 แห่ง มีแผนงานและโครงการเพื่อรองรับการพัฒนาสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ตัวชี้วัดที่ จำนวน 1 โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้แก่ โครงการอนุรักษ์คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย ปี 2566 กิจกรรมที่ 8 การประชุมผู้ประกอบการสถานบริการเพื่อสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับงบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน 8,500 บาท และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 7 ใน Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 1 โครงการ ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน 40,000 บาท ข้อมูลทางประชากรของคณะกรรมการและคณะทำงานของการพัฒนารูปแบบการยกระดับของสถานประกอบการ Wellness Center จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานหรือรองหัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 2 คน และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 62.5 ลักษณะของตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 75.0 อายุการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.0 การทำงาน

เกี่ยวกับ Wellness Center ส่วนใหญ่เคยปฏิบัติงานหรือผ่านการอบรมเรื่อง Wellness Center ร้อยละ 50.0 ประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นคณะกรรมการประเมินรับรอง Wellness Center ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการ Wellness Center คิดเป็นร้อยละ 62.5

1.2) ผลการศึกษาความคิดเห็นและการพัฒนาการยกระดับสถานประกอบการ Wellness Center ของจังหวัดมหาสารคาม

เมื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนา Wellness Center (ก่อนดำเนินการ) ผลการศึกษาสรุไปได้ดังนี้

1) ด้านความหมายของ Wellness Center คณะกรรมการส่วนใหญ่ทราบว่า คือ มาตรฐานการรับรองสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อรองรับผู้รับบริการอย่างพึงพอใจ แต่ไม่ทราบความหมาย 2) ด้านประเภทของสถานประกอบการ Wellness Center คณะกรรมการส่วนใหญ่ทราบว่า มี 5 ประเภท ได้แก่ ที่พักนักท่องเที่ยว ร้านอาหาร ร้านนวดเพื่อสุขภาพ สปา สถานพยาบาล แต่ยังมีบางส่วนที่ทราบเป็นบางประเภท 3) ด้านเกณฑ์การประเมิน Wellness Center พบว่าส่วนใหญ่ทราบว่า มีหลักเกณฑ์ในด้านสถานที่ ด้านบริการ และด้านความปลอดภัย แต่ทุกคนไม่ทราบเกณฑ์ครบทั้งหมด 4) ด้านเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน Wellness Center ผู้เกี่ยวข้องทราบเพียง 1 ราย คือ SAN+ / Green Health Hotel / นวดไทยพรีเมียม / Wellness Center แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบ 5) ด้านประโยชน์จากการใช้เกณฑ์ Wellness Center ในการพัฒนาตนเองของสถานประกอบการ จากการสัมภาษณ์พบว่า คณะกรรมการทุกคนมีความเห็นว่า มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ประกอบการและผู้รับบริการ คือ สถานประกอบการมีมาตรฐานมากขึ้น ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการ 6) ด้านความชำนาญในการประเมินเพื่อ

รับรอง Wellness Center ผลการศึกษาคณะกรรมการ  
ทุกคนไม่มีความชำนาญในการประเมิน Wellness  
Center ตามเกณฑ์ทั้งหมด มีความชำนาญเพียงบาง  
ประเภทที่เกี่ยวข้องกับบทบาทงานของตนเอง  
เท่านั้น 7) ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ  
ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ผู้ประกอบการไม่มีความ  
พร้อมในการปรับปรุงพัฒนาสถานประกอบการ  
เพราะขาดทุนทรัพย์ และเกณฑ์มีความยาก  
ขาดแรงจูงใจในการพัฒนา 8) สิ่งที่ต้องปรับปรุงใน  
กระบวนการพัฒนา Wellness Center คณะกรรมการ  
ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการปรับปรุงบูรณาการการ  
ดำเนินงานและเกณฑ์ในการวัด ที่ยุ่งยากมาก  
เกินไป และควรสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการ  
โดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์จากการพัฒนา 9) ผล  
ของการพัฒนา Wellness Center ที่ส่งผลต่อการ  
ขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ พบว่าทุกคนมีความเห็น  
ว่า Wellness Center มีส่วนในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ  
เพราะเมื่อสถานบริการมีมาตรฐาน จะทำให้นัก  
ท่องเที่ยวมาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ  
เกิดการส่งเสริมกิจกรรมการท่องเที่ยวที่สร้าง  
รายได้มากยิ่งขึ้น

2.1.3) ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของ  
ผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินการ  
พัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น  
wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อ  
การดำเนินการพัฒนารูปแบบยกระดับ  
สถานประกอบการให้เป็น wellness center ใน  
จังหวัดมหาสารคาม ก่อนการวิจัย พบว่า ภาพรวม  
มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย  
เท่ากับ 3.38 (S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน  
พบว่า ด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการ  
ติดตามและประเมินผล คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.60  
(S.D. = 0.10) มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

## 2. ขั้ววางแผน

สภาพแวดล้อมและลักษณะสำคัญ  
ของการดำเนินงานวิเคราะห์และประเมินจุดแข็ง

จุดอ่อนเพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึง  
สภาพปัญหาของการพัฒนาคุณภาพการบริหาร  
จัดการการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการ  
ให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม  
โดยสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนา  
Wellness Center ของจังหวัดมหาสารคาม สรุปได้  
ดังนี้

2.1) สภาพปัญหาของการพัฒนารูปแบบ  
ยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center  
ในจังหวัดมหาสารคาม

พบว่า การพัฒนารูปแบบยกระดับ  
สถานประกอบการให้เป็น wellness center ใน  
จังหวัดมหาสารคาม ยังขาดความร่วมมือจาก  
ผู้ประกอบการ ขาดการบูรณาการของภาคี  
เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ขาดแรงจูงใจของผู้ประกอบการ  
ขาดความเข้าใจในเกณฑ์การประเมิน

2.2) แนวทางการดำเนินงานเพื่อ  
แก้ปัญหาของการพัฒนารูปแบบยกระดับสถาน  
ประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัด  
มหาสารคาม

คณะกรรมการมีความเห็นว่า  
ต้องมีการบูรณาการกิจกรรม และปรับเกณฑ์  
การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของสถาน  
ประกอบการ และมีการติดตามประเมินผลเป็น  
ระยะ พร้อมทั้งอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่  
ผู้รับผิดชอบงานทั้งในระดับอำเภอและระดับ  
จังหวัด พร้อมทั้งมีกิจกรรมประชาสัมพันธ์และ  
กิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ประกอบการ

2.3) ตัวชี้วัดควรเป็นอย่างไร

เมื่อทำการศึกษา พบว่า คณะกรรมการ  
มีแนวคิดที่ตัวชี้วัดในการพัฒนารูปแบบยกระดับ  
สถานประกอบการให้เป็น wellness center ใน  
จังหวัดมหาสารคาม ควรกำหนดค่าเป้าหมายให้  
สอดคล้องตามบริบทของจังหวัดมหาสารคาม  
ควรจะบูรณาการ ที่เกี่ยวข้องกัน และควรจะ  
สะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงเศรษฐกิจ



ข้อสรุปของคณะกรรมการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม คือ แนวทางการดำเนินงานต้องมีการบูรณาการกิจกรรม และปรับเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการ และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ พร้อมทั้งอบรม

พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัดพร้อมทั้งมีกิจกรรมประชาสัมพันธ์และกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ประกอบการ ในส่วนของตัวชี้วัดควรกำหนดค่าเป้าหมายให้สอดคล้องตามบริบทของจังหวัดมหาสารคาม ควรจะบูรณาการตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกัน และควรจะสะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงเศรษฐกิจ

### ตารางที่ 1 สรุประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม

ปัญหาการดำเนินงานพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center	ประเด็น	แนวทางแก้ไข
ขาดการบูรณาการการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	กระบวนการทำงาน	ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และทำทบทวนตัวชี้วัด
ความพร้อมของผู้ประกอบการทั้งในด้านองค์ความรู้และต้นทุน	การสร้างเสริมศักยภาพผู้ประกอบการ	เพิ่มกิจกรรมการส่งเสริม ศักยภาพให้แก่ผู้ประกอบการ
ความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการของผู้ประกอบการ	การประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจ	การประชาสัมพันธ์ ให้งานวัลเพื่อเสริมแรงให้แก่ผู้ประกอบการ
องค์ความรู้ในเกณฑ์การประเมินของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน	การสร้างเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่	จัดการอบรมเพิ่มศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

### 3. ชั้นปฏิบัติ

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม มีผลการศึกษาดังนี้

1) กิจกรรมการทบทวนตัวชี้วัดของการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม และมอบหมายกลุ่มงานรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีแนวทางอย่างเป็นระบบในการออกแบบปรับปรุงกระบวนการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness

Center ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัจจัยนำเข้า 2) การกำหนดกระบวนการที่สำคัญ 3) การสร้างและออกแบบกระบวนการ 4) การเชื่อมประสานกระบวนการ 5) การนำกระบวนการไปปฏิบัติ 6) การประเมินผล 7) การประเมินกระบวนการ

2) กิจกรรมการทบทวน/จัดทำขั้นตอนการดำเนินการ/ Flow Chart ของกระบวนการหลัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัด กล่าวคือ ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับกระทรวง และตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ ได้แก่ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ดังนี้ การเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการ Wellness Center 700 แห่ง

ตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพ ดังนี้ การเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการ Wellness ร้อยละ 200 และตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของสถานประกอบการ Wellness อำเภอละ 1 แห่ง และมีกระบวนการในการดำเนินงานเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ชี้แจงตัวชี้วัด และบูรณาการกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน 3) ประชาสัมพันธ์โครงการ 4) ส่งเสริมและพัฒนา 5) ประเมินผลเพื่อรับรองสถานประกอบการ

3) กิจกรรมการปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินการ/ Flow Chart ของกระบวนการหลัก (5 กระบวนการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีกิจกรรมการปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินการ/ Flowchart ของกระบวนการหลัก โดยประกอบไปด้วย 7 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) จัดประชุมทบทวนปัญหาอุปสรรคประจำปีงบประมาณ 2567 2) จัดประชุมจัดทำแผนและถ่ายทอดตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน 3) ให้องค์ความรู้เรื่องเกณฑ์การประเมินแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 4) มีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ 5) มีการติดตามและประเมินผลเพื่อรับรองสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center 6) มีการให้รางวัลเพื่อเป็นการเสริมแรง 7) มีการทบทวนผลงานทั้งกระบวนการทั้งหมด เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานในปีต่อไปให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

4) กิจกรรมการจัดทำคู่มือมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเป็นไปตามข้อกำหนด ดังนี้ 1) มอบหมายงานที่ชัดเจน โดยมีคำสั่งและทำเนียบผู้รับผิดชอบงานและมี KPI ที่กำกับกับการดำเนินงานมีการถ่ายทอดและจัดทำ KPI

รายบุคคล 2) มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและบทบาทในการปฏิบัติงานที่มีการบูรณาการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การประเมินให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน 3) มีการนิเทศงานติดตามงานปีละ 2 ครั้ง มีการติดตามตรวจเยี่ยมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการ 2 ครั้ง/แห่ง 4) มีการตรวจประเมินจากหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก (ระดับเขต ระดับกระทรวง) และมี 5) การให้รางวัลเพื่อเสริมแรงให้แก่ผู้ประกอบการ

5) กิจกรรมการสรุปและเผยแพร่การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) จากการพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการสรุปและจัดทำการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) จากการพัฒนา/ปรับปรุงแนวทางการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคาม

### 3.1 ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center

#### 3.1.1 ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติงาน

โดยการสังเกตจากการประชุมกลุ่ม (Focus Group) และการบันทึก พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นขณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยได้เล่าถึงประสบการณ์การพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ของจังหวัดมหาสารคาม ที่ผ่านมาและการเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินและพัฒนาสถานประกอบการ ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มมีความสนใจในการร่วมกิจกรรม ได้ซักถามประเด็นข้อสงสัยในหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อรับรอง Wellness Center



การติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม โดยใช้แบบบันทึกการประเมินผล Wellness Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มจากการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัยสรุปได้ดังนี้

### 1) ระยะก่อนดำเนินงาน

ระยะก่อนดำเนินการพัฒนากระบวนการจะยังไม่มีมีการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนา Wellness Center เข้ากับกิจกรรมโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน และยังไม่มี การวางรูปแบบการติดตามและประเมินผล และ ยังไม่มีกิจกรรมเพื่อเสริมแรงในการดึงดูดให้ ผู้ประกอบการเข้ามาร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ประกอบการ เข้าร่วมกิจกรรมยังมีน้อย

### 2) ระยะดำเนินการ

ระยะดำเนินงานมีการ กำหนดมอบหมายผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีเกณฑ์การวัดที่ชัดเจน มีการบูรณาการงาน ที่เกี่ยวข้องกันมีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ มีเป้าหมายที่ชัดเจน และผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน

