

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา

นพ.อภิชัย ลิมานนท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นพ.อดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่	สสจ.ขอนแก่น
	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	สสจ.ขอนแก่น
	สมเด็จพระยุพราชกระนวน	
	รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ	
	(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นางสาวกรรณิกา ตั้งวานิชกพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สสจ.ขอนแก่น
	(ด้านส่งเสริมพัฒนา)	
ทพ.มูณี เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันต	สสจ.ขอนแก่น
	สาธารณสุข)	
ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นางบัวบุญ อุดมทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สสจ.ขอนแก่น
	(ด้านบริการทางวิชาการ)	

กองบรรณาธิการ

นพ.ประวีร์ คำศรีสุข	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	บรรณาธิการ
	(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุข	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.จักรสันต์ เลยหยุด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	รองบรรณาธิการด้านบริหาร
	ชำนาญการพิเศษ	
ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุข	
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.เจษฎา สุรวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข	
	ชำนาญการพิเศษ	
ดร.พรธนิภา ไชยรัตน์	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์	
	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี	

ผศ.ดร.ศุภวดี แฉวเพ็ญ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ผศ.ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ผศ.ดร.แสงดาว จันทรดา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ราณี วงษ์คงเดช	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.บุญทนกร พรหมภักดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
นพ.ธนิต พุเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รศ.ดร.จุฬารัตน์ โสตะ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
นพ.วิทยา ขาติบัญชาชัย	ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
รศ.ดร.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.เยาวเรศ ชูลิขิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ดร.จริยา อินทวัศมี	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สงกรานต์ นักบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ดร.นพ.ธนชัย พนาพุดิ
นพ.สุรพันธ์ เจริญธวัชรวิทย์
นพ.ศักรินทร์ แก้วเฮ้า

ดร.กวรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์
ดร.ธิไลภิญ ทองไทย
ศาสตราจารย์ ดร.จงกลนี้
จันทร์ศิริ
นางอุบล จ้วงพานิช

นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นักวิชาการอิสระ

ฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง
นางมลิวรรณ มะลิตัน
นายณรินทร์ บัวอิน

สสจ.ขอนแก่น	ผู้จัดการ
สสจ.ขอนแก่น	การเงินการบัญชี
สสจ.ขอนแก่น	จัดรูปเล่ม พิสูจน์อักษร

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2567) บทความที่คัดเอากมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) การประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี 2) การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 6) การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน 7) การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย 8) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี 9) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 10) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น 11) การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระของผลงานวิชาการทั้ง 11 เรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการพัฒนางานวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1-13
แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี
Evaluation of Integrated People-Centered Health Service System:
Case Study of Diabetes and Hypertension Patients,
Chai Badan District, Lopburi Province
*ธีรศักดิ์ พาจันทร์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ สุพัฒน์ อาสนะ, พิทยา ศรีเมือง,
กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์*
Teerasak Phajan, Saowaluk Seedaket, Supat Assana, Phitthaya Srimuang,
Kritkantorn Suwannaphant
- การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 1-16
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
A Factor Analysis of Head Ward's Competencies in 21st
Century at Tertiary Hospitals in The Northeast of Thailand
สันศนีย์ ดีภัย, วรณชนก จันทชุม
Sansanee Deepai, Wanchanok Juntachum
- ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ 1-13
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ
อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น
Effectiveness of the Empowerment Program of Health Belief Model and Stroke
Prevention Behavior Among Elderly Nong Na Kham Hospital Nong Na Kham District
Khon Kaen Province
จุฬารัตน์ ขยันควร
Jurarat Khayankuan

