โครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์
และนวัตกรรมการแพทย์ประยุกต์

การตรวจประเมิน การบำบัดโรค และ การส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น

(ดร.โสภาพรรณ แก้วหาญ)

คำนำ (Prefix)

ในยุคสมัยที่ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงความสามารถในการ "ตรวจประเมิน" (Assessment) เพื่อแยกแยะภาวะวิกฤต (Triage) และการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ตำรา "การตรวจประเมินการบำบัดโรคและการส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น" เล่มนี้ จึงถูกเรียบเรียงขึ้นเพื่อเป็นเข็มทิศสำหรับนักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ในการก้าวข้ามจากความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงในหน้างาน

เนื้อหาภายในตำราทั้ง 15 บท ได้รับการรวบรวมและกลั่นกรองขึ้นโดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการคิดเชิงคลินิก (Clinical Reasoning) ผสมผสานเข้ากับทักษะการตรวจร่างกายที่เป็นระบบ (Head-to-Toe Examination) การใช้เครื่องมือตรวจวินิจฉัย ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) รวมถึงการตระหนักถึงสัญญาณเตือนภัย (Red Flags) ที่สำคัญ เพื่อป้องกันความผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยสูงสุดให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการทำความเข้าใจความรับผิดชอบทางกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวกับการเวชระเบียนและการส่งต่อ

ผู้เขียนมีความมุ่งมั่นที่จะให้ตำราเล่มนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยยึดมั่นในหลักวิชาการที่ประณีต ควบคู่ไปกับจิตสำนึกแห่งความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจของโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขและนวัตกรรมทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ที่มุ่งผลิตบัณฑิตผู้มีความเชี่ยวชาญและเปี่ยมด้วยนวัตกรรมทางสุขภาพ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ปรารถนาจะพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเป็นรากฐานที่เข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทยสืบไป

(ดร.โสภาพรรณ แก้วหาญ)

อาจารย์ประจำโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขและนวัตกรรมทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

กรกฎาคม 2569

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ตำรา "การตรวจประเมินการบำดัดโรคและการส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น" เล่มนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้เขียนขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำตำราฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงแด่ **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชรินกร เมฆลา** ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนและผลักดันให้ตำราเล่มนี้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวคิดเชิงนวัตกรรมการเรียนรู้ การวางโครงสร้างเนื้อหา ไปจนถึงการบูรณาการกระบวนการคิดเชิงคลินิกที่ทันสมัย เพื่อให้ตำราเล่มนี้เป็นเครื่องมือที่ทรงคุณค่าและสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของผู้เรียน

ขอขอบพระคุณโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขและนวัตกรรมทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและเอื้อเฟื้อทรัพยากรต่าง ๆ ในการจัดทำตำรา รวมไปถึงคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำในการตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้ได้มาซึ่งความถูกต้องแม่นยำตามมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุข

สุดท้ายนี้ ขอน้อมรำลึกถึงพระคุณของครอบครัวและผู้ที่อยู่เบื้องหลังทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจและเป็นกำลังใจสำคัญตลอดระยะเวลาการทำงาน หากตำราเล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย ผู้เขียนขอมอบผลแห่งความดีงามนี้เพื่อเป็นเกียรติแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมโดยทั่วกัน

(ดร.โสภาพรรณ แก้วหาญ)

อาจารย์ประจำโครงการจัดตั้งคณะสาธารณสุขและนวัตกรรมทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

กรกฎาคม 2569

นิยามศัพท์เฉพาะ (Glossary of Terms)

ในตำราเล่มนี้ ได้มีการกำหนดคำนิยามศัพท์เฉพาะเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการปฏิบัติงานและกระบวนการเรียนรู้ ดังนี้

สัจจะทางคลินิก (Clinical Veracity) หมายถึง ความถูกต้องและแม่นยำในการตรวจประเมินอาการผู้ป่วย โดยยึดถือข้อมูลเชิงประจักษ์และการคัดกรองสัญญาณเตือนภัย (Red Flags) เป็นสำคัญ เพื่อมิให้เกิดการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

ระบบปิดเชิงพุทธิปัญญา (Cognitive Closed-Loop System) รูปแบบการดำเนินงานที่บุคลากรต้องมีการสื่อสารกลับ (Feedback Loop) และการจดบันทึกที่เป็นเอกสารสิทธิ์ทุกขั้นตอน เพื่อป้องกันการสื่อสารผิดพลาดและการตกหล่นของข้อมูลสำคัญในขณะส่งต่อผู้ป่วย

การกรองเชิงวิเคราะห์ก่อนการรายงาน (Pre-analytical Artifact Filter) กระบวนการตรวจสอบสภาวะแวดล้อมและปัจจัยรบกวนก่อนรายงานผลแล็บ เช่น การระวังภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เพื่อหลีกเลี่ยงการรายงานค่าวิกฤตที่ผิดพลาด (Pseudo-critical Values)

เมทริกซ์การตัดสินใจ (Decision Matrix) เครื่องมือผังภาพที่ใช้จำแนกและจัดกลุ่มอาการ (Symptom Clusters) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกวาดสายตาคัดแยกความรุนแรงของโรคได้อย่างรวดเร็ว แทนการท่องจำข้อมูลเชิงพรรณนา

สภาวะวิกฤตด่านหน้า (Frontline Criticality) สภาวะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการคัดแยกและจัดการทันทีภายในกรอบเวลาที่จำกัด (เช่น 5 นาที สำหรับการรายงานค่าวิกฤต) ณ สถานบริการปฐมภูมิ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและผลกระทบทางกฎหมาย

การแปลผลเชิงสรีรวิทยา (Physiological Translation) การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกับหน้าที่การทำงานของระบบร่างกาย (เช่น ความสัมพันธ์ของ K^+ กับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ) เพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งแทนการพึ่งพาตัวเลขเพียงอย่างเดียว

ฝากไว้ให้คิด

"ความรู้คืออาวุธ แต่ 'สติ' คือเข็มทิศ หากปราศจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย่อมนำผู้ป่วยไปสู่ความเสี่ยง"

โสภาพรรณ แก้วหาญ

กรกฎาคม 2569

หน้าที่ของพวกเราไม่ใช่เพียงการ 'ตรวจให้รู้' แต่คือการ 'ปกป้องให้รอด' ด้วยบันทึกที่แม่นยำและความรับผิดชอบที่โปร่งใส"

โสภาพรรณ แก้วหาญ

กรกฎาคม 2569

"อย่ามองผู้ป่วยเป็นเพียงชุดตัวเลขผลแล็บ แต่จงมองเป็นชีวิตที่ฝากไว้กับความซื่อตรงของวิชาชีพคุณ"

โสภาพรรณ แก้วหาญ

กรกฎาคม 2569

สารบัญ

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
📘	ภาคที่ 1 กรอบแนวคิด กฎหมาย และจริยธรรมทางการพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น	
1	**บทบาท หน้าที่ และขอบเขตตามกฎหมายของการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนในการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้น**	
	1.1 วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning Objectives)	1
	1.2 กรณีศึกษา (Case Study) เรื่อง "ความหวังดีบนเส้นขนานของกฎหมายและชีวิต"	2
	1.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	4
	1.3.1 พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	4
	1.3.2 สิทธิ หน้าที่ และข้อบังคับสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนว่าด้วยมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ	5
	1.3.3 เส้นแบ่งทางกฎหมาย ความแตกต่างระหว่าง "การบำบัดโรคเบื้องต้น" กับ "การประกอบวิชาชีพเวชกรรม" (เพิ่มเพื่อลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์)	7
	1.3.4 กรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย การคุ้มครองผู้รับบริการและแนวทางการป้องกันการถูกฟ้องร้อง (Medicolegal Risk Management) (เพิ่มเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน)	10
	1.4 งานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	12
	1.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ Clinical & Legal Matrix Sandbox (ระยะเวลา 60 นาที)	14
	1.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	16
	1.7 บรรณานุกรม (References)	19

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
2	**จริยธรรม สิทธิผู้ป่วย และความยินยอมในการตรวจประเมินและการทำหัตถการ**	**21**
	2.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	21
	2.2 กรณีศึกษา (Case Study)	22
	2.3 เนื้อหาหลัก & การถอดบทเรียน	24
	2.3.1 หลักจริยธรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข 4 ประการ (The Four Principles of Biomedical Ethics)	24
	2.3.2 สิทธิผู้ป่วย สิทธิเด็ก และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทางการแพทย์ (PDPA in Healthcare)	27
	2.3.3 กระบวนการแจ้งข้อมูลเพื่อขอความยินยอม (Informed Consent Procedure) และการปฏิเสธการรักษา	29
	2.4 งานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	31
	2.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ บทบาทสมมติ (Role-Play) ฝึกเทคนิคการสื่อสารเพื่อขอ Informed Consent ในกรณีคลินิกที่ท้าทาย	34
	2.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	35
	2.7 บรรณานุกรม (References)	37
📗	**ภาคที่ 2 การคัดกรอง การซักประวัติ และการตรวจร่างกายเบื้องต้น**	
3	**เทคนิคการซักประวัติอย่างประณีต (History Taking & Symptom Analysis)**	39
	3.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	39
	3.2 กรณีศึกษา (Case Study)	40
	3.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	42

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
3	3.3.1 โครงสร้างการซักประวัติมาตรฐาน Chief Complaint (CC), Present Illness (PI), Past History (PH), Family/Social History (FH/SH)	42
	3.3.2 เครื่องมือวิเคราะห์อาการปวดเชิงลึกด้วยหลัก OPQRST และการเจาะลึกอาการเกี่ยวเนื่อง (Associated Symptoms)	45
	3.3.3 เทคนิคการตั้งคำถามปลายเปิด-ปลายปิด และการจับสังเกตภาษากายในบริบทชุมชน	48
	3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	50
	3.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Medical Detective) (ระยะเวลา 30 นาที)	53
	3.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	55
	3.7 บรรณานุกรม (References)	57
4	**การคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินสัญญาณชีพ (Triage & Vital Signs Assessment)**	**59**
	4.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	59
	4.2 กรณีศึกษา (Case Study)	60
	4.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	62
	4.3.1 หลักการจัดระดับความฉุกเฉิน (Triage System) 5 ระดับสำหรับบริการปฐมภูมิ	62
	4.3.2 การประเมินและการแปลผลสัญญาณชีพเชิงลึก (BT, HR, RR, BP, SpO_2) และสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flag Vitals)	65
	4.3.3 3 การคำนวณและประยุกต์ใช้ดัชนีเตือนภัยล่วงหน้า (National Early Warning Score - NEWS)	68
	4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	71