### 3) ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการ

การพัฒนาในรูปแบบยกระดับ สถานประกอบการให้เป็น wellness center ใน จังหวัดมหาสารคาม มีการบูรณาการกิจกรรม ร่วมกับโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการให้องค์ความรู้แก่บุคลากร/ พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ มีการประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร การให้รางวัลที่สร้างความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจ ให้แก่ผู้ประกอบการ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการสื่อสารกันมากขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาช่วยให้ ประหยัดเวลาและงบประมาณในการดำเนินการ ประเมินรับรอง Wellness Center

พบว่าสถานประกอบการ ที่เข้าร่วมโครงการเพื่อรับการรับรอง Wellness Center จำนวนทั้งหมด 33 แห่ง ผ่านการรับรอง 26 แห่ง (ร้อยละ 78.8) จำแนกตามประเภท ได้ ดังนี้ 1) ร้านอาหาร/ภัตตาคาร เข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด จำนวน 22 แห่ง ผ่านการรับรอง 16 แห่ง (ร้อยละ 72.7) 2) นวดเพื่อสุขภาพ เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 6 แห่ง ผ่านการรับรอง 5 แห่ง (ร้อยละ 83.3) 3) ที่พักนักท่องเที่ยว เข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 3 แห่ง ผ่านการรับรอง 3 แห่ง (ร้อยละ 100.0) 5) สถานพยาบาล เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 2 แห่ง ผ่านการรับรอง 2 แห่ง (ร้อยละ 100) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ใน จังหวัดมหาสารคาม หลังการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D. = 0.23) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในการทบทวนกระบวนการทำงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D. = 0.10) มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ใน จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า

ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ พบว่ามีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น wellness center ในจังหวัดมหาสารคามการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย แสดงว่าในระยะ

ก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.0057)

ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย แสดงว่าในระยะก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.0452)

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการทบทวนกระบวนการทำงาน

พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย แสดงว่าในระยะก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.0179)

ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย แสดงว่าในระยะก่อนและหลังการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.0211)

**ตารางที่ 2** แสดงการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 8)

การมีส่วนร่วม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	P-value
1) ด้านการร่วมตัดสินใจ				
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	2.96	0.233	3.92	0.0057*
หลังการเข้าร่วมวิจัย	4.11	0.176		
2) ด้านการร่วมดำเนินงาน				
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	3.45	0.337	2.43	0.0452*
หลังการเข้าร่วมวิจัย	4.00	0.368		
3) ด้านการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน				
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	3.50	0.233	3.0759	0.0179*
หลังการเข้าร่วมวิจัย	4.27	0.104		
4) ด้านการติดตามและประเมินผล				
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	3.60	0.124	2.9587	0.0211*
หลังการเข้าร่วมวิจัย	4.17	0.068		

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3.1.2 ขั้นตอนการสะท้อนผล การปฏิบัติ

1. การจัดประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม จากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด 8 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานหรือรองหัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน ผลการดำเนินกิจกรรมได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

**องค์ประกอบที่ 1** โครงสร้าง คือ โครงสร้างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพสถานประกอบการ Wellness Center โดยผู้บริหารและผู้ร่วมงานให้ความสำคัญ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถานประกอบการร่วมกันดังนี้ 1) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดหลัก Wellness Center และสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพและสปา 2) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารและผู้ประเมิน SAN+ และ Green Health Hotel 3) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยและสถานพยาบาล

**องค์ประกอบที่ 2** มีเครือข่ายในการร่วมดำเนินงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ชมรมผู้ประกอบการร้านนวด ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร เทศบาล ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น คณะกรรมการเมืองสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม

**องค์ประกอบที่ 3** มีการบูรณาการงานและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อลดภาระในการรับประเมินให้แก่ผู้ประกอบการ และ

เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ได้แก่ ลดงบประมาณในการดำเนินงานกิจกรรมการออกประเมินในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกัน และเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ประกอบการโดยมีการบูรณาการงานกันระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ร่วมกับนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัด ได้แก่ มหาสารคามเมืองอาหารดี (MGFH : Mahasarakham Good Food Good Health)

**องค์ประกอบที่ 4** การติดตามและประเมินผล มีการติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการตรวจเยี่ยมเพื่อเสริมพลังและส่งเสริมพัฒนาเพื่อให้ผู้ประกอบการได้พัฒนาตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

**องค์ประกอบที่ 5** การให้รางวัลและประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมแรงให้แก่ผู้ประกอบการ จัดเวทีในการมอบรางวัลให้แก่ผู้ประกอบการได้รับการสร้างแรงจูงใจและได้ประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้น เกิดการกระตุ้นให้ผู้ประกอบการรายอื่นๆ อยากจะเข้าร่วมโครงการมากยิ่งขึ้น

2. การคืนข้อมูลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารการดำเนินงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center มากขึ้น มีสถานประกอบการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อขอรับการรับรองมากขึ้น และผ่านการรับรองมากขึ้น เกิดการบูรณาการงานประหยังบประมาณในการออกตรวจประเมินทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในส่วนของผู้ประกอบการในแง่ของการเตรียมตัวเพื่อรับการประเมินจากผู้ประเมินลดจำนวนครั้งลงให้เหลือเพียง 1 ครั้ง เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ประกอบการ

## การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทและเนื้อหาของงานวิจัยนี้ ที่ต้องการความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องภายใต้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการเพื่อให้เกิดการพัฒนา Wellness Center การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนำหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและเชิงคุณภาพมาใช้ร่วมกัน และสามารถตอบโจทย์สำหรับงานวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดีในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้ 1) การผลักดัน Wellness Center เป็นการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการระดมองค์ความรู้และพันธกิจของแต่ละกลุ่มงานที่รับผิดชอบเพื่อนำมาเสนอแนะแนวทางในการร่วมกันพัฒนา 2) การสร้างแนวทางในการดำเนินการพัฒนาสถานประกอบการ Wellness Center ต้องอาศัยความร่วมมือและความเห็นชอบร่วมกันจากผู้รับผิดชอบงานทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนแนวทางให้ครอบคลุมในทุกประเด็นเพื่อให้เกิดแนวทางที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ 3) การใช้วิจัยเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจมุมมองของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานด้านการขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาสถานประกอบการ Wellness Center โดยเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการพบแนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการ ซึ่งประกอบด้วย 7 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) จัดประชุมทบทวนปัญหาอุปสรรคประจำปีงบประมาณ 2567 2) จัดประชุมจัดทำแผนและถ่ายทอดตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน 3) ให้องค์ความรู้เรื่องเกณฑ์การประเมินแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด 4) มีการส่งเสริมและพัฒนาผู้ประกอบการ 5) มีการติดตามและประเมินผลเพื่อรับรองสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center 6) มีการ

ให้รางวัลเพื่อเป็นการเสริมแรง 7) มีการทบทวนผลงานทั้งกระบวนการทั้งหมด เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานในปีต่อไปให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และพบว่าผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา Wellness Center เพิ่มขึ้นหลังการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D. = 0.23) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในการทบทวนกระบวนการทำงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D. = 0.10) มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาสถานประกอบการดังกล่าวมีสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการมากขึ้นจากปี 2566 จำนวน 6 แห่ง ปี 2567 เป็นจำนวน 33 แห่ง และผ่านการรับรองมากขึ้น เป็นจำนวน 26 แห่ง โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐรูกานต์ ศรีษะเกตุ<sup>(5)</sup> ที่ว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาให้บริการในร้านอาหารคือปัจจัยการส่งเสริมด้านการตลาด และสอดคล้องกับ กิแก้ว แสงพระจันทร์<sup>(6)</sup> ที่พบว่า แนวทางการยกระดับคุณภาพการบริการด้านอาหารจะต้องมีการประกันคุณภาพและมีการสร้างความเชี่ยวชาญให้แก่พนักงาน

## ข้อยุติ

การพัฒนารูปแบบยกระดับสถานประกอบการให้เป็น Wellness Center ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อรองรับนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพต้องทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยการศึกษาวิจัยแบบปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเป็นวงรอบ เพื่อประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพให้มากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจากท่านเภสัชกรบุญถม ปาปะแพ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาสาสมัคร รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ช่วยกรุณาให้คำชี้แนะในการทำการศึกษานี้ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมเก็บข้อมูลจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ลุล่วงผ่านไป ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. กองการแพทย์ทางเลือก. เกณฑ์การประเมิน ศูนย์เวลเนส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2567. มหาสารคาม: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2566.
4. กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร: เจ เอ็น ที; 2540.
5. ณิชฐกานต์ ศรีชะเกษ. แผนธุรกิจนวดแผนไทย สปา ร้าน Lanna Thai Massage & Spa. (วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2560.
6. กิแก้ว แสงพระจันทร์. แนวทางการยกระดับคุณภาพการบริการร้านอาหารสำหรับนักท่องเที่ยวชาวลาว นครปากเซ แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัทยุบลราชธานี). อุบลราชธานี: 2563.
7. Kemmis, S., & Mc Taggart, R. The action research reader. Geelong. Deakin University Press; 1988.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

The Development of care and referral models for patients with acute  
myocardial infarction (STEMI) at Wapi Pathum Hospital, Maha Sarakham Province

บงกชกร ตันติกุลวัฒนิก\*

Bongkotchakorn Tuntikulwattanakit\*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ และระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 103 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย ได้รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า อัตราการ door to needle time ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 64.53 เป็น ร้อยละ 93.75 อัตรา door to needle time ภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.59 เป็นร้อยละ 92.31 อัตราของผู้ป่วย STEMI ได้รับ reperfusion 30 นาทีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.55 เป็นร้อยละ 96.89 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่มาด้วยระบบ EMS เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 43.90 อัตราการเสียชีวิตลดลง จากร้อยละ 10.42 เหลือร้อยละ 4.88 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 100 และพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล, ระบบส่งต่อ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

\*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

## Abstract

This action research aimed to develop a model and evaluate the outcomes of care and referral for patients with acute myocardial infarction (STEMI) at Wapipathum Hospital, Maha Sarakham Province. The study was conducted between April 2023 and September, 2024, and consisted of four phases: Phase 1 involved studying and analyzing the problem situation and planning; Phase 2 focused on developing a care and referral model for STEMI patients; Phase 3 implemented the model; and Phase 4 evaluated the model's development and outcomes. The sample consisted of 103 STEMI patients, selected through purposive sampling. Research instruments included: (1) a data recording form for medical records and STEMI patient information, (2) a clinical outcome recording form, and (3) a satisfaction assessment form. Data were analyzed using percentages, means, standard deviation, and t-test.

The findings revealed the successful development of a care and referral model for STEMI patients at Wapipathum Hospital. Key outcomes included an increase in the door-to-needle time rate within 30 minutes from 64.53% to 93.75% and an increase in the door-to-balloon time rate within 90 minutes from 90.59% to 92.31%. The percentage of STEMI patients receiving reperfusion within 30 minutes rose from 81.55% to 96.89%. Additionally, the proportion of STEMI patients arriving by EMS increased from 16.67% to 43.90%, and the mortality rate decreased from 10.42% to 4.88%. The care model was adhered to at 100%, and the professional nurses and interdisciplinary team reported high overall satisfaction.

**Keywords :** Care model, Referral system, Acute myocardial infarction



## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (ST Elevation Myocardial Infarction [STEMI]) หมายถึง โรคที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้า หัวใจชนิด ST-segment elevation เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรทั่วโลกจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน<sup>(1)</sup> เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด ภายใน 6 ชั่วโมง ด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agents) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง และหากรอดชีวิตอาจจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้<sup>(2)</sup> จากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก โดยระบุว่า จากตัวเลขการเสียชีวิต 56.9 ล้านราย ในปี 2559 นั้นกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เชื่อมโยงกับสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยใหม่ที่เป็โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี ประมาณว่าคนอเมริกามีอุบัติการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุก 25 วินาที และคาดการณ์ว่าในปี 2022 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 25 ล้านคน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดด้วยตัวเลขรวม 15.2 ล้านราย ในปี 2559 และยังคงเป็นสาเหตุ

สำคัญของการเสียชีวิตตลอด 15 ปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการตายของประชากรไทย ในปี 2564 จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของคนไทยด้วยอัตรา 33.5 ต่อแสนประชากร<sup>(3)</sup>

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน มีสาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์อย่างเฉียบพลัน ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วที่สุด คือ ควรได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดภายใน 120 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการโดยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกนับตั้งผู้ป่วย มาถึงโรงพยาบาลและไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจึงจะสามารถจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการตายได้<sup>(4)</sup> ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้น ต้องการทีมดูแลรักษาที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นและปลอดภัยจากภาวะทุพพลอันเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยที่สุด เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถช่วยเหลือตัวเองเพื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ช่วยลดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และอาจลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ด้วย ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการทีมดูแลรักษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยมีเป้าหมาย (Golden period) คือ ทันทเวลา โดยได้รับยาภายใน

3 ชั่วโมง หลังมีอาการ จึงต้องพัฒนาทักษะความสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงและปลอดภัย<sup>(5)</sup>