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7	1-16
Factors influencing of professional nurses competencies in emergency department according to the perception of registered nurses in middle level (M2) community hospitals of healthcare region 7 <i>ขนิษฐา ทาพรมา, สมปรัตธนา ดาผา</i> <i>Kanitha Thapromma, Sompratthana Dapha</i>	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7	1-15
Factors Affecting the Quality of Work Life Professional Nurses Tertiary Hospital in Health District 7 <i>จริยา มีไกรลาด, วรณชนก จันทชุม</i> <i>Jariya Meekrailad, Wanchanok Juntachum</i>	
การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน	1-15
The Develop of Motivational Enhancement Group Therapy Program for Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorders <i>ปรารถนา คำมีสีนนท์, ไพรวลัย รมช้าย, นุจรินทร์ บัวละคร</i> <i>Prattana Khummeeseenon, Praiwan Romsai, Nujarin Bualakorn</i>	
การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย	1-14
Development of a leadership competency enhancement program for In-charge nurse at the emergency department, Loei Hospital <i>อุไรรัตน์ ภูสูงเนิน, จิตร์ภินันท์ ศรีจักโคตร</i> <i>Urairat Phusungnern, Jitphinan Srijakkhot</i>	

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี	1-17
The Development of a Clinical Supervision Model for Nursing Care of Older Patients with Surgery Hip Fracture at Uthai Thani Hospital	
อัญชลี ตรุณาวงษานนท์, จินดา ผุดผ่อง, สายันต์ โฆษิตาภา, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	
Anchalee Tarunawongsanon, Jinda Pudpong, Sayan Kositapa, Parinda Sritharapipat	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	1-15
The Model of Prevention and control of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma, by the district quality of life development committee mechanism in Ban Phai District, Khon Kaen Province	
สมหมาย ชาน้อย	
Sommayc charnoi	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น	1-16
Development of Prevention and Control on Tuberculosis Model, Khon Kaen Province	
สาลิณี ไวยนนท์, อติเรก เร่งมานะวงษ์, เอ็มวิกา แสงชาติ	
Salinee Vaiyanon, Adirek Rengmanawong, Emviga Sangchart	
การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น	1-16
Development of a care system for pregnant women through urban community health networks Khon Kaen Province	
จินตนา ทอนฮามแก้ว, วราวุธ กุลเวชกิจ	
Jintana Thonhamkaew, Warawut Kulwedchakit	

การประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

ธีรศักดิ์ พาจันทร¹, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ^{2*}, สุพัฒน์ อาสนะ³, พิทยา ศรีเมือง¹

และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2563 จากบุคลากรคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) จำนวน 60 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCD) ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 200 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มแบบอย่างง่าย ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า PCC ในโครงการวิจัย มีคุณภาพในกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า PCC นอกโครงการวิจัยทุกด้าน และผู้ป่วย NCD ในโครงการวิจัยมีการรับรู้เกี่ยวกับหมอครอบครัวสูงกว่า โดยทราบเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว (ร้อยละ 92.00, 97.00 และ 98.00 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับนอกโครงการ (ร้อยละ 52.00, 38.00 และ 43.00 ตามลำดับ) และมีผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน ผลการรักษา และความพึงพอใจ ($p\text{-value} < 0.05$) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนถึงความสำคัญของการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาระบบบริการ ดังนั้น ควรพัฒนาระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ, ประชาชนเป็นศูนย์กลาง, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คลินิกหมอครอบครัว

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก *Corresponding Author; เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, Email: saowaluk.see@neu.ac.th

Received: July 8, 2024; Revised August 17, 2024; Accepted August 19, 2024

Evaluation of Integrated People–Centered Health Service System: Case Study of Diabetes and Hypertension Patients, Chai Badan District, Lopburi Province

Teerasak Phajan¹, Saowaluk Seedaket², Supat Assana³, Phitthaya Srimuang¹
and Kritkantorn Suwannaphant³