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
4	4.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute NEWS Roulette) (ระยะเวลา 30 นาที)	74
	4.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	76
	4.7 บรรณานุกรม (References)	79
5	**การตรวจร่างกายตามระบบร่างกายเบื้องต้น (Systemic Physical Examination)**	81
	5.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	81
	5.2 กรณีศึกษา (Case Study)	83
	5.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	84
	5.3.1 ลำดับขั้นตอนการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (Head-to-Toe Examination)	84
	5.3.2 เทคนิคการตรวจตามระบบร่างกายเบื้องต้น (System-Specific Examination Protocols)	87
	5.3.3 การบันทึกผลการตรวจร่างกายตามระบบมาตรฐาน SOAP Note	91
	5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	93
	5.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Peer-to-Peer Clinical Scan) (ระยะเวลา 30 นาที)	96
	5.6 5.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	98
	5.7 บรรณานุกรม (References)	101
6	**การประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Point-of-Care Testing & Lab Interpretation)**	**103**

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
6	6.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	103
	6.2 กรณีศึกษา (Case Study)	104
	6.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	107
	6.3.1 การตรวจ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (Point-of-Care Testing - POCT)	107
	6.3.2 หลักการอ่านและแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน (Core Laboratory Interpretation)	110
	6.3.3 ข้อควรระวัง ข้อจำกัด และค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ (Critical Lab Values) ที่ต้องส่งต่อทันที	114
	6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	117
	6.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Rapid Lab Diagnostics & POCT Challenge) (ระยะเวลา 30 นาที)	120
	6.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	122
	6.7 บรรณานุกรม (References)	125
7	**ภาคที่ 3 การวินิจฉัยแยกโรคและการบำบัดโรคเบื้องต้นตามระบบ หลักการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น (Differential Diagnosis Concepts)**	127
	7.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	127
	7.2 กรณีศึกษา (Case Study)	128
	7.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	131

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
7	7.3.1 กรอบแนวคิด Clinical Decision-Making Process จากกลุ่มอาการ (Symptom Clusters)	131
	7.3.2 เทคนิคการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) และการระบุอาการ Red Flag Signs	134
	7.3.3 อคติทางความคิดในการวินิจฉัยทางการแพทย์ (Cognitive Biases) และแนวทางหลีกเลี่ยง	137
	7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	140
	7.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Frontline Mind-Mapping Challenge) (ระยะเวลา 30 นาที)	143
	7.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	146
	7.7 บรรณานุกรม (References)	149
8	**การบำบัดโรคและอาการที่พบบ่อยในระบบทางเดินหายใจและระบบหมุนเวียนโลหิต**	**151**
	8.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	151
	8.2 กรณีศึกษา (Case Study)	152
	8.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	155
	8.3.1 การประเมินและบำบัดโรคทางเดินหายใจพบบ่อย	155
	8.3.2 การประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคระบบหมุนเวียนโลหิต	158
	8.3.3 ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อเร่งด่วนในภาวะเจ็บหน้าอกเฉียบพลันและเหนื่อยหอบวิกฤต	161
	8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	164

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
8	8.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Chest & Throat Clinical Decision Challenge) (ระยะเวลา 30 นาที)	168
	8.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	170
	8.7 บรรณานุกรม (References)	173
9	**การบำบัดโรคและอาการที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ**	175
	9.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	175
	9.2 กรณีศึกษา (Case Study)	176
	9.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	179
	9.3.1 การประเมินและการบำบัดโรคระบบทางเดินอาหารพบบ่อย	179
	9.3.2 การประเมินตรวจพิเศษเฉพาะโรค (McBurney’s Point, Murphy’s Sign, Rovsing’s Sign)	182
	9.3.3 การประเมินและบำบัดโรคระบบทางเดินปัสสาวะเบื้องต้นและภาวะนิ่ว	184
	9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	187
	9.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Acute Abdomen Palette) (ระยะเวลา 30 นาที)	191
	9.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	192
	9.7 บรรณานุกรม (References)	195

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
10	**การบำบัดโรคและอาการที่พบบ่อยในระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก**	**199**
	10.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	199
	10.2 กรณีศึกษา (Case Study)	200
	10.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	203
	10.3.1 การจำแนกรอยโรคผิวหนังพื้นฐานและการบำบัดโรคติดเชื้อผิวหนัง	203
	10.3.2 การประเมินและบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อเคล็ดขัดยอก	206
	10.3.3 หลักการปฐมพยาบาลและดูแลบาดเจ็บกล้ามเนื้อและข้อต่อระยะแรก (PRICE vs. POLICE Protocol)	209
	10.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	213
	10.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Dermato-Kinetic Trauma Sprint) (ระยะเวลา 30 นาที)	216
	10.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	218
	10.7 บรรณานุกรม (References)	221
	ภาคที่ 4 เภสัชวิทยาปฐมภูมิและการทำหัตถการทางศัลยกรรมเบื้องต้น	
11	**เภสัชวิทยาปฐมภูมิและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use - RDU)**	**223**
	11.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	223
	11.2 กรณีศึกษา (Case Study)	224
	11.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	227

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
11	11.3.1 เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) พื้นฐาน	227
	11.3.2 บัญชียาสามัญประจำบ้านและบัญชียาสำหรับนักสาธารณสุขชุมชนตามประกาศสภาวิชาชีพ	230
	11.3.3 หลักการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU), กฎความปลอดภัย 5 Rights และการบริหารจัดการปฏิกิริยาร่วมระหว่างยา	233
	11.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	236
	11.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute RDU Precision Calculation Sprint) (ระยะเวลา 30 นาที)	240
	11.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	242
	11.7 บรรณานุกรม (References)	245
12	**หัตถการทางศัลยกรรมเบื้องต้นและการทำแผล (Minor Surgery & Wound Care Skills)**	**247**
	12.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	247
	12.2 กรณีศึกษา (Case Study)	249
	12.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	251
	12.3.1 หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic Technique) และการเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือศัลยกรรมเล็ก	251
	12.3.2 การประเมินชนิดแผล การทำแผล และการฉีดยาชาเฉพาะที่	254
	12.3.3 ทักษะการผูกปมไหมและการเย็บแผลเบื้องต้น การถอดเล็บและการตัดไหม	257
	12.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	260

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
12	12.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute Sterile Surgical Hand Sprint) (ระยะเวลา 30 นาที)	264
	12.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)	266
	12.7 บรรณานุกรม (References)	269
	ภาคที่ 5 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการรับมือภาวะฉุกเฉิน	
13	**การประเมินภาวะฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลขั้นสูง และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR & First Aid)**	**271**
	13.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	271
	13.2 กรณีศึกษา (Case Study)	272
	13.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	275
	13.3.1 แนวทางการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support - BLS Algorithm) ตามมาตรฐาน AHA ล่าสุด	275
	13.3.2 การใช้งานเครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้น	278
	13.3.3 การปฐมพยาบาลและการประเมินภาวะช็อก (Anaphylaxis, Hypovolemic Shock) และบาดเจ็บรุนแรงในชุมชน	281
	13.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	284
	13.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ (The 30-Minute High-Quality CPR & AED Precision Drill) (ระยะเวลา 30 นาที)	287
	13.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Final Critical Thinking Assessment)	289
	13.7 บรรณานุกรม (References)	291

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
14	**ระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (Patient Referral System & Communication)**	**293**
	14.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	293
	14.2 กรณีศึกษา (Case Study)	294
	14.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	295
	14.3.1 โครงสร้างและช่องทางการส่งต่อผู้ป่วย (Referral Network) ในระบบสุขภาพปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย	295
	14.3.2 เครื่องมือการสื่อสารทางการแพทย์แบบ SBAR	297
	14.3.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนการเดินทาง การดูแลระหว่างส่งต่อ และการเขียนใบส่งต่อผู้ป่วย	299
	14.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	301
	14.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ The SBAR Referral Simulation (ระยะเวลา 30 นาที)	304
	14.6 คำถามท้ายบท จากข้อมูลดิบสู่สคริปต์รายงาน SBAR	305
	14.7 บรรณานุกรม (References)	307
	ภาคที่ 6 นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการประเมิน บำบัด และส่งต่อผู้ป่วย	
15	**การประยุกต์ใช้ Digital Health, Telemedicine และนวัตกรรมปฐมภูมิ**	**309**
	15.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)	309
	15.2 กรณีศึกษา (Case Study)	310
	15.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)	312
	15.3.1 ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการประยุกต์ใช้ในปฐมภูมิ	312

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
15	15.3.2 อุปกรณ์เซนเซอร์สุขภาพ (IoT), AI ช่วยคัดกรอง และการจัดการฐานข้อมูล	313
	15.3.3 จริยธรรมดิจิทัล ความปลอดภัยของข้อมูล และกฎหมายดิจิทัลเฮลท์	315
	15.4 งางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)	317
	15.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ Teleconsultation & Digital Documentation Lab	319
	15.6 คำถามท้ายบท การเลือกใช้นวัตกรรมดิจิทัลเพื่อแก้ปัญหาปฐมภูมิ	320
	15.7 บรรณานุกรม (References)	322
	ภาคผนวก	
ก	ชุดเครื่องมือมาตรฐานการสื่อสาร (SBAR Toolkit)	323
ข	แบบฟอร์มมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย (Universal Referral Form)	325
ค	ตารางค่าอ้างอิงและเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิ (Clinical Reference & Triage Table)	327
ง	คู่มือการปฏิบัติงานดิจิทัลและ PDPA (Digital & PDPA Compliance Manual)	329
จ	Directory เครือข่ายและระบบบริการฉุกเฉิน (Emergency Network Directory)	331
ฉ	อภิธานศัพท์และดัชนีคำศัพท์ (Glossary & Index)	333
ช	เฉลยคำถามท้ายบทและแนวทางการวิเคราะห์ (Answer Key & Analytical Guidelines)	335
ซ	คลังข้อสอบเตรียมสอบใบประกอบวิชาชีพ (30 ข้อ)	379

บทที่1

บทบาท หน้าที่ และขอบเขตตามกฎหมายของการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ในการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้น

ทำไมเราต้องเรียนรู้เรื่องนี้?