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 113,577 คน ให้บริการและรองรับเครือข่ายโรงพยาบาล 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลแกดำ ได้ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (Service Plan) จังหวัดมหาสารคาม และมีการประสานงานกับทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) แผนกอายุรกรรม จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจขึ้น โดยเน้นเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้มากขึ้น และรวดเร็ว ด้วยระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อลดระยะเวลาของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายทุกแห่ง ให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งสิ้น 28, 20 และ 14 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.57, 20 และ 7.14 ต่อแสนประชากร หลังจากรับนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้พบว่าอัตราการได้รับการเปิดหลอดเลือดภายใน 3 ชั่วโมง มีแนวโน้มดีขึ้น คือ มากกว่า 50% ระยะเวลาของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 96.42, 66.67 และ 100% ตามลำดับ<sup>(6)</sup> จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่ม STEMI มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเกิดขึ้นกับคนวัยทำงาน ผลลัพธ์ที่ตามมาจึงเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของคนวัยทำงาน

ดังนั้นผู้วิจัย ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (Service Plan) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม มีบทบาทสำคัญในการจัดการบริหารและสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ต่อยอดจากรูปแบบบริการแบบเดิมที่มีอยู่ แล้วด้วยกระบวนการ PAOR เพื่อพัฒนาให้มีรูปแบบการดูแลและการส่งต่อที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

#### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีกระบวนการ ของ Kemmis & McTaggart (1992) พัฒนาวงจรคุณภาพ PAOR<sup>(7)</sup> โดยการวิเคราะห์พัฒนา ปรับปรุงรูปแบบการดูแลและส่งต่อ และประเมินผลรูปแบบเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Planning) (2) การปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ (4) การสะท้อนคิด (Reflection) ดำเนินการระหว่างระหว่างวันที่

1 เมษายน 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 มีการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวาศิปทุม โดยการทบทวนการดูแลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังไป 2 ปีงบประมาณ คือ ปีงบประมาณ 2563 - 2564 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 จำนวน 48 ฉบับ ดำเนินการวิจัยระยะนี้ 2 เดือน การสนทนากลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 11 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้นำในการจัดเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพที่จะร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการพัฒนาพบว่า ด้านระบบบริการ เข้าถึงบริการล่าช้า มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) แล้วแต่ไม่ครบถ้วนในประเด็นการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ไม่มีช่องทางด่วนการขอคำปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานานเนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ด้านผู้ให้บริการขาดทักษะ ความรู้ ในการบริหารยา ให้บริการแบบแยกส่วน ด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้พบว่าเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจไม่พร้อมใช้งาน

ระยะ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนพัฒนาและดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวาศิปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ 3 เดือน นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์

มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหานั้น

2.1 จัดประชุมครั้งที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรพยาบาล โภชนากร และนักกายภาพบำบัด ชี้แจงรายละเอียดคณะกรรมการ จัดตั้งทีมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาศิปทุม จังหวัดมหาสารคาม

2.2 จัดประชุมครั้งที่ 2 จัดทำรูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ต้นฉบับร่วมกัน โดยนำระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลมหาสารคาม มาพัฒนารูปแบบและปรับบริบทให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลวาศิปทุม รูปแบบประกอบด้วยรูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมิน ขั้นตอนการรักษาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และขั้นตอนการ admit และส่งต่อผู้ป่วย

2.3 นำรูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมปัญหาในการปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาอีกครั้ง

2.4 จัดประชุมครั้งที่ 3 เพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาศิปทุม จังหวัดมหาสารคาม อีกครั้ง และจัดทำรูปแบบการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) และจัดทำเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

2.5 ประกาศใช้รูปแบบการพัฒนา  
ระบบการดูแลและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัด  
มหาสารคาม และนำการพัฒนา รูปแบบการดูแล  
และส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม  
ลงสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระยะ 3 การนำรูปแบบการดูแลและ  
ส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม  
ไปใช้เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการดูแลและ  
ส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ไปใช้ระยะนี้ 12 เดือน ดำเนินการระหว่างเดือน  
ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2567  
ผู้วิจัยสรุปการเก็บข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแล  
และส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัด  
มหาสารคาม กับผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังดำเนินการ  
รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมิน ดังนี้

3.1 ขอความร่วมมือในการตอบ  
แบบประเมินการปฏิบัติตามการดูแลและส่งต่อ  
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

3.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก  
Thai ACS registry<sup>(9)</sup>

3.3 รวบรวมข้อมูลจนครบ  
กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 41 ราย

3.4 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ  
ความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์  
ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอน

ระยะ 4 ขั้นตอนการติดตามและ  
ประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ เป็นการเก็บข้อมูล  
ตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนด (ตามโครงการพัฒนาระบบ  
บริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ) ได้แก่ อัตรา  
Onset to Needle time <6 hr อัตรา door to  
needle time ภายใน 30 นาที ร้อยละของผู้ป่วย  
STEMI ได้รับ reperfusion อัตราการเสียชีวิตใน

โรงพยาบาล อัตราการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล  
แม่ข่าย ภายใน 1 ชั่วโมง และอัตราการปฏิบัติตาม  
CPG พร้อมจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ  
เจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติ  
ตามเกณฑ์ที่กำหนด มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรผู้ให้บริการและ  
ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ บุคลากรทีมสหวิชาชีพของ  
โรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 32 คน มีเกณฑ์ใน  
การคัดเข้า (Inclusion) คือ บุคลากรที่ให้บริการ  
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อายุงาน  
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion  
criteria) คือ เป็นผู้เจ็บป่วยร้ายแรงหรือย้ายที่  
ทำงานในระหว่างการศึกษหรือไม่สามารถเข้าร่วม  
กิจกรรมต่อเนื่องได้

2. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรค  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) มี  
เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ  
เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าภาวะ  
หัวใจหลอดเลือดเฉียบพลันมารับบริการที่แผนก  
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาปีปทุม ในช่วง  
เวลาที่ทำการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion  
criteria) คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธี  
การเชิงปริมาณ ได้แก่ การศึกษาประวัติข้อมูล  
ย้อนหลังจากเวชระเบียน การสอบถามด้วยเครื่อง  
แบบสอบถาม และวิธีเชิงคุณภาพ คือ การสนทนากลุ่ม  
การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้  
ประกอบด้วย

1. รูปแบบการดูแลและส่งต่อ  
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลมหาสารคาม<sup>(8)</sup>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นเองและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลามาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว การประเมินอาการเจ็บหน้าอก การวินิจฉัยโรคระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วนและการเสียชีวิต 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก Thai ACS registry<sup>(9)</sup> และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่พัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด<sup>(11)</sup> และตรวจสอบรายจากผู้ทรงคุณวุฒิรายเครื่องมือได้ค่าเท่ากับ .9 เป็นมาตรฐานวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก เท่ากับ 3 พึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 และพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1

### การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดมีการนำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่คล้ายคลึงกันและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน หาดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยได้ค่าดัชนี

ความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ได้ค่าเท่ากับ .95

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งหมด และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) และประเมินความพึงพอใจโดยใช้สถิติการทดสอบแบบ Paired t-test

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลวาปีปทุม เลขที่ 16/2565

### ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบร่วมกันระดมสมองกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป้าหมายวางแผนกิจกรรมการพัฒนาร่วมกัน ดังนี้

1. มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โดยใช้ระบบช่องทางด่วนแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอกใน



กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Chest pain protocol in ACS) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Early Warning Signs)

2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ มีพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน การจัดประชุมให้ความรู้ และชี้แจงแนวทางการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3. การประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ โภชนากร นักกายภาพบำบัด

4. ปรับระบบบริการโดยเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง และเปิดคลินิกอายุรกรรม ซึ่งมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

รูปแบบเดิม	รูปแบบการดูแลที่พัฒนาต่อยอด
<p><b>1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ</b></p> <p>1.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CPG/Standing order</li> <li>- การเตรียมผู้ป่วยสำหรับทำหัตถการ</li> </ul> <p>1.2 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โดยใช้ช่องทางด่วน</p> <p>1.3 แนวทางการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Chest pain protocol in ACS)</p> <p>1.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>1.5 แนวทางการให้คำปรึกษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจ</p>	<p>1.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CPG/Standing order ปรับเพิ่มในประเด็นระบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกในโรงพยาบาล (OPD, IPD)</li> <li>- การเตรียมผู้ป่วยสำหรับทำหัตถการ</li> </ul> <p>1.2 เพิ่มการสื่อสารเพื่อให้ความรู้การเข้าถึงบริการช่องทางด่วน ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669</p> <p>1.3 เพิ่มเติมการประเมินระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยนำ GRACE risk score มาใช้</p> <p>1.4 เพิ่มการสื่อสารเพื่อปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์หลังส่ง EKG ทางไลน์</p> <p>1.5 พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (Early Warning Signs)</p> <p>1.6 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โดยใช้ช่องทางด่วน</p>

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบการดูแลที่พัฒนาต่อยอด
<p><b>2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ</b></p> <p>2.1 มีพยาบาลจัดการเฉพาะโรค</p> <p>2.2 จัดอบรมให้ความรู้และชี้แจงแนวทางการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เช่น การ/แปลผล EKG เพื่อประเมินเบื้องต้น</p> <p>2.3 จัดประชุมทบทวนร่วมกันและสะท้อนกลับข้อมูลในที่ประชุม</p>	<p>2.1 เพิ่มการสื่อสารเพื่อสะท้อนปัญหาเร่งด่วนจากการปฏิบัติทางไลน์กลุ่ม</p> <p>2.2 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากประเด็นปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานร่วมกัน</p> <p>2.3 เพิ่มช่องทางสะท้อนกลับข้อมูลโดยการจัดตั้งไลน์กลุ่มและส่งข้อมูลกลับในประเด็นที่มีปัญหาจากการปฏิบัติ</p>
<p><b>3. การประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</b></p> <p>3.1 มีการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด</p>	<p>3.1 เพิ่มแพทย์อายุรกรรม</p> <p>3.2 เพิ่มการนำแนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) บรรจุในหลักสูตรปฐมนิเทศแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่</p>
<p><b>4. ระบบบริการ</b></p> <p>4.1 เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง</p>	<p>เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>เปิดคลินิกอายุรกรรม</p>

การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ในระยะก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

STEMI ที่ได้รับการรักษา ทั้งหมด 103 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะก่อนการพัฒนา จำนวน 48 คน เป็นผู้ป่วยระหว่างการพัฒนา รอบที่ 1 จำนวน 14 คน และผู้ป่วยระยะหลังการพัฒนาจำนวน จำนวน 41 คน ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแล STEMI ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลลัพธ์การดำเนินงาน	เป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
		(n = 48)	(n = 41)
		ร้อยละ	ร้อยละ
อัตรา Onset to Needle time <6 hr (ร้อยละ)	≥ร้อยละ 80	64.53	93.75
อัตรา door to needle time ภายใน 30 นาที (ร้อยละ)	≥ร้อยละ 50	90.59	92.31
ร้อยละของผู้ป่วย STIME ได้รับ reperfusion	≥ร้อยละ 80	81.55	96.89



**ตารางที่ 2** ผลลัพธ์การดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแล STEMI ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ผลลัพธ์การดำเนินงาน	เป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา (n = 48)	หลังการพัฒนา (n = 41)
		ร้อยละ	ร้อยละ
อัตราผู้ป่วย STEMI ที่มาด้วยระบบ EMS	≥ ร้อยละ 30	16.67	43.90
อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล	< ร้อยละ 7	10.42	4.88
อัตราการปฏิบัติตาม CPG	≥ ร้อยละ 80	100	100

เมื่อพิจารณาจากการปฏิบัติตามรูปแบบและดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโดยรวม พบว่า ผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ร้อยละการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (n = 32)

หัวข้อกิจกรรมการประเมิน	ปฏิบัติ (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
1. การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก	100	0
2. การประเมินความรู้สึกตัว	100	0
3. การประเมินสัญญาณชีพและการติดตามประเมินสัญญาณชีพซ้ำทุก 15-30 นาที	100	0
4. การวัดค่าอิมตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว	100	0
5. การรายงานแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน/อายุรแพทย์ทันที	100	0
6. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	100	0
7. ให้ O <sub>2</sub> cannula 3-5 ลิตรต่อนาที (O <sub>2</sub> < 90%)	100	0
8. เปิดหลอดเลือดดำ เพื่อให้ให้น้ำเกลือ (NSS) และส่งเลือดตรวจตามแผนการรักษา	100	0
9. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติโดยแพทย์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดและลงชื่อในใบยินยอม (inform consent)	100	0
10. check list ข้อบ่งชี้/ข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือด	100	0
11. ให้ยา streptokinase ตามแนวทาง	100	0
12. ลงบันทึกในใบเก็บข้อมูลผู้ป่วย ACS registry	100	0

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ

โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.90, S.D. = .31$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของทีมบุคลากรต่อการใช้รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม (n = 32)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	การแปลความหมาย
ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	2.83	.38	มาก
มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	2.80	.41	มาก
ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.67	.48	มาก
แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	2.83	.38	มาก
ประโยชน์ต่อหน่วยงาน ลดระยะเวลา	2.67	.48	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	2.90	.31	มาก

### อภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ใช้แนวคิด PAOR ทำให้เกิดวงล้อในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในการพัฒนาได้มีศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลแบบเดิม พบว่า ปัญหาด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการล่าช้า ผู้ป่วย STEMI ไม่เข้าถึงระบบ EMS มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) แล้วแต่ไม่ครบถ้วนในประเด็นการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ไม่ทราบช่องทางด่วน การขอคำรับปรึกษา การปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ด้านผู้ให้บริการ ขาดทักษะและความรู้ ในการบริหารยา ให้บริการแบบแยกส่วน ด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมในการใช้งาน พบว่าเครื่อง

ติดตามการทำงานของหัวใจไม่พร้อมใช้งานและได้นำปัญหามาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อด้วยความร่วมมือจากทีมแพทย์และบุคลากรพัฒนาจนกระทั่งได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้ตามมาตรฐาน ที่ทีมผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำไปใช้แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลเป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยให้ผู้ปฏิบัติปฏิบัติงานได้รวดเร็วถูกต้อง เพื่อคุณภาพ ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ประกอบด้วย มีแนวปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การประสานการทำงาน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วและปรับบริการ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน โรงพยาบาลบุรีรัมย์<sup>(12)</sup> โดยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ส่งผลให้มีระบบบริการตามมาตรฐานผู้ป่วยเข้าถึงการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจในผ่านสายสวนได้รวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมลดลง และอัตราการเสียชีวิตลดลง

ผลการวิจัย พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิก ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังพัฒนา ร้อยละ 100 ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์ด้านคลินิกภายหลังจากพัฒนารูปแบบพบว่าเพิ่มขึ้นตามสมมติฐานการวิจัย อัตราการ door to needle time ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 64.53 เป็น ร้อยละ 93.75 อัตรา door to needle time ภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.59 เป็น ร้อยละ 92.31 อัตราของผู้ป่วย STIME ได้รับ reperfusion 30 นาทีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.55 เป็น ร้อยละ 96.89 อัตราผู้ป่วย STEMI ที่มาด้วยระบบ EMS เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็น ร้อยละ 43.90 และอัตราการเสียชีวิตลดลง จาก ร้อยละ 10.42 เหลือ ร้อยละ 4.88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ กรองทอง และคณะ<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Development of STEMI Fast Track Service Model พบว่า อัตราการ door to needle time ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลและสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ และคณะ<sup>(15)</sup> ได้ศึกษา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราการ door to needle time ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้น อัตรา door to needle time ภายใน 10 นาทีเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง และอัตราการตายลดลง และจากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55 เพราะมีความสะดวก ง่ายต่อการปฏิบัตินำไปใช้ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและปฏิบัติได้จริง และความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยและญาติ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70 ซึ่งมีความพึงพอใจต่อบริการและได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือ อุปกรณ์ ยา พร้อมใช้และเกิดความปลอดภัยกับชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ อัครนิช และคณะ<sup>(16)</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบว่า ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการสูงขึ้น ก่อนการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้มีระบบบริการตามมาตรฐาน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ร่วมกับการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรในเครือข่าย การทำงานประสานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น เพิ่มอัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือด อัตราการเสียชีวิตลดลง

### ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบาย ควรมีสันับสนุน ส่งเสริม ให้บุคลากรตระหนักความสำคัญ และความจำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เชิงวิชาการ ควรมีการนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ เพื่อการวางแผน ด้วยกระบวนการ PAOR ให้เกิดความความต่อเนื่องและความยั่งยืน ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. เชิงปฏิบัติการ ควรส่งเสริมให้มีการ บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ภายหลังผ่านพ้น ระยะเวลาวิกฤติ ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมา วิเคราะห์และวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล วาปีปทุม ที่ให้โอกาสผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่สนับสนุน การทำวิจัยด้วยดี มาโดยตลอด และขอขอบคุณ ผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ ให้ความร่วมมือในการ วิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Federation. Annual Report 2013. 2013. (Online). [www.worldheart.org](http://www.worldheart.org).
2. เกரியงไกร เสงี่ยม, บรรณาธิการ. มาตรฐาน การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 5). นนทบุรี: สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

3. ศศิธร ช่างสุวรรณ, จินต์จุฑา รอดพาล, ศรีสุรีย์ สุนยานนท์ และสมทรง บุตรชีวัน. การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินใน ผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสาร สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 8(3): 84-372.
4. พรทิพย์ อัครนิจ และ ประมวลรัตน์ พงนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(1): 99-111.
5. ธนวัฒน์ ชื่อสัตย์, จิราพร น้อมกุศล, พัชรินทร์ อินทร์พิมพ์, พัชรินทร์ พลเยี่ยม และสุจิตตา สุระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 13(2): 12-102.
6. โรงพยาบาลวาปีปทุม. สรุปสถิติข้อมูลการ บริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดประจำปี 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม; 2567.
7. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3<sup>ed</sup>). Victoria: Deakin University; 1988.
8. จุลินทร ศรีโพนทัน และคณะ. การพัฒนา รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยกในบริบทโรงพยาบาล มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม 14; 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2560.

9. สถาบันโรคหัวใจและทรวงอก. Thai ACS registry. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก [www. https://www.ccit.go.th/saveheart](https://www.ccit.go.th/saveheart)
10. อมรรัตน์ รัตนสิริ, มานพคณะโต และ นฤมล ลินสุพรรณ. การสัมภาษณ์เชิงลึก. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก <http://home.ku.ac.th/sompong/cm2/indepth.pdf>
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. บุหลัน เปลี่ยนไธสง และคณะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์ 2564; 36(1) มกราคม-เมษายน 2564.
13. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
14. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุจร และ สุนันญา พรหมตวง. พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Development of STEMI Fast Track Service Model. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์ 2561; 33(1): 6-45.
15. จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(3): 495 – 506.
16. พรทิพย์ อัครนิจ และประมวรัตน์ พงนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิจังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(1): 99-111.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนากรอบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข  
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Development of Workforce Management Framework for Public Health Personnel  
in Maha Sarakham Provincial Public Health Office

ภัทราภรณ์ ภูมิโยธา<sup>1</sup>, สุธิดา คณะมะ<sup>2</sup>, ธณัฐญา รุดโธ<sup>3</sup>  
Phattharaphorn Phumyota<sup>1</sup>, Sutida Kanama<sup>2</sup>, Thanatya Rudtho<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ตามนโยบายการจัดสรรอัตรากำลัง แนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2565 - 2569) และข้อมูลปฏิบัติงานจริง 5 ประเภทการจ้าง ณ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ ความก้าวหน้า สอดรับกับภารกิจกับการยกระดับบริการคุณภาพ (Standard Academic Professional : SAP) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Chief Human Resource Officers : CHRO) ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการ และผู้รับผิดชอบกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา พบว่า หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 73 หน่วยงาน ได้ใช้รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการบริหารกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569 (รอบ 100%) พบว่า ภาพรวมหน่วยงานมีร้อยละกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.23 หน่วยงานที่มีกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด ร้อยละ 83.33 เมื่อพิจารณาพบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (L) ควรมีกรอบอัตรากำลัง 11 - 15 รองลงมาโรงพยาบาลกุดรัง มีอัตราเพิ่มขึ้น (26.15%) โรงพยาบาล (F2) มีบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมจากภารกิจระดับหน่วยบริการโรงพยาบาล (F3) ภาพรวมรายสายงาน พบว่า มีบุคลากรที่ใช้กรอบอัตรากำลังมากที่สุด คือ สายสนับสนุน Back Office มีบุคลากรเกินกรอบ ร้อยละ 101.04 รองลงมา คือ สายวิชาชีพ ร้อยละ 60.06 โดยเฉพาะตำแหน่งเจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา นักรังสีการแพทย์ ทันตแพทย์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ 1) ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Chief Human Resource Officers : CHRO) 2) ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 3) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Public Health Personnel Management Information System : HROPS)

<sup>1</sup>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ, <sup>2</sup>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ, <sup>3</sup>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ข้อเสนอแนะ คือ การบริหารกรอบอัตรากำลังควรใช้รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังเดียวกัน เพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคน บริหารตำแหน่งว่าง ความก้าวหน้าในการทำงาน การกระจายตำแหน่งและการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการคุณภาพ (Standard Academic Professional : SAP) กรอบอัตรากำลังควรมีความยืดหยุ่นสามารถปรับได้ทุกระยะ เพื่อตอบสนองนโยบายกำลังคนและบริบทแต่ละพื้นที่

**คำสำคัญ :** การบริหารกรอบอัตรากำลัง, กรอบอัตรากำลัง, กรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข  
การพัฒนา รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลัง



## Abstract

This action research aimed to develop the personnel workforce framework management under the Maha Sarakham Provincial Public Health Office. The research utilizes a workforce framework management for public health personnel based on workforce allocation policies, management guidelines, and the organizational structure and workforce framework for regional government administrative units under the Ministry of Public Health (2022-2026). The study also incorporates actual work data from 5 employment types as of February 1, 2023, personnel database information from the Public Health Personnel Management Information System. Additionally, the study considered professional standards, career progression, alignment with mission-level service quality enhancement based on the Standard Academic Professional (SAP), and insights from in-depth interviews with executives, Human Resource Management Committee, Chief Human Resource Officers (CHRO), service unit staff, and those responsible for human resource management groups within the Maha Sarakham Provincial Public Health Office.

The findings reveal that all 73 units under the Maha Sarakham Provincial Public Health Office applied the workforce framework management model as an analytical tool. By the end of the 2022-2026 workforce framework (100%), the overall organizational framework showed an increase of 9.23%. The unit with the highest workforce framework increase was the Borabue District Public Health Office, with a peak increase of 83.33%. Further analysis indicated that district public health offices (L) should have 11-15 workforce frames. Followed by Kudrung Hospital with a 26.15% increase, while F2 hospital experienced increased due to service level enhancement missions for F3 hospital.

In terms of job category overview, the highest workforce utilization was observed in the Back Office support roles, exceeding the framework by 101.04%, followed by professional roles at 60.06%, particularly positions such as audiovisual officers, radiologic technologists, and dentists were notable. Key success factors in managing the workforce framework included: 1) Executives and Human Resource Management Committee of Maha Sarakham Provincial Public Health Office (CHRO), 2) Service unit personnel within the Maha Sarakham Provincial Public Health Office, and 3) Public Health Personnel Management Information System (HROPS).

Recommendations: The workforce framework management should use the same management to facilitate workforce planning, vacancy management, career progression supporting, Distribute position distribution, and adjustments in alignment with service quality enhancement (SAP). The framework should be flexible and adaptable at regular intervals to respond to workforce policies and the specific context of each area.

**Keywords :** Workforce Management, Workforce Framework, Public Health Personnel Workforce, Workforce Management Framework Development

## บทนำ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงาน ในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนของ หน่วยงานในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เป็นระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ. 2565 – 2569) หรือ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทบทวนโครงสร้าง และกรอบอัตรากำลังของ ปี 2560 – 2564<sup>(1)</sup> เกิดจากการนำผลงานมาใช้คำนวณกรอบอัตรากำลังเป็นการใช้ผลงานย้อนหลัง (ปี 2558) การคำนวณกรอบอัตรากำลังยังไม่ได้พิจารณา ตามพระราชบัญญัติปฐมภูมิ ปี 2562 และภาระงานหลักที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์อัตรากำลัง ยังไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่ให้บริการ อีกทั้ง การกำหนดกรอบรายหน่วยบริการ อาจทำให้ขาด ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ จากสถานการณ์ และข้อจำกัดจึงได้วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังเป็นไปอย่างเหมาะสม ครอบคลุม และ สอดคล้องตามภาระหน้าที่แท้จริง<sup>(1)</sup> โดยมีการปรับ กิจกรรมให้สอดคล้องกับภาระงานที่จะเกิดขึ้น ใน ปี 2569 ซึ่งได้รับความร่วมมือจากชมรมนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชน และชมรมวิชาชีพต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมใน การจัดทำภาระงานและวิเคราะห์กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2565 - 2569 มีการใช้เกณฑ์บุคลากรต่อ ประชากรตามพระราชบัญญัติปฐมภูมิ เพื่อมุ่งเน้น เป้าหมายรองรับความต้องการบริการที่สูงขึ้น สร้างความเข้มแข็งให้บริการปฐมภูมิและการมุ่ง