Abstract

This mixed-methods research aimed to evaluate the primary healthcare system and assess the perceptions and satisfaction of diabetes and hypertension patients regarding the integrated people-centered primary healthcare services in Chai Badan District, Lopburi Province. Data were collected from October to December 2020 from 60 Primary Care Cluster (PCC) personnel and 200 patients with non-communicable diseases (NCDs), specifically diabetes and hypertension. Sampling involved stratified and simple random techniques. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Independent t-test, with the significance level set at 0.05, while qualitative data were subjected to content analysis. The results showed that PCCs within the research project demonstrated good quality in service provision processes and organizational support systems for diabetes and hypertension care, with higher mean scores across all aspects compared to PCCs outside the project. NCD patients in the research project exhibited higher awareness of family doctors, recognizing the concept, knowing the names of their family physicians, and identifying family doctor staff (92.00%, 97.00%, and 98.00% respectively), compared to those outside the project (52.00%, 38.00%, and 43.00% respectively). Furthermore, patients in the research project showed significantly better chronic disease care outcomes in terms of treatment goals, self-care practices, treatment results, and satisfaction (p -value < 0.05). Qualitative data highlighted the importance of communication, patient participation, and technology utilization in service system development. Therefore, it is recommended to enhance self-management support systems for NCD patients and increase public participation in developing individual care plans to improve primary health care efficiency.

Key word: Primary Health Care System, Integrated People-Centered Health Service System, Patient-Centered Care, Diabetes and Hypertension, Primary Care Cluster

¹Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute, ²Asst.Prof., Northeastern University, ³Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

บทนำ (Introduction)

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน^{1,2} โดยมีบทบาทในการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน³ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) มุ่งสร้างความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม หากดำเนินการสำเร็จ จะสามารถดูแลประชาชนกลุ่มสุขภาพดีให้คงแข็งแรงและคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว⁴

โครงการดังกล่าวมีเป้าหมายในการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม โดยเน้นการคัดกรองโรคเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว⁵ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้ร่วมกันพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อออกแบบระบบและกระบวนการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและ

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการขึ้นทะเบียนกับหมอครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการประสานงานและความต่อเนื่องการดูแล⁶

จังหวัดลพบุรี โดยเฉพาะอำเภอชัยบาดาล เป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องของโครงการวิจัยนี้ ซึ่งการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับรองคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษานี้มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการในพื้นที่อำเภอชัยบาดาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

1. เพื่อประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข

2. เพื่อประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) แบบวิจัยพร้อม ๆ กัน (Convergent Parallel Design) ในการอธิบายกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของทีมนักวิชาการสาธารณสุขและประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 4 กลุ่ม คือ PCC ที่ร่วมใน

โครงการวิจัย, PCC ที่ไม่ได้ร่วมในโครงการวิจัย, คลินิก NCD ของโรงพยาบาล, และเครือข่าย รพ.สต. ที่ไม่ได้เป็น PCC 2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากรและแพทย์แผนไทย เป็นต้น 3) สมควรใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอันจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย (Daniel, 1995)⁷ และแทนค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องนั้นหน่วยบริการที่เป็น PCC จากการศึกษาของพิทยา ศรีเมือง (2564)⁸ เท่ากับ 0.72 กำหนดความคลาดเคลื่อน 10% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามประเภทการเข้าร่วมโครงการ PCC จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำการจับสลากรายชื่อผู้ป่วยตามพื้นที่ PCC ที่ร่วมในโครงการวิจัย (PCC ลำนำรายณ์) 100 คน

และ PCC ที่ไม่ได้ร่วมในโครงการวิจัย (PCC ทำดินดำ, ท่ามะนาว และชัยนาทรายณ์) 100 คน รวมเป็น 200 คน ซึ่งทำการศึกษาทั้ง PCC ที่ร่วมในโครงการวิจัยและ PCC ที่ไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานระหว่าง PCC ที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ทำให้เห็นผลกระทบของการดำเนินโครงการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น เช่น กระบวนการและคุณภาพจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับบุคลากร PCC โดยแบบประเมินนี้เป็นลักษณะของ Self-report questionnaire แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตอนที่ 2 คุณภาพการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ ประกอบด้วยกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ มีลักษณะข้อคำถามเป็น Scoring rubrics ระบุถึงความแตกต่างของผลงานหรือประสิทธิภาพของงาน โดยมีคะแนน 1-10 คะแนน แปลผลและแบ่งกลุ่มดังนี้⁹ คุณภาพระดับ A (ดีมาก): มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบรอบด้านครอบคลุม และมีประสิทธิภาพสูง (8-10 คะแนน) คุณภาพระดับ B (ดี): มีการดำเนินการและจัดการอย่างเป็นระบบ