ลองจินตนาการถึงหมู่บ้านห่างไกลในเวลาค่ำคืน เมื่อมีผู้ป่วยเด็กไข้สูงลอย ไอจนหายใจหอบเหนื่อย หรือชาวบ้านที่ประสบอุบัติเหตุมีบาดแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ เลือดไหลไม่หยุด... **"ใครคือที่พึ่งแรกของพวกเขา?"**

คำตอบคือ **"นักสาธารณสุขชุมชน"** ที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ด่านหน้าสุดของระบบสาธารณสุขไทย

การทำหน้าที่เป็น "ด่านหน้า" ไม่ใช่เพียงแค่การนั่งรอตรวจโรค แต่คือความรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ในการตัดสินใจเชิงคลินิก (Clinical Judgment) ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร เวลา และชีวิตของมนุษย์ที่อยู่ตรงหน้า ทว่า... ความปรารถนาดีในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์เพียงอย่างเดียว **ไม่เพียงพอ** ในเวชปฏิบัติปัจจุบัน หากปราศจาก "เกราะกำบังทางกฎหมาย" และ "ความเข้าใจในขอบเขตวิชาชีพ" ความตั้งใจดีนั้นอาจกลายเป็นความเสี่ยงครั้งใหญ่ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อตัวนักศึกษาในฐานะผู้ให้บริการ

บทนี้ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อให้ท่องจำมาตรากฎหมายไปสอบ แต่เขียนขึ้นเพื่อให้เป็น **"คัมภีร์คุ้มครองชีวิตผู้ป่วยและคุ้มครองวิชาชีพของนักศึกษา"** การเข้าใจเส้นแบ่งทางกฎหมายอย่างชัดเจนจะช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจ สามารถใช้ทักษะ ความรู้ และการประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการตรวจบำบัดโรค และส่งต่อได้อย่างเด็ดขาด แม่นยำ และปลอดภัยสูงสุด ภายใต้ศักดิ์ศรีของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนอย่างแท้จริง

1.1 วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) คือรากฐานที่ค้ำจุนระบบสาธารณสุขของประเทศ นักสาธารณสุขชุมชนจึงต้องเผชิญกับกลุ่มอาการของโรคที่หลากหลาย ตั้งแต่ภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย (Minor Illnesses) ไปจนถึงภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening Emergencies) การปฏิบัติงานในฐานะผู้ตรวจบำบัดโรคเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 จึงเป็นทั้งโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชน และเป็นพื้นที่ที่ต้องอาศัยความระมัดระวังอย่างสูง

การเรียนรู้บทปฏิบัติการนี้จะช่วยวางรากฐานทางความคิดเชื่อมโยงระหว่าง "ศาสตร์การรักษาเบื้องต้น" และ "ศิลปะแห่งการประเมินภายใต้กรอบกฎหมายและจริยธรรม" เพื่อสร้างความพร้อมก่อนที่นักศึกษาจะก้าวเข้าสู่การฝึกปฏิบัติงานจริงในคลินิกปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทนี้ คือ

เมื่อนักศึกษาได้ศึกษาและทำกิจกรรมในบทที่ 1 นี้แล้ว จะมีความรู้ความสามารถและสมรรถนะ (Competencies) ดังต่อไปนี้

1. **ด้านความรู้ (Knowledge - K)** สามารถอธิบาย สังเคราะห์ และจำแนกขอบเขตหน้าที่ของนักสาธารณสุขชุมชนตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และกฎหมายสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องแม่นยำ 100%
2. **ด้านทักษะ (Skill - S)** สามารถวิเคราะห์ แยกแยะความแตกต่างระหว่าง "การบำบัดโรคเบื้องต้น" และ "การประกอบวิชาชีพเวชกรรม" ผ่านการประเมินสถานการณ์จำลอง (Clinical Scenario Analysis) ได้อย่างปลอดภัย
3. **ด้านทัศนคติและจริยธรรม (Attitude/Ethics - A)** แสดงออกถึงความตระหนักในความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Patient Safety) และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
4. **ด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Innovation - I)** สามารถเสนอแนวคิดหรือแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล/เครื่องมือเชิงนวัตกรรมเพื่อช่วยควบคุมความเสี่ยงทางกฎหมายและการแพทย์ (Medicolegal Risk Management) ในคลินิกปฐมภูมิได้

1.2 กรณีศึกษา (Case Study)

เรื่อง "ความหวังดีบนเส้นขนานของกฎหมายและชีวิต"

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่งที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายประมาณ 35 กิโลเมตร ในช่วงบ่ายวันศุกร์ที่ฝนตกหนัก **นายแพทย์สมชาย (นามสมมติ)** นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ซึ่งเพิ่งจบการศึกษาและขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ได้ปฏิบัติหน้าที่ตรวจผู้ป่วยที่ห้องตรวจโรคด่านหน้า

เวลา 14.30 น. **นางสมศรี อายุ 52 ปี** เดินทางมาด้วยอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่อย่างรุนแรง จุกเสียด แน่นหน้าอก และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย 1 ครั้ง นางสมศรีให้ประวัติว่า *"เริ่มปวดตอนเที่ยงหลังจากกินส้มตำปูปลาร้าเผ็ดจัด คิดว่าเป็นโรคกระเพาะกำเริบเหมือนทุกที เลยมาขอยาเคลือบกระเพาะและยาลดกรดไปกิน"*

การประเมินเบื้องต้นโดยนายแพทย์สมชาย

- **สัญญาณชีพ (Vital Signs)** อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C, ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 135/85 mmHg
- **การตรวจร่างกาย** หน้าท้องนุ่ม (Soft), กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณ epigastrium (ลิ้นปี่), ไม่พบอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (No rebound tenderness), เสียงลำไส้เคลื่อนตัวปกติ (Normal bowel sounds)

ด้วยความที่ฝนตกหนัก การเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นไปได้ยากลำบาก และนางสมศรีรบเร้าขอเพียงยากลับไปกินที่บ้านเพราะต้องรีบไปรับหลาน นายแพทย์สมชายจึงประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน (Acute Gastritis) ประกอบกับความหวังดีไม่อยากให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลในวันฝนตก จึงได้สั่งจ่ายยา **Antacid (ยาลดกรด) ชนิดน้ำ** และจ่ายยา **Diclofenac (ยาระงับปวดกลุ่ม NSAIDs)** ขนาด 25 มิลลิกรัม ให้ผู้ป่วยรับประทานทันที 1 เม็ด และให้กลับไปประทานต่อที่บ้าน พร้อมคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เวลา 19.00 น. ในวันเดียวกัน ญาติได้นำตัวนางสมศรีส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนอย่างเร่งด่วนเนื่องจากหมดสติ แพทย์เวรตรวจพบภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียเลือดในทางเดินอาหารอย่างรุนแรง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads) พบภาวะ **กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction STEMI)** ร่วมกับมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร (UGIB) ซึ่งคาดว่าถูกซ้ำเติมจากการได้รับยา Diclofenac ในขณะที่มีพยาธิสภาพของโรค

ประเด็นชวนคิดและวิเคราะห์จากกรณีศึกษา (Clinical Learning Prompts)

เพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาหลักในหัวข้อถัดไป ให้นักศึกษาร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ข้างต้นใน 3 มิติ

1. **ด้านคลินิก (Clinical Judgment)** นายแพทย์สมชายมองข้ามสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flag Signs) ใดบ้างในการประเมินอาการปวดท้องและแน่นหน้าอกของผู้ป่วยรายนี้?
2. **ด้านขอบเขตวิชาชีพและกฎหมาย (Medicolegal Bound)** การวินิจฉัยและการสั่งจ่ายยา Diclofenac ของนักสาธารณสุขชุมชนในกรณีนี้ ถือว่าสอดคล้องหรือขัดต่อพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และบัญชียาสำหรับนักสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร?
3. **ด้านความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง (Patient Safety)** หากนักศึกษาต้องปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์นี้ ภายใต้ข้อจำกัดเรื่องฝนตกและการเดินทาง นักศึกษาจะมีแนวทางการประเมิน บำบัดโรคเบื้องต้น และจัดการส่งต่ออย่างไรให้ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและถูกต้องตามกฎหมาย?

1.3 เนื้อหาหลักและการถอดบทเรียน (Core Content & Clinical Synthesis)

1.3.1 พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติงานของนักสาธารณสุขชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ มิได้ขับเคลื่อนด้วยความชำนาญส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ถูกกำกับและคุ้มครองด้วย **พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556** ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทหลักในการกำหนดขอบเขตและมาตรฐานการทำงาน

1) นิยามและความหมายตามมาตรา 3

กฎหมายฉบับนี้ได้ให้คำนิยามของการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน เพื่อระบุตัวตนและหน้าที่ของวิชาชีพดังนี้

- **"วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน"** หมายความว่า วิชาชีพที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจเบื้องต้นและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในชุมชน
- **"การตรวจเบื้องต้นและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย"** นี่คือส่วนที่สำคัญที่สุดสำหรับวิชาชีพนี้ โดยหมายถึง **การตรวจ ประเมิน และคัดกรองอาการเจ็บป่วย เพื่อให้การบำบัดโรคเบื้องต้น หรือให้การดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย**

2) ข้อจำกัดและเงื่อนไขการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้น

ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย นักสาธารณสุขชุมชนสามารถปฏิบัติหน้าที่ตรวจและบำบัดโรคเบื้องต้นได้โดยไม่ถือเป็นการกระทำความผิดฐานประกอบวิชาชีพเวชกรรม (โดยไม่มีใบอนุญาตของแพทย์) แต่มีเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการที่ระบุไว้ใน **มาตรา 39** และข้อบังคับสภาวิชาชีพ ซึ่งนักศึกษาต้องตระหนักและยึดถืออย่างเคร่งครัด

- **เงื่อนไขที่ 1 ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ** นักศึกษาจะทำการตรวจบำบัดโรคได้ก็ต่อเมื่อสำเร็จการศึกษาและสอบผ่านความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนจากสภาวิชาชีพแล้วเท่านั้น
- **เงื่อนไขที่ 2 ต้องเป็นไปตาม "ข้อบังคับสภาวิชาชีพ"** การตรวจและการบำบัดโรคต้องทำเฉพาะโรค อาการ หรือหัตถการที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้ในข้อบังคับ (เช่น โรคสามัญทั่วไปที่ไม่รุนแรง หรือแผลสดขนาดเล็ก) จะคิดค้นหรือรักษาโรคที่อยู่นอกบัญชีแนบท้ายไม่ได้
- **เงื่อนไขที่ 3 ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานและข้อจำกัด** หากอาการของผู้ป่วยเกินขอบเขตที่กำหนด หรือประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยง (Red Flags) กฎหมายกำหนดให้ต้องดำเนินการ **ส่งต่อ (Refer)** ไปยังผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) โดยทันที

3) กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องและต้องทำงานประสานกัน

ในการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้น นักสาธารณสุขชุมชนไม่ได้อยู่ภายใต้กฎหมาย พ.ร.บ. วิชาชีพฯ เพียงฉบับเดียว แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้ละเมิดกฎหมายควบคุมวิชาชีพอื่นๆ ดังตารางที่1.1

ตารางที่1.1 ตารางเปรียบเทียบกฎหมายควบคุมวิชาชีพกับขอบเขตและจุดประสานงานที่นักสาธารณสุขต้องระวัง

กฎหมายควบคุมวิชาชีพ	ขอบเขตและจุดประสานงานที่นักสาธารณสุขต้องระวัง
พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525	ควบคุมการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคของแพทย์ นักสาธารณสุขทำได้เพียง "ตรวจเบื้องต้นและบำบัดโรคเบื้องต้น" เท่านั้น หากจ่ายยาอันตรายร้ายแรงหรือวินิจฉัยแยกโรคขั้นสูง ถือว่าก้าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม
พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	ควบคุมการขายและจ่ายยา นักสาธารณสุขสามารถสั่งใช้ยาได้เฉพาะยาที่ระบุใน บัญชียาสำหรับนักสาธารณสุขชุมชน หรือยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ห้ามสั่งจ่ายยาควบคุมพิเศษหรือยาอันตรายที่อยู่นอกข้อบังคับเด็ดขาด
พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528	ควบคุมการให้การพยาบาลและการทำหัตถการ ใน รพ.สต. นักสาธารณสุขและพยาบาลต้องปฏิบัติงานร่วมกันโดยเคารพกรอบหัตถการของแต่ละวิชาชีพ ไม่ก้าวล่วงงานพยาบาลคลินิกขั้นสูง

⚠ ข้อควรระวังทางกฎหมาย (Medicolegal Risk)

การปฏิบัติหน้าที่ตรวจบำบัดโรคเบื้องต้นโดยไม่มีใบอนุญาต หรือทำเกินขอบเขตที่ข้อบังคับสภาวิชาชีพกำหนด มีโทษทางอาญาจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา 44 แห่ง พ.ร.บ. วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556

1.3.2 สิทธิ หน้าที่ และข้อบังคับสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนว่าด้วยมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

การขับเคลื่อนงานเวชปฏิบัติปฐมภูมิของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน จำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและลดความเสี่ยงในการทำหัตถการเกินขอบเขต สภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนจึงได้ออกข้อบังคับเพื่อกำหนด **"สิทธิ หน้าที่ และขอบเขต"** ไว้อย่างเป็นระบบเชิงโครงสร้างดังต่อไปนี้

1) สิทธิและขอบเขตในการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้นตามข้อบังคับ

ตามข้อบังคับสภาวิชาชีพฯ ผู้ได้รับใบอนุญาตมีสิทธิและขอบเขตในการให้บริการตรวจเบื้องต้นและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ 4 ด้านหลัก

- **ขอบเขตด้านการตรวจและคัดกรอง** สามารถทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs) และใช้เครื่องมือตรวจวิเคราะห์พื้นฐาน ณ จุดดูแลผู้ป่วย (Point-of-Care Testing POCT) เพื่อรวบรวมข้อมูลทางคลินิก
- **ขอบเขตด้านการบำบัดโรคเบื้องต้น** ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง (Minor Illnesses) ตามกลุ่มโรคและกลุ่มอาการที่สภาวิชาชีพกำหนดประกาศแนบท้าย
- **ขอบเขตด้านการทำหัตถการเบื้องต้น** สามารถปฏิบัติงานศัลยกรรมเล็ก (Minor Surgery) และหัตถการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การล้างแผล การเย็บแผลสดอุบัติเหตุที่ไม่ซับซ้อนและไม่มีการทำลายของเส้นประสาทหรือหลอดเลือดใหญ่ การฉีดยาและการให้วัคซีนตามแผนงานสาธารณสุข
- **ขอบเขตด้านการสั่งจ่ายยา** มีสิทธิสั่งใช้ยาเพื่อการบำบัดโรคเบื้องต้นตาม **บัญชียาแนบท้ายข้อบังคับสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน** ซึ่งครอบคลุมยาสามัญประจำบ้านและยาอันตรายบางประเภทที่มีความปลอดภัยสูงในการใช้ระดับปฐมภูมิ

2) หน้าที่และมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ (Professional Duties & Performance Standards)

ในมิติของหน้าที่ ข้อบังคับสภาวิชาชีพฯ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องยึดถือมาตรฐานอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นเกราะคุ้มครองความปลอดภัยของผู้รับบริการ

- **หน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ (Standard of Care)** ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และความระมัดระวังตามหลักวิชาการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน ไม่กระทำการด้วยความประมาทเลินเล่อ หรือใช้วิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับโรค
- **หน้าที่บันทึกเวชระเบียน (Duty of Clinical Documentation)** ต้องจดบันทึกประวัติ อาการ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การจ่ายยา หรือการทำหัตถการลงในระบบฐานข้อมูลสุขภาพหรือเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างละเอียด ถูกต้อง และตรงตามข้อเท็จจริงทุกครั้ง เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและการดูแลรักษาต่อเนื่อง
- **หน้าที่ตระหนักในข้อจำกัดและส่งต่อ (Duty to Refer)** เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีสัญญาณชีพวิกฤต หรือมีอาการที่ระบุไว้ในเกณฑ์ **"ข้อห้ามปฏิบัติการรักษา"** ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องทำการปฐมพยาบาลเพื่อประคับประคองชีพ และประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยทันที

- **หน้าที่รักษาความลับและจรรยาบรรณ (Ethical Duty & Privacy)** ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยหรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการแก่บุคคลภายนอกโดยมิชอบ เว้นแต่ได้รับความยินยอมหรือมีกฎหมายสั่งให้เปิดเผย

ตารางที่1.2 ตารางสรุป สิ่งที่ทำได้ (DO) และ สิ่งที่ห้ามทำ (DON'T) ตามข้อบังคับสภาวิชาชีพฯ

ขอบเขตงาน	สิ่งที่ทำได้ตามสิทธิวิชาชีพ (DO)	สิ่งที่ห้ามทำเด็ดขาดตามหน้าที่และข้อบังคับ (DON'T)
การตรวจวินิจฉัย	- ซักประวัติและคัดกรองอาการ - ตรวจร่างกายทั่วไป (ดู คลำ เคาะ ฟัง) - ตรวจ POCT เช่น DTX, Urine Strip	- วินิจฉัยแยกโรคขั้นสูงที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ - ละเลยการประเมินสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flags) - ละเว้นการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
การบำบัดโรคและการทำหัตถการ	- บำบัดโรคสามัญทั่วไปที่ไม่รุนแรง - เย็บแผลสดอุบัติเหตุขนาดเล็กและตื้น - ฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อทำหัตถการเล็ก	- ทำศัลยกรรมใหญ่หรือหัตถการที่ลุกลามลึก - เย็บแผลที่มีการฉีกขาดของเส้นประสาทหรือหลอดเลือด - ฝืนรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโดยไม่ส่งต่อ
การสั่งใช้ยา	- สั่งจ่ายยาสามัญประจำบ้าน - สั่งจ่ายยาอันตรายตามบัญชีแนบท้ายสภาฯ - ให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	- สั่งจ่ายยาควบคุมพิเศษหรือวัตถุออกฤทธิ์ฯ - สั่งจ่ายยาอันตรายที่อยู่นอกบัญชีข้อบังคับสภาฯ - จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส

1.3.3 เส้นแบ่งทางกฎหมาย ความแตกต่างระหว่าง "การบำบัดโรคเบื้องต้น" vs "การประกอบวิชาชีพเวชกรรม"

ในการปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ปัญหาที่สร้างความสับสนและนำไปสู่ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ (Diagnostic & Treatment Errors) มากที่สุด คือความไม่ชัดเจนในเส้นแบ่งของการรักษาพยาบาล นักศึกษาต้องทำความเข้าใจว่า **"การบำบัดโรคเบื้องต้น"** ของวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนไม่ใช่การย่อส่วนการทำงานของแพทย์ แต่เป็นระบบการดูแลเฉพาะภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด

1) นิยามและการจำแนกทางกฎหมาย

- **การประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Medical Practice)** ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การเยียวยาโรค การสั่งยา การทำหัตถการ การผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็น **"เอกสิทธิ์เฉพาะของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) เท่านั้น"** แพทย์สามารถรักษาโรคได้ทุกระดับความรุนแรง ตั้งแต่หวัดธรรมดาไปจนถึงการผ่าตัดสมอง และสามารถสั่งใช้ยาได้ทุกประเภทตามหลักวิชาการ
- **การบำบัดโรคเบื้องต้น (Primary Medical Care)** คือ **ข้อยกเว้นตามกฎหมาย** ที่อนุญาตให้นักสาธารณสุขชุมชนกระทำการตรวจและดูแลผู้ป่วยได้ *เฉพาะกลุ่มโรค อาการหรือหัตถการที่ไม่รุนแรง ไม่ซับซ้อน และมีความปลอดภัยสูง* ตามที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการชั่วคราว ป้องกันความรุนแรง หรือประคับประคองชีพก่อนส่งต่อ