การพัฒนาบริการที่เป็นเลิศ และเพื่อให้สอดคล้อง กับการพัฒนาของ Service plan ได้ผ่านการ พิจารณาจากคณะทำงาน Service Plan โดย พิจารณาจากจำนวนบุคลากรที่มีอยู่เมื่อเทียบกับ กรอบอัตรากำลังเดิม (กรอบอัตรากำลังปี 2560 - 2564) และความสามารถในการผลิตบุคลากร (production capacity) อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 และครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566 เห็นชอบโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงาน ราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2565 - 2569) หน่วยงาน<sup>(2)</sup> จึงได้บริหารกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 - 2569 ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 เป็นต้นไป โดยให้บริหารจัดการในภาพรวม รายสายงาน รายเขตสุขภาพ ภายใต้กรอบอัตรากำลัง ที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบได้ 100 เปอร์เซ็นต์ เพื่อใช้ในการวางแผนและบริหาร จัดการกำลังคนให้เหมาะสมในภาพรวม เขตสุขภาพ และให้บริหารกรอบอัตรากำลังใน ภาพรวม รายสายงานของเขตสุขภาพ เพื่อใช้ใน การวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนให้ เหมาะสมกับภารกิจ ครอบคลุมทุกประเภท การจ้างงาน โดยมีแนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง<sup>(3)</sup> ภายใต้กรอบอัตรากำลังที่ อ.ก.พ. กระทรวง สาธารณสุขเห็นชอบ 100 เปอร์เซ็นต์ หน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังตามบริบทของพื้นที่ และมีผลให้กรอบภาพรวมรายสายงานเกิน 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ไม่เกินกรอบภาพรวมเขตสุขภาพ ได้วางหลักเกณฑ์การบริหารกรอบอัตรากำลังของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดังนี้ 1) การ บริหารกรอบอัตรากำลังจะต้องไม่เกินกรอบ อัตรากำลังภาพรวมเขตสุขภาพ ยกเว้น สายงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ 2) กรอบการจ้างงานในรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ ข้าราชการ

พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน การพิจารณาการขยายกรอบอัตรากำลัง ให้คำเนื่ง การจ้างงานประเภทข้าราชการเป็นอันดับแรกและนักเรียนทุนทุกประเภทการจ้างงานที่จะสำเร็จและมาปฏิบัติงานขอใช้ทุนของหน่วยงานนั้นๆ 3) การขอ ทบทวนกรอบอัตรากำลังให้ดำเนินการได้ปีละ 1 ครั้ง กรณีความจำเป็นเร่งด่วนสามารถปรับหรือ ขยายกรอบระหว่างปีได้ การบริหารกรอบอัตรากำลังในภาพรวมรายสายงาน เพื่อใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการกำลังคนให้เหมาะสมกับภารกิจ ครอบคลุมทุกประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน โดยมี แนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง 1. แนวทาง บริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน 2. แนวทางบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง รายหน่วยงาน 3. แนวทางบริหารจัดการกรอบ อัตรากำลังหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน)<sup>(4)</sup>

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริหาร กรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงจำเป็น และสำคัญยิ่งต่อการวางแผนกำลังคนของแต่ละ หน่วยบริการ ทั้งในด้านการให้บริการในหน่วยบริการ สาธารณสุขและในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับ บริการอย่างทั่วถึงและบุคลากรสาธารณสุข มีอัตรากำลังที่เพียงพอในการให้บริการ ทำให้เกิดความ สมดุลในการใช้ชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข (Work Life Balance) เป็นไปตามเป้าหมาย (Intention) ของสาธารณสุข คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ในด้านการให้บริการ ประชาชนที่มารับบริการ ที่หน่วยบริการหรือใน ชุมชน ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ผู้วิจัยในฐานะนักทรัพยากรบุคคลที่รับผิดชอบงาน การจัดทำกรอบอัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ปัญหา และความยุ่งยากซับซ้อน สายงานที่มี

อย่างจำกัดของแต่ละหน่วยบริการที่ต้องบริหาร จัดการ จัดหา จัดสรร ให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ สอดคล้องกับการยกระดับหน่วยบริการและ การจัดตั้งกลุ่มงานใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน จึงได้ ศึกษาทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติงานจริง สำหรับการพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบ อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยงานใน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในแต่ละระดับให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา ของการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบ อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis S และ Mc Taggart R<sup>(5)</sup> ระยะเวลาการศึกษาระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 8 กุมภาพันธ์ 2567 เป็นระยะเวลา 1 ปี

### กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออก เป็น 2 กลุ่ม

- 1) บุคลากรสาธารณสุขในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 2,676 คน
- 2) คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคล สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและพัฒนา กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด (Chief Human Resource Officer : CHRO) จำนวน 54 คน เป็นผู้บริหารประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้า  
กลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ใน สสจ.มหาสารคาม

3) กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก  
โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)  
จำนวน 37 คน เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
ชุมชน 12 คน และผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรอ  
อัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน 12 คน  
ผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรออัตรากำลังสำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 13 คน

#### ขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา

ข้อมูลกรออัตรากำลังของบุคลากร  
สาธารณสุขของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมดในจำนวน  
73 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม ขนาด L โรงพยาบาลชุมชน  
ขนาด 120 เตียง M2 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาล  
โกสุมพิสัย โรงพยาบาลบรบือ ขนาด 90 เตียง M2  
จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาล  
วาปีปทุม ขนาด 60 เตียง F1 โรงพยาบาลเขียงยืน  
ขนาด 50 เตียง F2 จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาล  
กันทรวิชัย ขนาด 30 เตียง F2 จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาล  
ยางสีสุราช, โรงพยาบาลนาดิน, โรงพยาบาลแกดำ,  
โรงพยาบาลนาเชือก ขนาด 10 เตียง F2 จำนวน 2 แห่ง  
โรงพยาบาลชื่นชม โรงพยาบาลกุดรัง สำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 แห่ง และ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ไม่ถ่าย  
โอนภารกิจ จำนวน 47 แห่ง

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการ  
บริหารจัดการอัตรากำลัง เรื่อง การบริหารจัดการ  
กรออัตรากำลังในภาพรวมสายงาน การบริหาร  
จัดการกรออัตรากำลังรายหน่วยงาน และ  
แนวทางบริหารจัดการกรออัตรากำลังจัดสรรลง  
รายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) ใช้รูปแบบ

เป็นวิจัยและพัฒนา (Action Research) ดำเนินการ  
3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน

และปัญหา

##### ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์

สถานการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อเสนอ  
การมอบอำนาจการบริหารมาที่เขตสุขภาพ และ  
ประชุมคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและ  
พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด  
(Chief Human Resource Officer : CHRO) จำนวน  
54 คน โดยใช้โครงสร้างและกรออัตรากำลัง  
หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566  
(กรอหดลด ร้อยละ 85) ในประเด็น  
องค์ประกอบของนโยบายการจัดสรรอัตรากำลัง  
บุคลากรสาธารณสุข การบริหารจัดการกรอ  
อัตรากำลังในภาพรวมสายงาน การบริหารจัดการ  
กรออัตรากำลังรายหน่วยงาน และการบริหาร  
จัดการกรออัตรากำลังหน่วยงานภายใน (กลุ่ม  
งาน/งาน) และสนทนากลุ่มกับผู้ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 คน และสาธารณสุข  
อำเภอ จำนวน 13 คน

##### ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน

ปฏิบัติการ โดยกำหนดคืนข้อมูลที่ได้จากขั้นตอน  
ที่ 1 ให้กับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นรายหน่วยงาน  
จำนวน 73 หน่วยงาน ในช่วงเดือนเมษายน 2566  
สถานที่ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม

##### ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน

ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมให้กับ  
ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เนื้อหาหลักประกอบด้วย  
แนวทางบริหารจัดการกรออัตรากำลังในภาพรวม  
สายงาน แนวทางบริหารจัดการกรออัตรากำลัง  
รายหน่วยงาน และแนวทางบริหารจัดการกรอ  
อัตรากำลังจัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน  
(กลุ่มงาน/งาน) จำนวน 1 วัน มีการบรรยายและ

ประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อประเมินผลความรู้หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และร่วมกันนำความรู้และทักษะจากการประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบ ในระยะที่ 2 ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ ใช้จัดเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

2) ข้อมูลบุคลากรปฏิบัติจริงของหน่วยบริการ 5 ประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 แยกรายหน่วยงาน ใช้จัดเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

3) หลักเกณฑ์การจัดสรรกรอบอัตราอัตรากำลังในพื้นที่ ประกอบด้วย  
1. โครงสร้างและอัตรากำลังที่เปลี่ยนแปลง  
2. หลักเกณฑ์ Service Base  
3. ผลการให้บริการ  
4. จำนวนประชากร เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์  
2) แนวทางการสนทนาประชุมเพื่อให้ความรู้ ใช้จัดเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มี 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 8 กุมภาพันธ์ 2567 สถานที่

ดำเนินการ คือหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มี 4 ขั้นตอน ดังนี้  
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน

(Planning) ผู้วิจัยได้วางแผนการ นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์มาร่างรูปแบบ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2) ข้อมูลบุคลากรปฏิบัติจริงของหน่วยบริการ 5 ประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 แยกรายหน่วยงาน 3) หลักการจัดสรรกรอบอัตรากำลังในพื้นที่ 4) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลัง โดยมี 3 วิธี ได้แก่ การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังรายหน่วยงาน และการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังจัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบไปสอบถามกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารกรอบอัตรากำลัง 2 คน โดยหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล และรองหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้เชี่ยวชาญได้รับแก้ไขข้อความ ตาราง ให้เข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อร่วมกันกำหนดแผนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ทั้ง 73 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยได้ติดตามเสริมกำลังให้ความรู้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการบริหารกรอบอัตรากำลังให้ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด



และติดตาม กำกับ กับผู้ร่วมวิจัยการบริหารกรอบ  
อัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ ทั้ง 73 หน่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อน

การปฏิบัติ (Reflection) หลังจากทดลองใช้  
รูปแบบแล้วเป็น 1 ปี ผู้วิจัยและให้ผู้ร่วมวิจัยได้  
สะท้อนปัญหา อุปสรรคที่พบนำเสนอต่อคณะกรรมการ  
บริหารทรัพยากรบุคคลสาธารณสุข และพัฒนา  
กำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด (Chief  
Human Resource Officer : CHRO) พบว่า กรอบ  
อัตรากำลัง ปี 2566 (กรอบทดลอง ร้อยละ 85)  
เพิ่มกรอบอัตรากำลังในสายงานวิชาชีพ สายงาน  
Back Office และสายสนับสนุน Back Office เพื่อ  
นำมาสู่การวางแผนดำเนินการปรับปรุง และ  
นำไปใช้ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา  
ระยะที่ 2 วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย

1) เครื่องมือดำเนินการ  
วิจัย คือ แนวทางการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง  
บุคลากร สาธารณสุข ซึ่งพัฒนาขึ้นมาเองโดย  
ผู้วิจัยใช้จัดเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

2) เครื่องมือเก็บรวบรวม  
ข้อมูล เป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ชุด  
ชุดที่ 1 แนวทางการ  
สนทนากลุ่มเพื่อปรับรูปแบบ พัฒนาโดยผู้วิจัย  
ใช้จัดเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

ชุดที่ 2 แบบบันทึก  
ผลลัพธ์ของรูปแบบ พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน  
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ตอนที่ 2  
ผลลัพธ์ของรูปแบบของรูปแบบ เครื่องมือทั้ง 2 ชุด  
ไม่ได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจาก  
ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล เป็นผู้ปฏิบัติงาน รับผิดชอบโดยตรง ได้  
ศึกษา และเข้าใจอย่างถ่องแท้ในรูปแบบ และใช้  
หลักการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลที่ได้มาจาก  
ฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ  
และคุณภาพในเรื่องเดียวกันและคืนข้อมูลให้ผู้ร่วม

ดำเนินการวิจัยพิจารณาตรวจสอบข้อมูลทุกครั้ง  
จากผลการวิเคราะห์ของผู้วิจัย

วงรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์

2567 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567 สถานที่ดำเนินการ  
คือหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน  
(Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้  
วางแผนการเพิ่มกรอบอัตรากำลังในสายงาน  
วิชาชีพ สายงาน Back Office และสายสนับสนุน  
Back Office และนำข้อมูลที่ได้จากวงรอบที่ 1  
มาร่วมกันกำหนดกรอบอัตรากำลังเป็น 100 เปอร์เซ็นต์  
ใช้เครื่องมือวิจัยเช่นในวงรอบที่ 1 ในข้อที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ  
(Action) ผู้วิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมกัน  
ปรับรูปแบบ โดยเพิ่มกรอบอัตรากำลังในสายงาน  
วิชาชีพ (4 สายงาน) สายงาน Back Office สายสนับสนุน  
วิชาชีพ และสายสนับสนุน Back Office นำรูปแบบ  
ไปใช้ในหน่วยงานทั้ง 73 แห่ง ในสังกัดสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กำหนดการเพิ่ม  
กรอบอัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2  
เป็นอันดับแรก โรงพยาบาลชุมชนขนาด F1  
โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ตามลำดับ ใช้  
เครื่องมือวิจัยเช่นในวงรอบที่ 1 ในข้อที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์  
(Observation) ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามรูปแบบ  
ในหน่วยบริการทั้งหมด 73 แห่ง ผู้วิจัยได้ติดตาม  
เสริมกำลัง ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการ  
บริหารกรอบอัตรากำลังใจให้ดำเนินการตาม  
รูปแบบกรอบอัตรากำลังเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ และ  
ติดตาม กำกับ กับผู้ร่วมวิจัยการบริหารกรอบ  
อัตรากำลัง และรายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการ  
บริหารทรัพยากรบุคคลสาธารณสุขและ  
พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด  
(Chief Human Resource Officer : CHRO) ใช้  
เครื่องมือวิจัยเช่นในวงรอบที่ 1 ในข้อที่ 2