มีการทำงานเป็นทีมและมีการบริการที่เชื่อมโยงประสานดี (5-7 คะแนน) คุณภาพระดับ C (พอใช้): มีการดำเนินการเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอหรือบริการแบบตั้งรับ มีการให้การสนับสนุนอยู่ในขั้นพื้นฐาน (2-4 คะแนน) คุณภาพระดับ D (ต้องปรับปรุง): มีการดำเนินการหรือการสนับสนุนน้อยมากถึงไม่มีเลย (1 คะแนน) 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ถูกพัฒนาจากแบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยปรับเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความแปรปรวนของคะแนนมาก รวมถึงหาความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับช่องว่างในการให้บริการและระบบสนับสนุนแบบสัมภาษณ์นี้ถูกทดลองใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างเดียวกันหลังจากตอบแบบประเมินเชิงปริมาณก่อนนำไปปรับปรุงและใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป 3) แบบประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับหัตถการรอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ และตอนที่ 3 การดูแลโรคเรื้อรัง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบประเมินกระบวนการจัดบริการปฐมภูมิ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ((Index of item Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ซึ่งมีค่า IOC 0.50 ขึ้นไปแสดงถึงเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา¹⁰ และผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.80 ซึ่งมากกว่า 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ชุดโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เลขที่ COA. MURA 2019/1018

ผลการวิจัย (Results)

1. ประเมินกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของทีมบุคลากรสาธารณสุข

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง บุคลากรที่ให้ข้อมูลจำนวน 60 คน ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศ 40.00 รองลงมา รพ.สต.กลุ่ม PCC ในโครงการวิจัย ร้อยละ 36.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.67 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 55.00 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.33 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.66 ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว 1-2 ปี ร้อยละ 83.33 บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเป็นผู้ให้บริการร้อยละ 75.00

1.2 ประเมินกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กร

ในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามลักษณะหน่วยบริการ คะแนนเฉลี่ยกระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง PCC ในโครงการวิจัยสูงกว่า PCC นอกโครงการวิจัย ดังนี้ กระบวนการจัดบริการ: PCC ในโครงการวิจัย มีผลการประเมินอยู่ในระดับ B (ดี) ในทุกด้าน แสดงถึงระบบการจัดการที่ดีและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสูง ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว (ค่าเฉลี่ย= 6.72, SD=1.18) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน (ค่าเฉลี่ย= 5.88, SD=1.92) สำหรับ PCC นอกโครงการวิจัย มีผลการประเมินอยู่ในระดับ B (ดี) เช่นกัน แต่ค่าเฉลี่ยโดยรวมต่ำกว่า PCC ในโครงการวิจัยเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การจัดทำระบบข้อมูลการ

ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย= 6.59, SD=1.37) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (ค่าเฉลี่ย= 4.30, SD=1.94)

ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการ: ทั้ง PCC ในโครงการวิจัย และ PCC นอกโครงการวิจัย มีผลการประเมินในระดับ B (ดี) เกือบทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดในทั้งสองกลุ่มคือด้านความเชื่อมั่นของ ทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงาน PCC ในโครงการวิจัย ค่าเฉลี่ย=7.22 (SD=1.06) และ PCC นอกโครงการวิจัย ค่าเฉลี่ย=7.16 (SD=1.83) สำหรับค่าเฉลี่ยต่ำสุดใน PCC ในโครงการวิจัย คือ ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD (ค่าเฉลี่ย=5.95, SD=1.55) และใน PCC นอกโครงการวิจัย คือ การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครอบครัวองค์ประกอบ (ค่าเฉลี่ย=5.95, SD=1.98) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (n=60)

กระบวนการจัดบริการและระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	PCC ในโครงการวิจัย		PCC นอกโครงการวิจัย	
	Mean	แปลผล	Mean	แปลผล
	(SD)		(SD)	
กระบวนการจัดบริการ				
1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัวหรือหมอครอบครัว	6.72 (1.18)	B (ดี)	5.58 (2.43)	B (ดี)
2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม	6.46 (1.67)	B (ดี)	5.33 (1.50)	B (ดี)

กระบวนการจัดการบริการและระบบสนับสนุนขององค์กร ในการจัดการบริการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	PCC ใน		PCC นอก	
	โครงการวิจัยฯ		โครงการวิจัยฯ	
	Mean (SD)	แปล ผล	Mean (SD)	แปลผล
3) การจัดทำระบบข้อมูลการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	6.66 (2.38)	B (ดี)	6.59 (1.37)	B (ดี)
4) ระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วยNCD	5.93 (1.37)	B (ดี)	4.30 (1.94)	C (พอใช้)
5) ความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมประสาน	5.88 (1.92)	B (ดี)	5.50 (2.32)	B (ดี)
ระบบสนับสนุนขององค์กรในการจัดการบริการ				
1) ทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพของรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย NCD	5.95 (1.55)	B (ดี)	6.50 (1.97)	B (ดี)
2) มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	6.18 (1.18)	B (ดี)	6.00 (2.00)	B (ดี)
3) การทำความเข้าใจต่อหลักการจัดการบริการครบห้าองค์ประกอบ	6.50 (2.34)	B (ดี)	5.95 (1.98)	B (ดี)
4) ความเชื่อมั่นของทีมต่อการมีอิสระที่จะจัดสรรเวลาทำงานให้ผู้ป่วยตามที่ตนเห็นว่าจำเป็น	7.22 (1.06)	B (ดี)	7.16 (1.83)	B (ดี)

2. ประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อกระบวนการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เป็นผู้ป่วย จาก PCC ศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองลำนารายณ์ (PCC ในโครงการฯ) ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.50 จบประถมศึกษา

ร้อยละ 69.50 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.00 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.50

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับหมอครอบครัวPCC ในโครงการวิจัยฯ ทราบเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และทราบชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว ร้อยละ 92.00, 97.00 และ 98.00 ตามลำดับ ช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัวโดยมีเบอร์โทรศัพท์ ร้อยละ 52.00 ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้ง ร้อยละ 75.00 คนแรกที่จะขอความช่วยเหลือ

เมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพหรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพ คือ หมอครอบครัว ร้อยละ 69.00 สำหรับ PCC นอกโครงการวิจัยฯ ทราบเรื่องหมอครอบครัว ทราบชื่อแพทย์ประจำครอบครัว และ ทราบชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นหมอครอบครัว ร้อยละ 52.00, 38.00 และ 43.00 ตามลำดับ ช่องทางการติดต่อกับหมอครอบครัวโดยมีเบอร์โทรศัพท์ ร้อยละ 25.00 ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมทุกครั้ง ร้อยละ 67.00 คนแรกที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

หรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพ คือ หมอครอบครัว ร้อยละ 51.00

1.3 การดูแลโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การดูแลโรคเรื้อรังพบว่า PCC ในโครงการวิจัยฯ มีผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังในมิติต่าง ๆ ดีกว่า PCC นอกโครงการวิจัยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน ผลการรักษา และความพึงพอใจ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านปัจจัยสุขภาพ พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดูแลโรคเรื้อรัง (รายด้าน) (n=200)