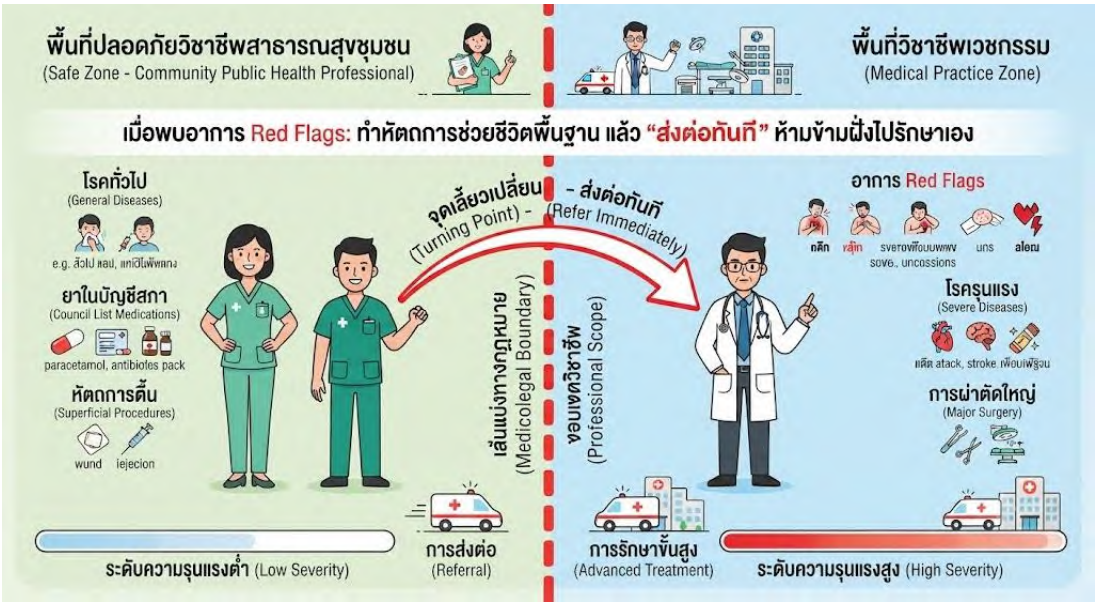
2) หลักเกณฑ์การแยกแยะเพื่อลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์

เพื่อป้องกันไม่ให้นักศึกษาก้าวล่วงเข้าสู่เขตแดนของวิชาชีพเวชกรรมโดยมิชอบและเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้ยึดหลักเกณฑ์ 3 ประการในการจำแนกดังนี้

1. **ความซับซ้อนและรุนแรงของโรค (Severity & Complexity)**
   - *บำบัดโรคเบื้องต้น* ใช้กับโรคที่ดำเนินโรคคงที่ (Stable) ทราบสาเหตุชัดเจน เช่น ไข้หวัด คออักเสบ ท้องเสียเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะช็อก ผิวหนังอักเสบจากเชื้อรา
   - *วิชาชีพเวชกรรม* ใช้กับโรคที่มีความรุนแรงสูง มีโอกาสทรุดลงรวดเร็ว (Unstable) หรืออาการไม่จำเพาะเจาะจง เช่น เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปกราม ปวดท้องเฉียบพลันรุนแรงสงสัยภาวะช่องท้องอักเสบ ไข้สูงลอยร่วมกับจุดเลือดออก
2. **ขอบเขตหัตถการและการรุกล้ำร่างกาย (Invasiveness)**
   - *บำบัดโรคเบื้องต้น* หัตถการภายนอกหรือชั้นตื้น เช่น เย็บแผลสดขนาดเล็กในชั้นผิวหนัง (Dermis/Epidermis) การล้างตา การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ/ชั้นใต้ผิวหนัง
   - *วิชาชีพเวชกรรม* หัตถการที่รุกล้ำลึก (Deep/Invasive) หรือเสี่ยงต่อโครงสร้างสำคัญ เช่น การผ่าฝีในบริเวณอันตราย การเย็บแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ/เอ็น/เส้นประสาท การเจาะระบายน้ำหรือลมในช่องอก
3. **ประเภทและประเภทของยา (Medication Classification)**
   - *บำบัดโรคเบื้องต้น* สั่งใช้ยาตามบัญชียาแนบท้ายสภาวิชาชีพฯ เท่านั้น (ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้านและยาอันตรายพื้นฐาน)

- *วิชาชีพเวชกรรม* สั่งใช้ยาควบคุมพิเศษ ยาเสพติดให้โทษ ยาต้านจุลชีพขั้นสูง หรือยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) เช่น Warfarin, Digoxin

เพื่อให้นักศึกษาเห็นเส้นแบ่งและพื้นที่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนเกี่ยวกับแผนภาพโครงสร้างเส้นแบ่งทางกฎหมายและการเปลี่ยนผ่านระดับความรุนแรงของโรคจากปฐมภูมิสู่เวชกรรม (Medicolegal Boundary and Clinical Severity Matrix) ดังภาพที่1.1



ภาพที่ 1.1 แผนภาพโครงสร้างเส้นแบ่งทางกฎหมายและการเปลี่ยนผ่านระดับความรุนแรงของโรคจากปฐมภูมิสู่เวชกรรม (Medicolegal Boundary and Clinical Severity Matrix)

ที่มา เรียบเรียงโดย โสภาพรรณ แก้วหาญ, 2026

3) บทสรุปของการถอดบทเรียนทางกฎหมาย

เส้นแบ่งนี้ไม่ได้มีไว้เพื่อจำกัดความสามารถของนักสาธารณสุข แต่มีไว้เพื่อ **"ปกป้องชีวิตผู้ป่วย"** จากการรักษาที่เกินศักยภาพด้านหน้า และ **"ปกป้องตัวนักศึกษา"** จากความรับผิดชอบทางอาญาและแพ่งเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ การตระหนักรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ถึงจุดใด และจุดใดที่ต้องส่งต่อ คือหัวใจสำคัญของสมรรถนะเชิงคลินิก (Clinical Competence)

1.3.4 กรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย การคุ้มครองผู้รับบริการ และแนวทางการป้องกันการถูกฟ้องร้อง (Medicolegal Risk Management)

ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ความคุ้มครองผู้รับบริการและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองตามมาตรฐาน ความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องของผู้ปฏิบัติงานก็จะลดลงเป็นเงาตามตัว การเข้าใจกรอบความรับผิดชอบทางกฎหมายและการบริหารจัดการความเสี่ยงทางการแพทย์และกฎหมาย (Medicolegal Risk Management) จึงเป็นทักษะสำคัญที่นักสาธารณสุขชุมชนทุกคนต้องมีก่อนก้าวเข้าสู่สนามเวชปฏิบัติจริง

1) กรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย 3 มิติ

ภาพที่ 1.2 แผนภูมิกรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย 3 มิติและการเชื่อมโยงผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

ที่มา เรียบเรียงโดย โสภาพรรณ แก้วหาญ, 2026

เมื่อเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์หรือผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานจะต้องเผชิญกับกรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย 3 มิติหลัก ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องและส่งผลกระทบต่อกันอย่างเป็นระบบ ดังแสดงให้เห็นใน **ภาพที่ 1.2 แผนภูมิกรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย 3 มิติและการเชื่อมโยงผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน** ประกอบด้วย

1. **ความรับผิดชอบทางอาญา (Criminal Liability)** เกิดขึ้นเมื่อมีการกระทำที่เข้าข่ายความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา เช่น ความผิดฐานกระทำโดยประมาทเป็น

เหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย (มาตรา 291) หรือได้รับอันตรายสาหัส (มาตรา 300) รวมถึงการทำหัตถการหรือจ่ายยาเกินขอบเขตข้อบังคับสภาวิชาชีพ ซึ่งมีโทษทั้งจำคุกและปรับ

2. **ความรับผิดชอบทางแพ่ง (Civil Liability)** เป็นเรื่องของการชดเชยค่าเสียหายหรือค่าสินไหมทดแทนเมื่อเกิดการละเมิด (ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420) หากผู้ปฏิบัติงานกระทำโดยประมาทเลินเล่อจนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย หรืออนามัยของผู้รับบริการ
3. **ความรับผิดชอบทางวินัยและจรรยาบรรณ (Disciplinary Liability)** เป็นการตรวจสอบโดยสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนเมื่อมีการร้องเรียนเกี่ยวกับการประพฤติผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งโทษสูงสุดคือการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพนี้ได้อีกต่อไป

2) แนวทางการป้องกันการถูกฟ้องร้องในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ

เพื่อป้องกันความผิดพลาดและบริหารจัดการความเสี่ยงในเชิงรุก (Proactive Risk Management) นักศึกษาพึงยึดถือแนวทางปฏิบัติ 4 ประการ (4Ds) เพื่อเป็นเกราะป้องกันตนเองและคุ้มครองผู้รับบริการดังต่อไปนี้

1. Duty (ยึดมั่นในหน้าที่และมาตรฐาน) ปฏิบัติงานตรวจและบำบัดโรคเบื้องต้นตามมาตรฐานการดูแล (Standard of Care) ที่สากลยอมรับ อัปเดตความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง และไม่กระทำการใดๆ ด้วยความมั่นใจส่วนตัวที่ปราศจากหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

2. Documentation (บันทึกเวชระเบียนอย่างประณีต) "สิ่งที่ไม่ได้บันทึก คือสิ่งที่ไม่ได้ทำ" เวชระเบียนคือหลักฐานทางกฎหมายที่ดีที่สุดในการพิสูจน์ความบริสุทธิ์ใจและความถูกต้องของการรักษา นักศึกษาต้องบันทึกอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ผล Lab การวินิจฉัยแยกโรค ยาที่จ่าย และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างละเอียดและเป็นจริง

3. Dialogue (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเห็นอกเห็นใจ) คดีฟ้องร้องส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความล้มเหลวในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การอธิบายแผนการรักษาและความเสี่ยงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอย่างโปร่งใสด้วยภาษาที่ง่าย จะช่วยลดความขัดแย้งได้อย่างมีนัยสำคัญ

4. Decision for Referral (ตัดสินใจส่งต่ออย่างทันท่วงที) เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการเกินศักยภาพด่านหน้า หรือพบสัญญาณชีพที่เป็นค่าวิกฤต ต้องตัดสินใจปฐมพยาบาลประคับประคองชีพและทำเรื่องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ทันที การยื้อผู้ป่วยไว้รักษาเองโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ ถือเป็นจุดตายสำคัญที่นำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายมากที่สุด

1.4 งานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง (Related Research & Innovation Insights)

การเรียนรู้วิชาเวชปฏิบัติปฐมภูมิไม่อาจหยุดอยู่เพียงตัวบทกฎหมายในอดีต แต่ต้องขับเคลื่อนบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในหัวข้อนี้ ได้คัดสรรและอ้างอิงงานวิจัยสำคัญที่มีอยู่จริงในประเทศไทยจำนวน 3 การศึกษา เพื่อให้นักศึกษาได้มองเห็นสถานการณ์ความท้าทาย สมรรถนะ และกระบวนการคิดวิเคราะห์การตัดสินใจเชิงคลินิกของนักสาธารณสุขในสนามปฏิบัติงานจริงอย่างเป็นระบบ

งานวิจัยที่ 1 การประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพและการตัดสินใจทางคลินิก

จากการศึกษารายงานวิจัยเรื่อง *การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะนักสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน* (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช)