#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อน

การปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อดำเนินการตามรูปแบบ และเห็นว่าเป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด ใช้เครื่องมือวิจัยเช่นในวงรอบที่ 1 ในข้อที่ 4

#### ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ

การบริหารกรอบอัตรากำลังที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินผลเชิงปริมาณ และประเมินผลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณประเมินจากรูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังรายหน่วยงาน และการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังจัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) จำนวน 73 แห่ง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพประเมินจากการสนทนากลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 12 คน และผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน 12 คน ผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรอบอัตรากำลังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 13 คน โดยประเมินรูปแบบ และประเมินผลลัพธ์รูปแบบ 2 ด้าน คือ 1) ความเพียงพอของหน่วยงาน 2) การกระจายในแต่ละสายงาน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ระยะ

ที่ 3

เป็นเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารกรอบอัตรากำลัง 2 คน โดยหัวหน้ากลุ่มงานและรองหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แล้วผู้วิจัยนำมาสรุป

#### เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2 ชุด

#### ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนา

กลุ่มเพื่อประเมินผลรูปแบบ พัฒนาโดยผู้วิจัย

#### ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์

ของรูปแบบ พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ตอนที่ 2 ผลลัพธ์ของรูปแบบของรูปแบบ เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ไม่ได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้ปฏิบัติงาน รับผิดชอบโดยตรง ได้ศึกษา และเข้าใจอย่างถ่องแท้ในรูปแบบ และใช้หลักการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลที่ได้มาจากฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพในเรื่องเดียวกันและคืนข้อมูลให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยพิจารณาตรวจสอบข้อมูลทุกครั้ง จากผลการวิเคราะห์ของผู้วิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

#### ข้อมูล

1. ฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (CHRO) ปฏิบัติจริงในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 5 ประเภทการจ้างงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566

2. โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลการใช้กรอบอัตรากำลังปี 2566 (กรอบทดลอง) เทียบเกณฑ์ ร้อยละ 85 ของกรอบภาพรวม จำแนกรายหน่วยงาน แยกประเภทหน่วยงาน แยกขนาดหน่วยงาน และจำแนกรายสายงานแยกสายวิชาชีพ สายงาน Back Office สายสนับสนุนวิชาชีพ และสายสนับสนุน Back Office

เพื่อวิเคราะห์สายงานขาดแคลนและการกระจายตัวของบุคลากร

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังที่พัฒนาขึ้นโดยวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังแยกตามประเภทหน่วยงาน และแยกตามสายงานเทียบกับกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในครั้งนี้ ดำเนินตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อหาความเพียงพอของหน่วยงาน และการกระจายในแต่ละสายงานที่ตามกรอบอัตรากำลังที่ขาดแคลน ช่วยให้มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในการวางแผนพัฒนากำลังคน ในการสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังนี้

#### 1. สภาพปัจจุบันและปัญหาของการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

พบข้อจำกัด รูปแบบเดิม คือ (1) การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน มี 4 สายงาน ได้แก่ ตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยาคลินิก และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นตำแหน่งที่ไม่มีผู้ปฏิบัติงานจริง และพบสายงานที่ขาดแคลนซึ่งไม่เป็นไปตามความต้องการ เช่น สายงานนักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด การบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังรายหน่วยงาน หน่วยงานในสังกัดมีกรอบอัตรากำลังเทียบกับปฏิบัติงานจริง 1 กุมภาพันธ์ 2566 น้อยกว่าคิดเป็นภาพรวมร้อยละ 68.25 และการบริหารจัดการกรอบ

อัตรากำลังจัดสรรลงภายในหน่วยงาน (งาน/กลุ่มงาน) พบว่า ยังไม่มีการกระจายกรอบอัตรากำลังไปทำงาน/กลุ่มงานทั้งในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างแท้จริง และเมื่อได้มีการสะท้อนกลับข้อมูลจึงทำให้ทราบว่า หลักการกระจายกรอบอัตรากำลังควรให้ เป็นไปตามขนาดของหน่วยบริการในระนาบเดียวกัน อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน แยกตาม (ขนาด M2 F1 F2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แยกขนาด (SML) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแยกขนาด (SML) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอต้องร่วมบริหารกรอบอัตรากำลังกับหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพในหน่วยงานให้เป็นไปตามรูปแบบสู่การปฏิบัติ (2) ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยต้องการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การบริหารอัตรากำลังในระดับจังหวัด ระดับหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการดังกล่าว

#### 2. การพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

หลังจากผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังสาธารณสุข มาทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 ปี จึงทำให้พบข้อจำกัดของรูปแบบเดิม ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ยังโดยใช้หลักเกณฑ์การจัดสรรกรอบอัตรากำลังในพื้นที่ประกอบด้วย 1. โครงสร้างและอัตรากำลังที่เปลี่ยนแปลง 2. หลักเกณฑ์ Service Base 3. ผลการให้บริการ 4. จำนวนประชากร และนโยบายการบริหารกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยยึดหลักโครงสร้างและกรอบอัตรกำลังในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่

5/2566 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566 ประกอบกับ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบ (กรอบอัตรากำลัง 100%) ปี พ.ศ. 2567 - 2569 โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ อัตรากำลัง 3 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบการบริหาร จัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน 2. รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง รายหน่วยงาน

**3. รูปแบบการบริหารจัดการกรอบ อัตรากำลังจัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไป วิเคราะห์ตามขนาดหน่วยบริการ แยกวิเคราะห์ รายสายงานเป็น 4 สาย ได้แก่ สายวิชาชีพ สาย Back Office สายสนับสนุนวิชาชีพ และสาย สนับสนุน Back Office เพื่อตรวจสอบอัตรากำลัง ให้เพียงพอ ตามบริบทของขนาดหน่วยงาน โดย วิเคราะห์ร่วมกันกับผู้รับผิดชอบการบริหารกรอบ อัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ สรุปได้ดังนี้**

**ตารางที่ 1** แสดงผลการพัฒนากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2566 (กรอบทดลอง 85%) และ กรอบอัตรากำลัง ใหม่ ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ที่ได้ทำการพัฒนา

<b>กรอบเดิม</b> <b>กรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2566</b> <b>(ทดลอง 85%)</b> <b>(ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่</b> <b>8 กุมภาพันธ์ 2567)</b>	<b>กรอบใหม่ (ปรับปรุงพัฒนา)</b> <b>กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 - 2569</b> <b>กรอบ 100% ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง ปัจจุบัน</b>
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ เห็นชอบโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (2565 -2569) โดยกรอบอัตรากำลังเกิดจาก ทบทวนโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง (ปี 2560 – 2564) ทำให้ขาดความยืดหยุ่นในการ บริหารจัดการ จากสถานการณ์และข้อจำกัดจึงได้ วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังเป็นไป อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องตาม ภาระหน้าที่แท้จริง จึงทำให้มีการใช้กรอบทดลอง ให้คิดอัตรการคำนวณกรอบอัตรา 85% (ปี 2566) เป็นระยะเวลา 1 ปี (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 - 8 กุมภาพันธ์ 2567) จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดำเนินการดังนี้	หลังจากที่มีทดลองใช้กรอบอัตรากำลัง 85% มาเป็นระยะเวลา 1 ปี ทำให้ทราบข้อจำกัดของ รูปแบบเดิมและการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของ หน่วยงานในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งสายงาน เป็น 4 สาย ได้แก่ สายวิชาชีพ สาย Back Office สายสนับสนุนวิชาชีพ และสายสนับสนุน Back Office เพื่อใช้วางแผนและบริหารจัดการกำลังคน ให้เหมาะสมกับภารกิจครอบคลุมบุคลากร ทั้ง 5 ประเภทการจ้างยึดหลักการวิเคราะห์กรอบ ความต้องการอัตรากำลังของแต่ละสาย 1) วิเคราะห์ ความต้องการอัตรากำลังจากการใช้บริการสุขภาพ ของประชาชน (FTE) 2) ตามเกณฑ์ Service Based เกณฑ์ขั้นต่ำ อ้างอิงจากมาตรฐานวิชาชีพ และ มาตรฐานอัตรากำลังตามService Plan <sup>(6)</sup>

**ตารางที่ 1** แสดงผลการพัฒนากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2566 (กรอบทดลอง 85%) และกรอบอัตรากำลัง ใหม่ ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ที่ได้ทำการพัฒนา (ต่อ)

กรอบเดิม กรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2566 (ทดลอง 85%) (ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567)	กรอบใหม่ (ปรับปรุงพัฒนา) กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 - 2569 กรอบ 100% ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง ปัจจุบัน
--	--

**ขั้นตอนที่ 1** ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยได้การ ทบทวนวรรณกรรม นโยบายการบริหารการ บริหารกรอบอัตรากำลังมาร่างรูปแบบ โดยใช้ ข้อมูลพื้นฐาน 1) โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม 2) ข้อมูลบุคลากรปฏิบัติงานจริง ของหน่วยบริการ 5 ประเภท ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 แยกรายหน่วยงาน จำนวน 2,767 ราย 3) หลักการจัดสรรกรอบอัตรากำลัง ในพื้นที่ จึงได้รูปแบบการบริหารจัดการ อัตรากำลัง 2 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบการบริหาร จัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน 2. รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลัง รายหน่วยงาน ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบไปสอบถาม กับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารกรอบอัตรากำลัง 2 คน โดยหัวหน้ากลุ่มงานและรองหัวหน้า กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

3) อัตรส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากร 4 สิทธิ (Population) โดยวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้รับผิดชอบ การบริหารกรอบอัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ จึงได้เห็นชอบร่วมกันให้ดำเนินการดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ผู้วิจัยได้การทบทวนวรรณกรรม นโยบายการบริหารกรอบอัตรากำลัง และ รูปแบบเดิมกรอบอัตรากำลัง ปี 2566 (กรอบเดิม 85%) โดยใช้ข้อมูลพื้นฐาน 1) โครงสร้างและ กรอบอัตรกำลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2) ข้อมูลบุคลากร ปฏิบัติจริงของหน่วยบริการ 5 ประเภท ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 แยกรายหน่วยงาน จำนวน 2,767 ราย 3) หลักการจัดสรรกรอบอัตรกำลัง ในพื้นที่ จึงได้รูปแบบการบริหารจัดการอัตรกำลัง 3 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบการบริหารจัดการกรอบ อัตรกำลังในภาพรวมสายงาน 2. รูปแบบการ บริหารจัดการกรอบอัตรกำลังรายหน่วยงาน 3. รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรกำลัง จัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) ผู้วิจัยนำรูปแบบไปสอบถามกับผู้เชี่ยวชาญด้านการ บริหารกรอบอัตรกำลัง 2 คน โดยหัวหน้ากลุ่มงาน และรองหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 2 ท่านเห็นชอบ กับรูปแบบกรอบอัตรกำลัง ทั้ง 3 รูปแบบ

**ตารางที่ 1** แสดงผลการพัฒนากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2566 (กรอบทดลอง 85%) และกรอบอัตรากำลัง ใหม่ ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ที่ได้ทำการพัฒนา (ต่อ)

<p><b>กรอบเดิม</b> กรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2566 (ทดลอง 85%) (ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567)</p>	<p><b>กรอบใหม่ (ปรับปรุงพัฒนา)</b> กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 -2569 กรอบ 100% ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง ปัจจุบัน</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยายให้ความรู้ และปฏิบัติการร่วมกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เพื่อร่วมกันกำหนดแผนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทั้ง 3 แบบ นำมาทดลองใช้ในหน่วยงานทั้ง 73 แห่ง เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละแห่ง โดยให้สอดคล้องกับกรอบอัตรารายเขตสุขภาพ เห็นชอบ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> เพื่อให้ครอบคลุมการจัดทำกรอบอัตรากำลังกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ของหน่วยงาน ทั้ง 73 หน่วยงาน วิเคราะห์ตามขนาดหน่วยบริการ แยกวิเคราะห์รายสายงานเป็น 4 สาย ได้แก่ สายวิชาชีพ สาย Back Office สายสนับสนุน วิชาชีพ และสายสนับสนุน Back Office โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 3 รูปแบบ เพื่อตรวจสอบอัตรากำลังให้เพียงพอ ตามบริบทของขนาดหน่วยงาน วิเคราะห์ตามความต้องการสายงานอัตรากำลังจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (FTE) 2) ตามเกณฑ์ Service Based เกณฑ์ขั้นต่ำอ้างอิงจากมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานอัตรากำลังตาม Service Plan 3) อัตร่าส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากร 4 สิทธิ (POP) ยึดหลักโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 5 /2566 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> หลังจบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ติดตามเสริมกำลัง ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการบริหารกรอบอัตรากำลังให้ดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด และติดตาม กำกับ กับผู้ร่วมวิจัยการบริหารกรอบอัตรากำลังของแต่ละหน่วยบริการ ทั้ง 73 หน่วย</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> กำหนดให้บริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ภาพรวม และรูปแบบรายสายงานรายหน่วยบริการ 73 รูปแบบย่อยโดยวิเคราะห์ตามเกณฑ์การจัดสรรเป็น 4 สายงาน 1) สายวิชาชีพ 2) สายงาน Back Office 3) สายสนับสนุนวิชาชีพ 4) สายสนับสนุน Back Office ซึ่งในที่นี้จะวิเคราะห์แต่ละรูปแบบ ดังนี้</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) หลังจากทดลองใช้รูปแบบแล้วเป็น 1 ปี ผู้วิจัยและให้ผู้ร่วมวิจัยได้ สะท้อนปัญหาอุปสรรคที่พบนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล สาธารณสุขและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด (Chief Human Resource Officer : CHOR) พบว่ากรอบอัตรากำลัง ปี 2566 (กรอบทดลอง ร้อยละ 85) เพิ่มกรอบอัตรากำลังในสายงานวิชาชีพ สายงาน Back Office และสายสนับสนุน Back Office เพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการปรับปรุงและนำไปใช้</p>	<p>ส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ 5 /2566 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2566</p>