มิติด้านการดูแลโรคเรื้อรัง	PCC ในโครงการวิจัยฯ		PCC นอกโครงการวิจัยฯ		Mean Difference (95%CI)	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านปัจจัยสุขภาพ	4.50	0.62	4.32	0.96	0.18 (-0.04 to .041)	0.111
2. ด้านแผนการรักษา	4.76	0.42	4.12	0.92	0.64 (0.43 to 0.84)	<0.001
3. ด้านเป้าหมายการรักษา	4.52	0.61	4.14	0.85	0.38 (0.17 to 0.58)	<0.001
4. ด้านการปฏิบัติตน	4.63	0.52	4.19	0.98	0.44 (0.22 to 0.65)	<0.001
5. ด้านผลของการรักษา	4.49	0.57	3.69	0.96	0.80 (0.57 to 1.02)	<0.001
6. ด้านความพึงพอใจ	4.97	0.17	4.76	0.66	0.21 (0.07 to 0.34)	0.002

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอชัยบาดาลพบว่า ผู้ป่วยรู้จักและสามารถติดต่อแพทย์ครอบครัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระบวนการ

ดูแลผู้ป่วย NCD ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรองโดย อสม. และ รพ.สต. การดูแลผ่านคลินิก NCD และการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว รวมถึงการใช้ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่องระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ (Continuity of Care; Thai COC) ในการส่งต่อข้อมูลและประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน พร้อมการติดตามผลผ่านระบบ HDC (Health Data Center) อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือการสื่อสารและเชื่อมประสานยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย และระบบข้อมูลยังไม่ทันสมัย ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. กระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ พบว่า PCC ในโครงการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงในหลายด้าน เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและแพทย์ครอบครัว การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการดำเนินโครงการวิจัยช่วยพัฒนากระบวนการจัดบริการได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโครงการวิจัยมักมีการวางแผนและติดตามอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาสะท้อนถึงระดับคุณภาพการจัดบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B ซึ่งถือว่าดีสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Loewenson R, Simpson(2017)¹² ที่กล่าวว่าคุณภาพ

การจัดบริการอยู่ในระดับดีส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผน และการให้บริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Starfield et al. (2005)¹³ ที่พบว่าการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างให้พัฒนาต่อไปได้ โดยเฉพาะในด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลที่ยังมีสัดส่วนระดับ C อยู่มาก โดยเฉพาะด้านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Bodenheimer et al. (2014)¹⁴ ที่ระบุว่า การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นความท้าทายสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 2. การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า PCC ในโครงการวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้เรื่องหมอครอบครัว และทราบช่องทางติดต่อ แสดงว่าการสื่อสารเรื่องระบบหมอครอบครัวค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีการประชาสัมพันธ์และสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโครงการวิจัย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.97 (SD=0.17) สะท้อนว่าการจัดบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในระบบหมอครอบครัวแบบบูรณาการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ

Bodenheimer et al. (2002)¹⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่าการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น และผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shi et al. (2013)¹⁶ ที่พบว่าระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูง อย่างไรก็ตาม คะแนนด้านผลของการรักษาต่ำที่สุด แสดงว่ายังมีโอกาสในการพัฒนาประสิทธิผลของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้คะแนนด้านผลของการรักษาที่ต่ำกว่าด้านอื่นๆ อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพต้องใช้เวลาและขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kringos et al. (2010)¹⁷ ที่ระบุว่า การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิเป็นความท้าทายและต้องใช้เวลาในการเห็นผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยขยายผลทุกหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้ 1. เพิ่มช่องทางการติดต่อและการเข้าถึงบริการ ระหว่างผู้ป่วยกับหมอครอบครัวและประชาสัมพันธ์บทบาทของหมอครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น 2. พัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างสถานพยาบาลและนำระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) มาใช้เพื่อการดูแลที่

รวดเร็ว และลดปัญหาการซ้ำซ้อน

3. พัฒนาการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการกำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย 4. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์การรักษาโดยสร้างเครื่องมือติดตามและประเมินผลลัพธ์การรักษา สะท้อนผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ทีมวิจัยต้องขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. WHO. WHO Global Strategy on people-centred and Integrated health services. Geneva,