เหตุผลที่เลือกวิจัยนี้มาเป็นตัวอย่าง ตำราเล่มนี้เลือกงานวิจัยชิ้นนี้เนื่องจากเป็นงานวิจัยแม่บทที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยทั่วประเทศ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างสมรรถนะของนักสาธารณสุขด่านหน้าอย่างเป็นวิทยาศาสตร์และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ความสำคัญของงานวิจัย งานวิจัยชิ้นนี้ระบุโครงสร้างตัวชี้วัดสมรรถนะ 6 ด้านหลัก 26 สมรรถนะย่อย รวม 166 ตัวชี้วัด โดยชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะในด้าน "การตรวจเบื้องต้น การบำบัดโรค การดูแลช่วยเหลือ และการส่งต่อผู้ป่วย" มีตัวชี้วัดที่เข้มข้นที่สุดถึง 50 ตัวชี้วัด

การถอดบทเรียนและการวิเคราะห์สังเคราะห์ จากการวิเคราะห์เชิงลึก พบว่าคะแนนความเชื่อมั่นของผู้ประกอบวิชาชีพด่านหน้าจะแปรผันตรงกับความชัดเจนของคู่มือปฏิบัติการ (Standard Operating Procedures SOP) ในพื้นที่ งานวิจัยสะท้อนว่า นักสาธารณสุขชุมชนมีความพร้อมสูงในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค แต่ความแม่นยำและการตัดสินใจเชิงคลินิก (Clinical Judgment) ในการวินิจฉัยแยกโรคด่านหน้ายังต้องการกลไกสนับสนุนทางวิชาการและเครื่องมือช่วยคัดกรองที่มีความจำเพาะ

งานวิจัยที่ 2 แรงจูงใจและระดับสมรรถนะแกนกลางในการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ

จากการศึกษารายงานวิจัยเรื่อง โกวิท ตั้งทอง และ มิ่งขวัญ ศิริโชติ *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดตรัง* (วารสารพยาบาลกองทัพบก / Journal of The Royal Thai Army Nurses)

เหตุผลที่เลือกวิจัยนี้มาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อความปลอดภัยในการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสำคัญของงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานด่านหน้าอยู่ในระดับสูง ("ระดับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานด่านหน้าอยู่ในระดับสูง (M = 4.41, SD = 0.35) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทนี้ คือ .01 วัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทนี้ คือ

การถอดบทเรียนและการวิเคราะห์สังเคราะห์ เมื่อนำงานวิจัยนี้มาบูรณาการกับการเรียนการสอนวิชาการบำบัดโรคเบื้องต้น จะพบว่า **"ความละเอียดรอบคอบและความถูกต้องของงาน"** เป็นหนึ่งในสมรรถนะประจำสายงานที่ถูกประเมินว่ามีความสำคัญสูงสุดในการลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ (Diagnostic Error) การที่ผู้เรียนจะมีสมรรถนะในการรักษาเบื้องต้นที่ดี ไม่ได้เกิดจากทักษะฝีมือเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากแรงจูงใจและความตระหนักรู้ในความรับผิดชอบตามเกณฑ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

งานวิจัยที่ 3 ทักษะการจัดการและการคิดเชิงระบบของบุคลากรปฐมภูมิ

จากการศึกษารายงานวิจัยเรื่อง *Managerial skills required for new community public health graduates during the crisis Employers' perspective* (Cogent Education / Taylor & Francis Group)

เหตุผลที่เลือกวิจัยนี้มาเป็นตัวอย่าง เพื่อฉายภาพความต้องการของ "ผู้ใช้บัณฑิต" (Employers) ในระบบสาธารณสุขยุคใหม่ต่อนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาและต้องออกไปทำหน้าที่ตรวจรักษาเบื้องต้น

ความสำคัญของงานวิจัย งานวิจัยศึกษาทักษะสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและควบคุมโรคปฐมภูมิ โดยจำแนกทักษะออกเป็น 4 มิติหลักที่มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) สูงระหว่าง ระหว่าง 0.87 ถึง 0.94 คือ ได้แก่ ทักษะการคิดเชิงระบบ (Systems thinking) ทักษะความร่วมมือ (Collaboration) ทักษะการมองการณ์ไกล และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

การถอดบทเรียนและการวิเคราะห์สังเคราะห์ จากการสังเคราะห์ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ทักษะการประสานงานทำงานเป็นทีมและการคิดเชิงระบบ (Systems Thinking) มีความสำคัญสูงสุดต่อความสำเร็จของการบำบัดโรคและการส่งต่อผู้ป่วย เพราะการบำบัดโรคเบื้องต้นด่านหน้าไม่สามารถทำได้อย่างโดดเดี่ยว แต่ต้องประสานกับระบบส่งต่อ (Referral system) แพทย์พี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างระบบความปลอดภัยไร้รอยต่อ

ตารางที่1.3 ตารางสังเคราะห์บูรณาการองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ

จากการประมวลผลและการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 3 ข้างต้น สามารถสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนได้ดังนี้

มิติการประเมิน	ข้อค้นพบเชิงประจักษ์จากงานวิจัย	แนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนและการปฏิบัติ
ความรู้และการตัดสินใจ	สมรรถนะด้านการตรวจบำบัดโรคและการส่งต่อเป็นจุดวิกฤตที่ต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน	ผู้เรียนต้องฝึกฝนการใช้ผังการตัดสินใจเชิงคลินิก (Clinical Algorithm) เพื่อลดความผิดพลาด
พฤติกรรมการทำงาน	ความละเอียดรอบคอบและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ สัมพันธ์โดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย	ต้องเข้มงวดกับการบันทึกเวชระเบียนและการประเมินสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flags) ทุกเคส
การทำงานเชิงระบบ	ทักษะการทำงานเป็นทีมและการคิดเชิงระบบเป็นหัวใจในการเชื่อมต่อระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	ต้องฝึกทักษะการสื่อสารส่งต่อทางการแพทย์ เช่น ระบบ SBAR ให้กระชับ แม่นยำ และรวดเร็ว

1.5 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ Clinical & Legal Matrix Sandbox (ระยะเวลา 60 นาที)

วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้นักศึกษาฝึกทักษะการตัดสินใจเชิงคลินิก ภายใต้ขอบเขต พ.ร.บ.วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ (Medicolegal Risk Management) ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การบริหารเวลาและการดำเนินกิจกรรม (60 Minutes Roadmap)

1 Orientation & Grouping (การชี้แจงและแบ่งกลุ่ม)นาทีที่ 1 - 5 (5 นาที)

อาจารย์ผู้สอนชี้แจงกติกา บรรยายสรุปภารกิจ และแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน โดยในแต่ละกลุ่มจะต้องจัดสรรบทบาทหน้าที่ภายในกลุ่ม ประกอบด้วย

บทบาทที่ 1 นักสาธารณสุขชุมชนด่านหน้า (ผู้ตรวจบำบัดโรค)
บทบาทที่ 2 ผู้ป่วยจำลอง (Standardized Patient)
บทบาทที่ 3 ญาติผู้ป่วย
บทบาทที่ 4 ผู้สังเกตการณ์คลินิก (Clinical Observer - บันทึกการซักประวัติ/ตรวจร่างกาย)
บทบาทที่ 5 ผู้สังเกตการณ์กฎหมาย (Legal Auditor - ตรวจสอบขอบเขต พ.ร.บ. และการจ่ายยา)

2Scenario Distribution & Planning (รับโจทย์และวางแผน)นาทีที่ 6 - 15 (10 นาที)

แจกซองโจทย์สถานการณ์จำลอง "Gray Zone" ให้แต่ละกลุ่ม (โจทย์จะไม่ซ้ำกัน เช่น เคสเด็กไข้สูงชักกระตุก เคสคนงานตกต้นไม้มีแผลลึกและปวดต้นคอ เคสผู้สูงอายุแน่นหน้าอกและขอยาชุด) ให้กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลดิบ ทบทวนข้อกฎหมายสภาวิชาชีพ และเตรียมซักซ้อมบทบาทสมมติ

3Simulation & Role-Play (ปฏิบัติการสถานการณ์จำลอง)นาทีที่ 16 - 35 (20 นาที)

ให้แต่ละกลุ่มเริ่มทำการ **Role-Play** ณ สถานีจำลอง รพ.สต. โดยนักสาธารณสุขชุมชนต้องทำการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น แปลผลสัญญาณชีพ แปลผล POCT และทำการตัดสินใจว่าจะ **"รักษาเบื้องต้น+จ่ายยาในบัญชี"** หรือ **"ทำหัตถการขั้นต้น"** หรือ **"ประสานส่งต่อทันทีด้วยระบบ SBAR"** โดยผู้สังเกตการณ์ทั้ง 2 ด้าน ทำการบันทึกประเด็นลงในแบบฟอร์มประเมิน

4Intra-group Refelction (ถอดบทเรียนภายในกลุ่ม)นาทีที่ 36 - 45 (10 นาที)

สมาชิกในกลุ่มหยุดการแสดง สลับบทบาทกลับมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยผู้สังเกตการณ์คลินิกและกฎหมายนำเสนอข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) ว่า "นักสาธารณสุขชุมชนในเคสนี้ ก้าวล่วงวิชาชีพอื่นหรือไม่? มองข้ามสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flags) หรือไม่? และตัดสินใจได้ถูกต้องตาม พ.ร.บ. หรือไม่?"