**ตารางที่ 1** แสดงผลการพัฒนากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2566 (กรอบทดลอง 85%) และกรอบอัตรากำลัง ใหม่ ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ที่ได้ทำการพัฒนา (ต่อ)

<p>กรอบเดิม กรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2566 (ทดลอง 85%) (ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567)</p>	<p>กรอบใหม่ (ปรับปรุงพัฒนา) กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 -2569 กรอบ 100% ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง ปัจจุบัน</p>
	<p>1) รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน พบว่า มีกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%) ทั้งหมด 4,451 อัตรา มีผู้ปฏิบัติงานจริง 2,676 คน คิดเป็นร้อยละ 60.12 หน่วยงานมีอัตรากำลังปฏิบัติงานจริงต่ำกว่ากรอบ ได้แก่ สสอ.กุตุรง ร้อยละ 37.50 สสอ.ชื่นชม ร้อยละ 40.00 รพ.กุตุรง ร้อยละ 43.48 ตามลำดับ หน่วยงานที่มีอัตรากำลังปฏิบัติงานจริงค่อนข้างสูง ได้แก่ สสอ.วาปีปทุม ร้อยละ 72.73 สสจ.มหาสารคาม ร้อยละ 72.04 สสอ.กันทรวิชัย ร้อยละ 66.67 สสอ.แกดำ ร้อยละ 64.71 รพช.พยัคฆภูมิพิสัย ร้อยละ 62.01 ตามลำดับและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกรอบอัตรากำลัง ใกล้เคียงกัน ระหว่าง 75 - 85%</p> <p>2) รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังในภาพรวมสายงาน พบว่า สายงานที่มีการใช้กรอบอัตรากำลังมากที่สุด ได้แก่ สายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 101.04 รองลงมาสายงานวิชาชีพ ร้อยละ 60.06 สายงาน Back Office ร้อยละ 54.03 สายงานสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 52.78 ได้วิเคราะห์เชิงลึก พบว่าการกระจายตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรไม่เหมาะสม ขาดแคลนตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย</p>



**ตารางที่ 1** แสดงผลการพัฒนากรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2566 (กรอบทดลอง 85%) และกรอบอัตรากำลัง ใหม่ ปี พ.ศ. 2567 - 2569 (กรอบ 100%) ที่ได้ทำการพัฒนา (ต่อ)

กรอบเดิม กรอบอัตรากำลังปี พ.ศ. 2566 (ทดลอง 85%) (ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567)	กรอบใหม่ (ปรับปรุงพัฒนา) กรอบอัตรากำลัง ปี พ.ศ. 2567 -2569 กรอบ 100% ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง ปัจจุบัน
--	---

3) รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังจัดสรรลงรายหน่วยงานภายใน (กลุ่มงาน/งาน) ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการนำตำแหน่งลงในงานหรือกลุ่มงานภายใน พบว่า มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีการจัดลงตำแหน่งยากที่สุด เนื่องจากพบการปฏิบัติงานจริงไม่ตรงกับ จ.18 รวมถึงความก้าวหน้าในสายงานวิชาชีพ ตามหนังสือสำนักงาน กพ (นร 1008/ว 2 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2558) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งและตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข เนื่องจากชื่อตำแหน่งดังกล่าวสามารถจัดได้หลายกลุ่มงาน ต้องจัดลงตามวุฒิการศึกษา เช่น ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ที่ต้องจัดในกลุ่มงานทันตสาธารณสุขและต้องคำนึงถึงความก้าวหน้า และความเพียงพอต่อการปฏิบัติราชการเป็นหลัก

**4. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังสาธารณสุข**  
กรอบอัตรากำลัง (กรอบ 100%) ปี พ.ศ. 2567 - 2569 มาใช้ในหน่วยงานเป็นระยะเวลา 8 เดือน คือ ตั้งแต่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 พบผลลัพธ์ของการทดลองใช้โดยการแยกสรุปรูปตามขนาดสถานบริการขนาดเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบโดยวิเคราะห์ตามเกณฑ์การจัดสรรเป็น 4 สายงาน  
1) สายวิชาชีพ 2) สายงาน Back Office 3) สาย

สนับสนุนวิชาชีพ 4) สายสนับสนุน Back Office ดังนี้

4.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (ขนาด L) พบว่า กรอบสายงานที่ใช้กรอบเกินมากไปหาน้อย ดังนี้ สายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 100 สายงาน Back Office ร้อยละ 95 และ สายวิชาชีพ ร้อยละ 86 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุด เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, เจ้าพนักงานพัสดุ, เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา,

ทันตแพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข ตามลำดับ มีการกระจายสายงานได้ครอบคลุมทุกสายงาน

4.2 โรงพยาบาลชุมชน (ขนาด M2) จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ สายงานที่ใช้ครอบคลุมมากไปหาน้อย ดังนี้ สายงาน Back Office ร้อยละ 92.53 สายวิชาชีพ ร้อยละ 95.35 สายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 91.96 และสายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 83.02 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข, นักเทคนิค การแพทย์, นักวิชาการเงินและบัญชี, นายแพทย์ ตามลำดับ มีการกระจายสายงานได้ครอบคลุมทุกสายงาน

4.3 โรงพยาบาลชุมชน (ขนาด F1) ได้แก่ สายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 100 สายงาน Back Office ร้อยละ 95.24 สายวิชาชีพ ร้อยละ 93.30 และสายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 61.90 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข, นักเทคนิค การแพทย์, นายแพทย์ ตามลำดับ และมีการกระจายสายงานได้ครอบคลุมทุกสายงาน

4.4 โรงพยาบาลชุมชน (ขนาด F2) จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ สายงาน Back Office ร้อยละ 92.52 สายวิชาชีพ ร้อยละ 90.56 สายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 76.89 และสายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 57.62 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, นักเทคนิค การแพทย์, นักวิชาการสาธารณสุข, นายแพทย์, นักวิชาการเงินและบัญชี, แพทย์แผนไทย ตามลำดับ และมีการกระจายสายงานไม่ครอบคลุม ในโรงพยาบาลกุดรังเป็นโรงพยาบาลยกระดับจาก (F3) เป็น (F2) ไม่มีกรอบอัตราสายสนับสนุน Back Office ในหน่วยงานเนื่องการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ไม่มีการจัดสรรกรอบอัตราให้ เนื่องจากไม่มีการจ้างงาน ในไว้ในสายงานดังกล่าว

4.5 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ขนาด L) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ

73 และ สายงาน Back Office ร้อยละ 70 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ตามลำดับ การกระจายสายงานไม่ครอบคลุม สายสนับสนุน Back Office ในหน่วยงานเนื่องการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ไม่มีการจัดสรรกรอบอัตราให้เนื่องจากไม่มีการจ้างงาน ในไว้ในสายงานดังกล่าว ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม

4.6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ขนาด M) จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ 61 และ สายงาน Back Office ร้อยละ 56 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ตามลำดับ การกระจายสายงานไม่ครอบคลุม สายสนับสนุน Back Office ในหน่วยงานเนื่องการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ไม่มีการจัดสรรกรอบอัตราให้เนื่องจากไม่มีการจ้างงาน ในไว้ในสายงานดังกล่าว ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง

4.7 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ขนาด S) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ 83 และ สายงาน Back Office ร้อยละ 50 ตามลำดับ สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามลำดับ การกระจายสายงานไม่ครอบคลุมสายสนับสนุน Back Office เนื่องจากไม่ได้รับการจัดสรรกรอบอัตราให้เนื่องจากไม่มีการจ้างงาน ในไว้ในสายงานดังกล่าว ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม

4.8 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (ขนาด L) จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ 100 และ สายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 100 ตามลำดับ มีการกระจายสายงานได้ครอบคลุม ไม่พบสายงานที่ขาดแคลน

4.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (ขนาด M) จำนวน 41 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ 95 สายงาน Back Office ร้อยละ 5 และ สายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 66.00 ตามลำดับ มีสายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ นักวิชาการ

สาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาล วิชาชีพ ตามลำดับ การกระจายสายงานไม่ครอบคลุม ในสายงานสนับสนุนวิชาชีพ

4.10 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (ขนาด S) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สายวิชาชีพ ร้อยละ 100 และ สายสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 80.00 ตามลำดับ มีการกระจายสายงานได้ ครอบคลุม ไม่พบสายงานที่ขาดแคลน

**5. การประเมินผลรูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังที่พัฒนาขึ้น** โดยการประเมินผลเชิงปริมาณ และประเมินผลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณประเมินจากการประเมินผลลัพธ์ด้านการมีกรอบอัตรากำลัง

สาธารณสุข จำนวน 73 แห่ง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเมินจากการสนทนากลุ่มผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน 12 คน และผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน 12 คน ผู้ปฏิบัติงานการบริหารกรอบอัตรากำลัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 13 คน รวม 37 คน โดยประเมินรูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ รูปแบบ คือ ด้านการมีกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอ ในการให้บริการ ได้แก่ 1. โครงสร้างและอัตรากำลังที่เปลี่ยนแปลง 2. หลักเกณฑ์ Service Base 3. ผลการให้บริการ 4. จำนวนประชากร

**ตารางที่ 2** ผลลัพธ์ด้านการมีกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอในการให้บริการ (73 หน่วยงาน)

ผลลัพธ์	ร้อยละ
1. โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%)	100
2. การใช้บริการสุขภาพของประชาชน (FTE)	100
3. หลักเกณฑ์ Service Base	94.59
4. เกณฑ์สัดส่วนจำนวนประชากรต่อสายงาน	86.48

จากตารางที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ด้านการมีกรอบอัตรากำลังที่เพียงพอในการให้บริการ จำนวน 73 หน่วยงาน ความเพียงพอของบุคลากรในการให้บริการมากที่สุด ได้แก่ โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%) และการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (FTE) ร้อยละ 100 รองลงมาหลักเกณฑ์ Service Base 94.59% ประชากร 86.48% ตามลำดับ

**อภิปรายผล**

การดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เมื่อสิ้นสุดการบริหารกรอบอัตรากำลังปี 2565 – 2569 (กรอบ 100%) พบว่า ภาพรวมหน่วยงานมีร้อยละกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.23

หน่วยงานที่มีกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด ร้อยละ 83.33 เมื่อพิจารณาพบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ขนาด L) ควร มีกรอบอัตรากำลัง 11 - 15 รองลงมาโรงพยาบาล กุดรัง มีอัตราเพิ่มขึ้น (26.15%) โรงพยาบาล (ขนาด F2) มีบุคลากรเพิ่มขึ้นจากเดิมจากภารกิจระดับหน่วยบริการโรงพยาบาล (ขนาด F3) สอดคล้องกับสอดคล้องกับมัธยัสต์ เหล่าสุรสุนทร ศึกษาภารกิจ รูปแบบการจัดการที่เปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้ว่า ในแต่ละเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนและกรอบอัตรากำลังในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม โดยโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นสายวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากเดิมมากที่สุด คือ โรงพยาบาล กุดรัง ปฏิบัติจริงเทียบกรอบปี 2565 - 2569 (100%)

มากถึงร้อยละ 88.00 กรอบอัตรา กำลังเพิ่มขึ้น<sup>(8)</sup> ภาพรวมรายสายงาน พบว่า มีบุคลากรที่ใช้กรอบอัตรากำลังมากที่สุด คือ สายสนับสนุน Back Office มีบุคลากรเกินกรอบ ร้อยละ 101.04 รองลงมา คือ สายวิชาชีพ ร้อยละ 60.06 โดยเฉพาะตำแหน่งเจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ทันตแพทย์ สอดคล้องกับปรีชา ปราณวิวงศ์ สอดคล้องกับการจัดบริการจัดการกรอบอัตรากำลังมีความยืดหยุ่น และในขณะเดียวกันการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังคนได้คำนึงถึงภาระงานและการจัดบริการตามรูปแบบ SAP เพื่อสอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพในสายวิชาชีพขาดแคลน อย่างตำแหน่ง นายแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข<sup>(7)</sup>

จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังที่พัฒนาขึ้นโดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Chief Human Resource Officer : CHRO) และตัวแทนวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานแต่ละหน่วยบริการ พบว่า รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบโดยการค้นคว้าเอกสาร หนังสือ ราชการ นโยบายและแนวคิดในการจัดกรอบอัตรากำลัง โดยการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการและตัวแทนวิชาชีพ และใช้กรอบอัตรากำลังเป็นเครื่องมือในการวางแผนกำลังคน เพื่อให้มีกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสม เพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ หน่วยบริการแต่ละระดับ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ 1) ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารทรัพยากร

บุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Chief Human Resource Officer : CHRO) และตัวแทนวิชาชีพ 2) ผู้ปฏิบัติงานแต่ละหน่วยบริการ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ รวมถึงนักทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล 3) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ซึ่งสอดคล้องกับ จุริรัตน์ กิจสมพร ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในประเทศ : มุมมองผู้กำหนดนโยบาย มีดังนี้ ปัจจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข คือผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนติดตามการดำเนินการตามแผนพัฒนากำลัง ให้มีความสำคัญกับการจัดการฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้กลไกการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้<sup>(9)</sup> และสอดคล้องกับมัธยัสถ์ เหล่าสุรสุนทร ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 - 2564 มีดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการการใช้กรอบอัตรากำลังที่มีความสำคัญมากที่สุด 3 ปัจจัยแรก คือ 1) ผู้บริหารเขตสุขภาพ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศก์ เป็นต้น 2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสานงาน ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข<sup>(8)</sup>

## วิจารณ์

**ผลการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังแยก  
รายสายงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคาม** โรงพยาบาลชุมชน สำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล เทียบกับกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569  
(กรอบ 100%) พบว่า เมื่อสิ้นสุดการบริหารกรอบ  
อัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%) สายงาน  
ที่กรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นจากกรอบ 85% ปี 2566  
(ช่วงทดลอง) มากที่สุดแยกตามสายงาน ได้แก่  
สายงาน Back Office มีอัตราเพิ่มขึ้นมากที่สุด  
ร้อยละ 9.58 พบตำแหน่งที่ขาดแคลน คือ  
นักวิชาการเงินและบัญชี ร้อยละ 17.68 นักวิชาการ  
คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 10.94 เจ้าพนักงานธุรการ  
ร้อยละ 10.87 ตามลำดับ รองลงมาสายงาน  
วิชาชีพ มีกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.56  
ตำแหน่งที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ ตำแหน่ง  
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ร้อยละ 17.86  
รองลงมา ตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ ร้อยละ 16.91  
ทันตแพทย์ ร้อยละ 14.84 นายแพทย์ ร้อยละ  
10.95 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 10.80 ตามลำดับ  
ตามด้วยสายงานสนับสนุนวิชาชีพ ร้อยละ 5.63  
และสายสนับสนุน Back Office ร้อยละ 5.55

**ผลการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังแยก  
ตามประเภทหน่วยงาน ในสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม** โรงพยาบาลชุมชน สำนักงาน  
สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล เทียบกับกรอบอัตรากำลังปี 2565 - 2569  
(กรอบ 100%) พบว่า เมื่อสิ้นสุดการบริหารกรอบ  
อัตรากำลังปี 2565 - 2569 (กรอบ 100%) หน่วย  
บริการที่มีกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นจากกรอบ  
85% ปี 2566 (ช่วงทดลอง) มากที่สุดแยกตาม  
ประเภทหน่วยงาน ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาล  
ชุมชน มีอัตราเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือโรงพยาบาล  
กุดรังมีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด (26.15%) ประเภท  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ มีอัตราเพิ่มขึ้น  
สูงสุด (83.33%) และประเภทโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล มีกรอบอัตรากำลังโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด สสอ.พยัคฆภูมิพิสัย  
มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด (22.83%)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการบริหาร  
จัดการกรอบอัตรากำลังในสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการตามนโยบาย  
และแนวทางการการบริหารกรอบอัตรากำลัง  
ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ด่วนที่สุด ที่ สธ 0208.02/ว 8699 ลงวันที่ 29  
กันยายน 2566 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตร  
กำลังหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม การบริหารจัดการ  
กรอบอัตรากำลังโดยผู้บริหารและคณะกรรมการ  
บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม CHRO ร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน  
ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม และผู้ปฏิบัติงานกลุ่มงาน  
บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดมหาสารคาม ในการให้ความรู้ความเข้าใจ  
และเปลี่ยนข้อมูลกัน ประสานควบคุม กำกับ และ  
ติดตามสื่อสารร่วมกันกับหน่วยบริการ พร้อมทั้ง  
จัดทำกรอบอัตรากำลังและสะท้อนปัญหาเสนอ  
ผู้บริหารและคณะกรรมการ CHRO พิจารณา และ  
ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร  
สาธารณสุข (HROPS) ที่มีส่วนช่วยให้เกิดความสำเร็จ  
ในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการใช้กรอบ  
อัตรากำลัง

ประโยชน์ของกรอบอัตรากำลัง โครงสร้าง  
และกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการ  
ส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุขปี 2565 - 2569 ระยะเวลา 5 ปี  
(พ.ศ. 2565 - 2569) เป็นเครื่องมือสำคัญในการ  
วางแผนกำลังคนของหน่วยบริการแต่ละระดับ  
วางแผนสรรหาและคัดเลือกบุคลากร วางแผน  
อบรมและพัฒนาบุคลากรกำลังคนสาธารณสุข  
แผนการบริหารอัตรากำลังของหน่วยงาน



(แผนเกษียณ แผนลาศึกษา แผนการถ่ายโอนภารกิจ) แผนรับนักเรียนทุน วางแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ การสืบทอดตำแหน่ง การกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น การปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับระดับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจและกระจายกำลังคนให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อทดแทนการขาดแคลนบุคลากรที่มีความจำเป็นต่อระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังไม่มีความยืดหยุ่น การขอขยายกรอบยังใช้เวลาในการพิจารณานาน เนื่องจากหน่วยงานต้องการใช้กรอบเพื่อการยกระดับหน่วยบริการ หรือรับย้ายโอนบุคลากรที่ขาดแคลน การกระจายบุคลากรยังไม่ครอบคลุม เช่น สายงาน Back office สายวิชาชีพ ในบางหน่วยจึงไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การบริหารกรอบอัตรากำลังในภาพรวมเขตสุขภาพยังเหลื่อมล้ำกันมากในระบบทุติยภูมิ ตติยภูมิ ปฐมภูมิ มีสายงานที่ไม่กระจายให้สอดคล้องกับภาระงาน อย่างเช่น จำนวนกรอบอัตรากำลังตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน และจำนวนกรอบอัตรากำลังตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การบริหารกรอบอัตรากำลังควรใช้รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังเดียวกัน เพื่อใช้ในการวางแผนกำลังคน บริหารตำแหน่งว่าง ความก้าวหน้าในการทำงาน การกระจายตำแหน่ง และการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการคุณภาพ (SAP) กรอบอัตรากำลังควรมีความยืดหยุ่นสามารถปรับได้ทุกระยะ เพื่อตอบสนองนโยบายกำลังคนและบริบทแต่ละพื้นที่

2. ใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังของจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป และควรศึกษาเชิงรุกในประเด็นปัญหากรอบอัตรากำลังรายสายงานที่กระจุกตัวในหน่วยบริการที่เป็นระดับทุติยภูมิ มากเกินความจำเป็น ควรกระจายกรอบอัตรากำลังในหน่วยงานระดับปฐมภูมิเพื่อรองรับ PCC (Primary Care Cluster) และ Service plan และเขตสุขภาพที่ 7 ต้องกำหนดให้แต่ละจังหวัดจัดทำแผนกำลังคนระยะสั้น 1 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะยาว 10 ปี เพื่อให้มีอัตรากำลังที่จะมาทดแทนอัตรากำลังที่จะสูญเสียไป หรือยังมีความขาดแคลนเมื่อเทียบกับกรอบความต้องการ

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจากท่านนายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุทธ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประธาน คณะกรรมการกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้รับผิดชอบเกี่ยวข้องการบริหารกรอบอัตรากำลังทุกหน่วยงานทุกท่าน ที่ช่วยกรุณาให้คำชี้แนะในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมเก็บข้อมูลจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ลุล่วงผ่านไปด้วยดี



### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. 2560 - 2564). กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่สุตที่ สธ 0208.02/ว 8499 ลงวันที่ 29 กันยายน 2566 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.02/ว10879 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2566 เรื่อง แนวทางการบริหารกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567- 2569. 2566.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0208.02/ว5302 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2567 เรื่อง โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2567.
5. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research reader. Geelong : Victoria : Deakin University Press; 1988.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับหน่วยบริการ ในรูปแบบบริการ SAP ปีงบประมาณ 2568. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
7. นายปรีชา ปราณีวงศ์. รูปแบบการบริหารกรอบอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; 1-16.
8. มัชยัสถ์ เหล่าสุรสุนทร และคณะ. ประสิทธิภาพการใช้กรอบอัตรากำลังในการบริหารกำลังคน ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2564. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1): 196-211.
9. จุรีรัตน์ กิจสมพร และคณะ. ปัจจัยสนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในประเทศไทย : มุมมองผู้กำหนดนโยบาย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2): 27-40.

## การเตรียมและส่งต้นฉบับ

### เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

\*\*\*\*\*

#### 1. ประเภทบทความ

**1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ครอบคลุมด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**1.2 บทปริทัศน์ (review article)** เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

**1.3 บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทที่ปฏิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

**1.4 บทความฟื้นฟูวิชา (refresher course)** เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่น่าสนใจที่เพิ่มเติมนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชา หรือการฝึกอบรมแพทย์ (training course) เป็นคร่าวๆ ไป

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบรรยายผู้ป่วย ประกอบด้วย บทนำ พรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

**1.7 ปกิณกะ (miscellany)** เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัย โดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

**1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor)** หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

### 2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุมและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

### 2.3 คำสำคัญหรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่

อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasiexperiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (results) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ

แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

**2.7 วิจารณ์ (discussion)** เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาดูตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

**2.8 ข้อยุติ (conclusion)** ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์ การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

**2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ** สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง

**2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)** มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูอึด ความภูมิใจ เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

**2.11 เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

**2.12 การตั้งคำหน้ากระดาษ** ด้านบน-ซ้าย 3 ซม. ด้านล่าง-ขวา 2.5 ซม.

**2.13 ขนาดตัวหนังสือ** TH Sarabun PSK 16

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้

หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว”** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้าย ใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

##### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑฒิพงค์, พชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวกิตติพงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 6-20.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in hi=human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

### 3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟิโลฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 61-153.

### วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 82-275.

2. Semin Oncol 1996: 23 (1 Suppl 2): 89-97.

3. Ann Clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.

4. N Z Med J 1994; 107 (986 pt 1): 8-377.

5. Clin Orthop 1995; (320): 4-110.

6. Curr Opin Gen Surg 1993: 33-325.

### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง ทรัพย์พลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติสมชัย, บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากาณณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 20-616.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinsons disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

#### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียน ทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

1. ชงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่ ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวตติ, อรุณ วงษ์จิราษกร, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. 7-424.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stoke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995. 78-465.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโอบีแควเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International congress of EMG and clinical Neuro-physiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. 5-1561.

### 3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้เขียน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No: HHSIGOEI69200860.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับชื่อ. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชัยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ; 1995.

### 3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขที่หน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

#### 3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).



2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

### 3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

### 3.7 วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดีทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือ จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address under-lined

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 Screens]. Available form: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168 (4): 500-6. Available form: URL: <http://biomed.Niss.ac.uk>

### - กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form: URL: <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.ht>,

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available form: URL: <http://www.health.net/asp/templates/Article.asp?Page Type= Article & Id= 920>

### - Web based/online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5<sup>th</sup>ed. [online], 1998. Available form: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

### - CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville(FL): Gold standard Multimedia; 2001.

### - Book on CD-ROM

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

**- Journal on CD-ROM**

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่: หน้า.

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

**- Other Software**

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

- Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

**4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ**

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความ และทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตาราง และรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

**4.1 ตาราง**

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ

เพราะอาจสับสนกับเลขขอเอกสาร อ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ \*†‡§¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลาและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

**4.2 ภาพและแผนภูมิ**

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบ ไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไปทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

## 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ส่งทาง E-mail:Journal.mk2560@gmail.com แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการ จะติดต่อได้ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

## 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

## 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## 8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง  
อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

E-mail: Journal.mk2560@gmail.com

8.2 ผู้ประสานงาน:

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083-4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087-2231536

E-mail: chai.natruja@gmail.com



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

# วารสารวิชาการ

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**Academic Journal**  
**of Mahasarakham Provincial Public Health Office**

ปีที่ 9 ฉบับที่ 18 ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568

Vol.9 No.18 October 2024 – January 2025

ISSN 2539 - 6196