5Inter-group Debriefing & Facilitator Synthesis (การดีบรีฟร่วมรวมและสรุปโดยอาจารย์)นาทีที่ 46 - 60 (15 นาที)

อาจารย์ผู้สอนสุ่มตัวแทนกลุ่มนำเสนอข้อค้นพบที่สำคัญ วิจารณ์จุดเด่นและจุดสุ่มเสี่ยงที่พบในแต่ละเคส จากนั้นอาจารย์สรุปขมวดปมเชื่อมโยงองค์ความรู้จากงานวิจัยในข้อ 1.4 เข้าสู่เวชปฏิบัติจริง เน้นย้ำความสำคัญของเกราะกำบังทางกฎหมายและชีวิตของผู้ป่วย"

เครื่องมือประกอบกิจกรรม แบบฟอร์ม Legal Matrix Checklist

(สำหรับตัวแทนกลุ่มที่เป็น Legal Auditor ใช้ประเมินเพื่อนขณะทำกิจกรรม)

รายการประเมินความปลอดภัยเชิงคลินิกและกฎหมาย	ปฏิบัติ (ถูกต้อง)	ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัย
1. ซักประวัติและระบุอาการสำคัญ (Chief Complaint) ชัดเจน			

รายการประเมินความปลอดภัยเชิงคลินิกและกฎหมาย	ปฏิบัติ (ถูกต้อง)	ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัย
2. ตรวจวัดและแปลผลสัญญาณชีพ (Vital Signs) ได้ครบถ้วน			
3. ตรวจสอบ "สัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flags)" ก่อนรักษา			
4. เลือกโรค/อาการ ที่อยู่ในข้อบังคับแนบท้ายสภาวิชาชีพฯ			
5. สั่งจ่ายยาที่อยู่ในบัญชียาสำหรับนักสาธารณสุขเท่านั้น			
6. ตัดสินใจส่งต่อ (Refer) ทันทีเมื่อเกินขอบเขต หรืออาการวิกฤต			
7. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจและรักษาลงเวชระเบียนทันที			

💡 สิ่งที่นักศึกษาจะได้รับจากกิจกรรมนี้ (Key Takeaways)

กิจกรรมนี้นักศึกษาจะได้สัมผัสความกดดันในการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจริง ได้รับการฝึก Clinical Reasoning (การคิดเชิงคลินิก) ภายใต้การบีบคั้นของเวลา และเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าข้อความทุกประโยคใน พ.ร.บ.วิชาชีพฯ พ.ศ. 2556 มีผลต่อการตัดสินใจหน้างานอย่างไรเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์

1.6 คำถามชวนคิดและคำถามประเมินตนเองท้ายบท (Critical Thinking & Self-Assessment)

คำชี้แจง ให้นักศึกษาอ่านสถานการณ์จำลองต่อไปนี้อย่างละเอียด แล้ววิเคราะห์คำตอบโดยใช้ความรู้ด้านพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ข้อบังคับสภาวิชาชีพ และหลักการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์และกฎหมาย (Medicolegal Risk Management) ในการแก้ปัญหา

ข้อที่ 1 การประเมินข้อจำกัดและการบริหารความเสี่ยงในภาวะขาดแคลนกำลังคน

สถานการณ์ นักศึกษาปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. ห่างไกลเพียงลำพังเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพไปประชุม จังหวัดประกาศเตือนภัยไข้เลือดออกระบาด มีผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ปี มาด้วยอาการไข้สูงลอย

มา 3 วัน อาเจียนเป็นน้ำข้นสีน้ำตาลดำ ซึมลง ชีพจรเบาเร็ว 124 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg ผู้ปกครองขอร้องให้นักศึกษา "ฉีดยาลดไข้และเจาะเลือดตรวจหาเชื้อทันที" เพราะไม่สะดวกเดินทางไปโรงพยาบาลอำเภอ **คำถาม** ในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน นักศึกษาวิเคราะห์พบสัญญาณเตือนภัยอันตราย (Red Flag Signs) ใดบ้าง? และหากพิจารณาตามข้อบังคับสภาวิชาชีพฯ นักศึกษามีสิทธิทำหัตถการตามที่ผู้ปกครองร้องขอหรือไม่? จงวางแผนการจัดการเคสนี้ให้ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายทุกมิติ

ข้อที่ 2 เส้นแบ่งจรรยาบรรณวิชาชีพกับการสั่งใช้ยา RDU

สถานการณ์ ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี ปฏิบัติงานก่อสร้าง มาพบนักศึกษาด้วยอาการไข้ เจ็บคอ กลืนน้ำลายลำบาก ตรวจร่างกายเบื้องต้นพบทอนซิลโต แดงเล็กน้อย ไม่มีหนอง (Exudate) วัดสัญญาณชีพปกติ ประเมิน Centor Score ได้ 1 คะแนน (บงชี้ว่าน่าจะเกิดจากไวรัส) นักศึกษาวางแผนจ่ายยารักษาตามอาการและไม่จ่ายยาปฏิชีวนะตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) แต่ผู้ป่วยโกรธและต่อว่านักศึกษาอย่างรุนแรงว่า *"รพ.สต. ขี้เหนียวยา รักษาก็ไม่ใช่หมอจริง ถ้าไม่จัดยาแก้อักเสบเม็ดแคปซูลฟ้าขาวให้ จะไปร้องเรียนเรียนเรียนศูนย์ดำรงธรรม"* **คำถาม** จากกรณีนี้ นักศึกษาจะใช้ทักษะการสื่อสารทางการแพทย์ (Dialogue) และหลักจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างไรในการแก้ไขความขัดแย้ง? และหากนักศึกษายอมจ่ายยาปฏิชีวนะตามคำขู่ของผู้ป่วย จะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะแกนกลางและเกิดความเสี่ยงทางกฎหมายตาม พ.ร.บ.วิชาชีพฯ อย่างไร?

ข้อที่ 3 ความรับผิดชอบทางอาญาและแพ่งจากข้อผิดพลาดในงานหัตถการ

สถานการณ์ มีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม มีแผลฉีกขาดขอบกระรุ่งกระริ่ง ยาว 4 เซนติเมตร บริเวณข้อมือด้านใน (Volar aspect) ลึกจนมองเห็นชั้นพังผืด นักสาธารณสุขชุมชนด่านหน้าได้ทำการเย็บแผลแบบ Simple Interrupted ไปจำนวน 4 เข็ม โดยไม่ประเมินการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของนิ้วมือ สองวันต่อมาผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการนิ้วก้อยและนิ้วนางชา ขยับไม่ได้ แพทย์ตรวจพบว่ามีการฉีกขาดของเส้นประสาทส่วนปลาย (Ulnar Nerve) ที่ถูกมองข้ามและเย็บฝังไหมทับ **คำถาม** จงวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ว่าการกระทำของนักสาธารณสุขรายนี้ ข้ามเส้นแบ่งทางกฎหมายเข้าข่าย "การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิชอบ" หรือไม่? และหากเกิดการฟ้องร้องขึ้น ผู้ปฏิบัติงานจะต้องเผชิญกับกรอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย 3 มิติ (อาญา-แพ่ง-วินัย) ในประเด็นใดบ้าง?

ข้อที่ 4 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (Documentation) ในฐานะพยานวัตถุ

สถานการณ์ นักศึกษาตรวจผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปี มาด้วยอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน คลื่นไส้ นักศึกษาประเมินสัญญาณชีพพบความดันโลหิต 170/100 mmHg จึงสั่งให้นอนพัก จ่ายยาลดเวช ระเบียนระบุเพียงอาการเวียนศีรษะและการจ่ายยา ขาดการบันทึกค่าความดันโลหิตซ้ำก่อนให้กลับบ้าน ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่บ้านในคืนนั้น ญาติฟ้องร้องว่า รพ.สต. ละเลยการตรวจประเมินภาวะวิกฤต **คำถาม** หากนักศึกษาต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์และกฎหมาย (Medicolegal Audit) เวชระเบียนที่นักศึกษาบันทึกไว้มีความ

สมบูรณ์พอที่จะเป็น "เกราะคุ้มครอง" หรือไม่? จงปรับปรุงรูปแบบการบันทึก SOAP Note สำหรับเคสนี้ให้ถูกต้องและมีน้ำหนักทางกฎหมาย 100%

ข้อที่ 5 การประยุกต์ใช้นวัตกรรมดิจิทัลเพื่อควบคุมความเสี่ยง (Medicolegal Risk Management)

สถานการณ์ จากงานวิจัยที่นักศึกษาเรียนรู้ในข้อ 1.4 ชี้ให้เห็นว่าความแม่นยำในการคัดกรองและการตัดสินใจส่งต่อระบบปฐมภูมิเป็นจุดวิกฤตสูงสุด นักศึกษาได้รับมอบหมายให้พัฒนาแนวทางปฏิบัติงาน (SOP) ประจำ รพ.สต. เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดทางการแพทย์ในการคัดกรองโรคศัลยกรรมเฉียบพลัน (เช่น ไส้ติ่งอักเสบ หรือ ลำไส้อุดตัน) **คำถาม** นักศึกษาจะนำความรู้เรื่องทักษะการคิดเชิงระบบ (Systems Thinking) บูรณาการร่วมกับ "เทคโนโลยีดิจิทัลหรือนวัตกรรมสุขภาพ" (เช่น AI คัดกรอง, Application, หรือ Smart Form) มาสร้างสรรค์เป็นเครื่องมือหรือระบบช่วยตัดสินใจ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและป้องกันการฟ้องร้องทางกฎหมายของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างไร? จงอธิบายแนวคิดเชิงนวัตกรรมมาเป็นลำดับขั้นตอน

1.7 บรรณานุกรม (References)

1. ราชกิจจานุเบกษา. (2556, 17 มกราคม). *พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556*. เล่ม 130 ตอนที่ 6 ก, หน้า 1-17.
2. ราชกิจจานุเบกษา. (2561, 16 พฤศจิกายน). *ข้อบังคับสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2561*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 292 ง, หน้า 17-27.
3. ราชกิจจานุเบกษา. (2525, 11 พฤศจิกายน). *พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525*. เล่ม 99 ตอนที่ 168.
4. โกวิท ตั้งทอง, และ มิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลกองทัพบก, 18*(3), 205-213.
5. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (2562). กฎหมายกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข: การป้องกันการฟ้องร้องทางการแพทย์. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 5*(2), 121-134.
6. นภาภรณ์ พังยะ. (2564). *การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะนักสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].
7. พินิจ ฟ้าอำนวยผล, และคณะ. (2565). การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อความมั่นคงทางสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 16*(2), 189-204.
8. วิชัย โชควิวัฒน. (2561). จริยธรรมวิชาชีพสาธารณสุข หลักการพื้นฐานในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขไทย, 25*(1), 45-58.
9. สมเกียรติ โพธิวัฒน์. (2563). ข้อผิดพลาดทางการวินิจฉัยโรคในคลินิกปฐมภูมิ: สถานการณ์และแนวทางป้องกันเชิงระบบ. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10*(2), 112-125.
10. สภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน. (2565). *เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนด้านการตรวจบำบัดโรคเบื้องต้นและการส่งต่อ*. สภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน.
11. American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation, 142*(16_suppl_2), S366-S468.
12. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
13. World Health Organization. (2021). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. World Health Organization.
14. Singh, H., Meyer, A. N., & Thomas, E. J. (2014). The frequency of diagnostic errors in outpatient care: Estimations from three large-scale observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality & Safety, 23*(9), 727-731.

15. Stewart, M., Brown, J. B., & Weston, W. W. (2014). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (3rd ed.). Radcliffe Publishing.
16. Phutthasri, W., & Wetchakun, K. (2023). Managerial skills required for new community public health graduates during the crisis: Employers' perspective. *Cogent Education, 10*(1), 2185404.
17. Bickley, L. S., Szilagyi, P. G., & Hoffman, R. M. (2021). *Bates' guide to physical examination and history taking* (13th ed.). Wolters Kluwer.
18. Joint Commission International. (2020). *International patient safety goals (IPSG) handbook*. Joint Commission Resources.
19. Gawande, A. A., Zinner, M. J., & Studdert, D. M. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery, 133*(6), 614-621.
20. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457-502.

บทที่2

จริยธรรม สิทธิผู้ป่วย และความยินยอมในการตรวจประเมินและการทำหัตถการ

เมื่อ คุณธรรมและข้อจำกัดหน้างานเดินสวนทางกัน

ในวันที่ คุณ ต้องเข้าเวรดึกที่ รพ.สต. มีผู้ป่วยสูงอายุคนหนึ่งเดินเข้ามารักษาด้วยบาดแผลสดติดเชื้อรุนแรงจนเนื้อตายส่งกลิ่นเหม็น หากไม่รีบตัดแต่งเนื้อตายขูดเอาหนองออก (Debridement) การติดเชื้ออาจลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดได้ ทว่า เมื่อ คุณเตรียมชุดเครื่องมือและยาชาเสร็จเรียบร้อย ผู้ป่วยกลับชักมือกลับ ดึงผ้าห่มขึ้นมาคลุมตัว แล้วพูดเสียงสั่นเครือว่า *"ฉันไม่ทำ. ฉันเจ็บมามากพอแล้ว ปล่อยให้ฉันตายไปเถอะลูก อย่ามายุ่งกับฉันเลย"*

ในวินาทีนั้น สมองของ คุณจะเกิดการปะทะกันอย่างรุนแรงระหว่างสองความคิด

> **ความคิดที่ 1** *"ถ้าเราปล่อยแกกลับบ้าน แกติดเชื้อในกระแสเลือดตายแน่ ๆ เราเป็น คุณ เราต้องรักษาชีวิตคนสิ!"*
>
> **ความคิดที่ 2** *"แต่แกบอกว่าแกไม่ทำ แกปฏิเสธการรักษา แล้วเรามีสิทธิ์อะไรไปบังคับจับแกมัดขึงกับเตียงเพื่อลงมีดเย็บแผล?"*

นี่ไม่ใช่แบบฝึกหัดในห้องเรียน แต่คือ **"ความอึดอัดใจจริยธรรม (Ethical Dilemma)"** ที่ คุณผู้อยู่ด่านหน้าต้องเจอจริงเกือบทุกวัน การรักษาพยาบาลปฐมภูมิไม่ใช่เรื่องของการใช้ทักษะฝีมือหรือตัวยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของ **"มนุษย์ที่ปฏิสัมพันธ์กับมนุษย์"** หาก คุณมีความรู้ทางการแพทย์ 100% แต่ขาดความเข้าใจเรื่องสิทธิผู้ป่วยและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) มีดผ่าตัดศัลยกรรมเล็กในมือ คุณอาจเปลี่ยนสภาพจาก "เครื่องมือช่วยชีวิต" กลายเป็น "อาวุธที่ละเมิดมนุษย์ด้วยกัน" ไปในทันที

บทนี้จะนำ คุณไปสำรวจเส้นแบ่งที่ละเอียดอ่อนนี้ เพื่อให้ คุณปฏิบัติหน้าที่ตรวจประเมินและทำหัตถการได้อย่างสง่างาม ปลอดภัย และหัวใจของ คุณยังคงสัมผัสถึงความอ่อนโยนของเพื่อนมนุษย์ตรงหน้า

2.1 บทนำและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Introduction & Learning Objectives)

แนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) คือการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการมองผู้ป่วยเป็นเพียง "โรคหรืออวัยวะที่เจ็บป่วย" มาเป็นการมองผู้ป่วยในฐานะ "มนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ มีศักดิ์ศรี และมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน" บุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าเปรียบเสมือน " คุณธรรมด่านหน้า" ของระบบสุขภาพ ที่ต้องคอยปกป้องสิทธิผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน

เนื้อหาในบทนี้จะมุ่งเน้นการติดอาวุธทางความคิดในเรื่องหลักจริยธรรมสากล 4 ประการ และกฎหมายสิทธิผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินอาการและทำหัตถการได้อย่างถูกต้อง ชอบด้วยกฎหมาย และเปี่ยมด้วยความเมตตา

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทนี้ คือ

เมื่อ คุณได้ศึกษาและทำกิจกรรมในบทที่ 2 นี้แล้ว จะมีความรู้ความสามารถและสมรรถนะ (Competencies) ดังต่อไปนี้

1. **ด้านความรู้ (Knowledge - K)** สามารถอธิบาย วิเคราะห์ และเชื่อมโยงหลักจริยธรรมทางการแพทย์ 4 ประการ (Autonomy, Beneficence, Non-maleficence, Justice) และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ในบริบทสาธารณสุขปฐมภูมิได้อย่างถูกต้อง 100%
2. **ด้านทักษะ (Skill - S)** สามารถดำเนินการสื่อสารเพื่อขอความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวข้อมูลอย่างครบถ้วน (Informed Consent Procedure) ก่อนการตรวจประเมินและการทำหัตถการในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน
3. **ด้านทัศนคติและจริยธรรม (Attitude/Ethics - A)** แสดงออกถึงพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เคารพในการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการทุกระดับโดยไม่เลือกปฏิบัติ
4. **ด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Innovation - I)** สามารถออกแบบแนวทางหรือสื่อเชิงนวัตกรรม (เช่น Smart Consent Form หรือ Infographic สื่อสารความเสี่ยง) เพื่อช่วยเพิ่มระดับความเข้าใจสิทธิและการให้ความยินยอมของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 กรณีศึกษา (Case Study)

เพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับการปะทะกันของหลักจริยธรรมและข้อกฎหมายหน้างาน ให้คุณร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2 เหตุการณ์ดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ 1 การปฏิเสธการรักษาแผลติดเชื้อเนื้อตายของผู้สูงอายุ

สถานการณ์ นางมาลี อายุ 74 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมไม่ได้ มีแผลกดทับขนาดใหญ่ลึกถึงชั้นพังผืดบริเวณสะโพก (Sacral Pressure Injury Stage 4) มีเนื้อตายสีดำ (Slough & Eschar) ส่งกลิ่นเหม็นคละคลุ้ง พยาบาลและ นักสาธารณสุขชุมชนประจำ รพ.สต. ประเมินว่าหากไม่ทำศัลยกรรมเล็กตัดแต่งเนื้อตายขูดหนองออก (Debridement) ทันที ผู้ป่วยจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ถึงแก่ชีวิต แต่นางมาลีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ปฏิเสธการทำหัตถการอย่าง

เด็ดขาด โดยให้เหตุผลว่า *"เจ็บจนทนไม่ไหวแล้ว ขอกลับไปตายที่บ้านตามธรรมชาติ"* ญาติสายตรง (ลูกสาว) ร้องขอให้บุคลากรทำการมัดตัวผู้ป่วยเพื่อทำการขูดแผลทันที เพราะไม่อยากให้แม่ตาย

- **ผลกระทบต่อวิชาชีพ** หากผู้ปฏิบัติงานยินยอมตามญาติและทำการบังคับขูดแผล จะถือเป็นการละเมิดสิทธิ์ในร่างกายและหลักการยินยอม (Autonomy) ของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องฐานทำร้ายร่างกายหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน แต่หากปล่อยกลับบ้านโดยไม่ทำอะไรเลย และผู้ป่วยเสียชีวิต บุคลากรอาจถูกร้องเรียนว่าละเลยหน้าที่ ไม่ให้การรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ (Negligence)
- **แนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงเวชปฏิบัติ**
    1. **ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ (Competency Assessment)** ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองเสื่อมเฉียบพลัน (Delirium) หรือภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีผลต่อการตัดสินใจ
    2. **การให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน (Informed Refusal)** อธิบายแผนการรักษา ความเสี่ยงของการไม่รักษา (การเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อ) และทางเลือกอื่น ๆ เช่น การใช้น้ำยาละลายเนื้อตายร่วมกับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Palliative Wound Care)
    3. **การบันทึกเอกสารปฏิเสธการรักษา (Refusal Form)** หากผู้ป่วยยังยืนยันปฏิเสธ ต้องให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารการรับทราบความเสี่ยงโดยมีพยานร่วมรับรู้ พร้อมบันทึก SOAP Note อย่างละเอียด

เหตุการณ์ที่ 2 การทำหัตถการฉุกเฉินในเด็กวิกฤตที่ผู้ปกครองไม่อยู่

สถานการณ์ เด็กชายเอ (นามสมมติ) อายุ 7 ปี ถูกสุนัขในชุมชนรุมกัด มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่และลึก เลือดไหลพุ่งไม่หยุด (Arterial Bleeding) บริเวณต้นขาขวา สัญญาณชีพชีพจรเบาเร็ว 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเริ่มต่ำลง เด็กถูกนำส่ง รพ.สต. โดยเพื่อนบ้าน ส่วนบิดามารดาออกไปทำงานในตัวเมือง ไม่สามารถติดต่อได้ในทันที กฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก และประมวลกฎหมายแพ่งกำหนดว่าการทำหัตถการในผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง แต่นาทีนั้นหากรอผู้ปกครองเดินทางมาถึง เด็กอาจช็อกจากการสูญเสียเลือดจนเสียชีวิต

- **ผลกระทบต่อวิชาชีพ** สถานการณ์นี้บีบคั้นให้ คุณต้องเลือกระหว่าง "ความถูกต้องตามลายลักษณ์อักษรของกฎหมายเรื่องสิทธิความยินยอม" กับ "การรักษาชีวิตเด็ก" หากผู้ปฏิบัติงานไม่กล้าทำหัตถการกดห้ามเลือดและเย็บผูกหลอดเลือดส่วนตื้นชั่วคราวเพราะกลัวผิดกฎหมาย เด็กจะเสียชีวิต ซึ่งส่งผลเสียรุนแรงต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นในวิชาชีพสาธารณสุขด่านหน้า
- **แนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงเวชปฏิบัติ**
    1. **ใช้หลักกฎหมายยกเว้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต (Emergency Exception)** ตามหลักกฎหมายอาญา มาตรา 67 (การกระทำด้วยความจำเป็นเพื่อความปลอดภัยต่อชีวิต) และประกาศสิทธิผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การรักษาฉุกเฉินที่เป็น