- Switzerland. [Internet]. 2015 [cited 2023 May 19]; Available from: [who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/)
2. WHO. Primary health care: A framework for future strategic directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
 3. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(19):2469-75.
 4. สัมฤทธิ์ ศรีอำรวงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563.
 5. WHO. Integrated people-centred health services: An overview of the evidence. Geneva, Switzerland. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 19]; Available from: <https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/en/>
 6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001; 20(6): 64-78.
 7. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1995. p. 177-178.
 8. พัทยา ศรีเมือง, ฐิติกานต์ เอกทัตร์, จริญญา ยมศรีเคน, วรณศรี แวงงาม. การประเมินรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2564; 15(2): 136-154.
 9. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*. 2002; 37(3):791-820.

10. วงศา เล้าหศิริวงศ์. การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.
11. Tavakol M, Dennick R. Making sense of cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011; 2(1):53-55.
12. Loewenson R, Simpson S. Strengthening integrated care through population-focused primary care services: International experiences outside the United States. Annual Review of Public Health. 2017; 38(1): 413-429.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457-502.
14. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. Annals of Family Medicine. 2014; 12(2):166-171.
15. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. Journal of the American Medical Association. 2002; 288(15):1909-1914.
16. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. Southern Medical Journal. 2003; 96(8):787-795.
17. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Vanderzee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010; 10(65):1-13.

การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สันศนีย์ ดีภัย¹, วรณชนก จันทชุม²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน มีจำนวน 435 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามสมรรถนะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 ผู้วิจัยส่งเอกสารข้อมูลทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน มีการตอบแบบสอบถามคืนกลับมาคิดเป็นร้อยละ 98.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ องค์ประกอบมีตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป มีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไปผลการวิจัยพบว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.41-0.86 อธิบายความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดได้ ร้อยละ 60.05 ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 2) ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19 3) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม 4) ด้านภาวะผู้นำ 5) ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย 6) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศทางการพยาบาล 7) ด้านนโยบายระบบสุขภาพและธุรกิจการตลาด 8) ด้านการสนับสนุนการทำงานเป็นทีมและใฝ่เรียนรู้ 9) ด้านการคิดวิเคราะห์ และการจัดสรรทรัพยากร 10) ด้านการสื่อสารและการประสานงาน 11) ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความสอดคล้องกับบริบทหรือขอบเขตงานในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: องค์ประกอบสมรรถนะ, หัวหน้าหอผู้ป่วย, ศตวรรษที่ 21, โรงพยาบาลตติยภูมิ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author; Dr. Wanchanok Juntachum. Email: wancha_p@kku.ac.th

Received: August 13, 2024; Revised September 13, 2024; Accepted September 13, 2024

A Factor Analysis of Head Ward's Competencies in 21st Century at Tertiary Hospitals in The Northeast of Thailand

Sansanee Deepai¹, Wanchanok Juntachum²

Abstract

This descriptive research aimed to analyze the factors of head ward's competencies of the 21st century among registered nurses with at least 1 year of experience working at tertiary hospitals in the Northeast of Thailand. A multi-stage random sampling method was used to select 435 nurses. The research instrument was the competency assessment questionnaire developed by the researcher and examined for content validity by five experts. The content validity index was 0.88 and the reliability calculated by Cronbach's alpha coefficient was 0.89. The questionnaire was sent to the coordinators by post, and 98.86% were returned. The data were analyzed by exploratory factor analysis for 2 or more factors with the factor loading of 0.3 or more. The research findings revealed that the head ward's competencies of the 21st century among registered nurses working at tertiary hospitals in the Northeast of Thailand consisted of 11 factors with the factor loading of 0.41-0.86, explaining 60.05% of the variance of all variables, including 1) nursing quality management and development, 2) management of COVID-19 pandemic, 3) professional ethics and morality, 4) leadership, 5) risk and safety management, 6) nursing technology and information, 7) health system policy and marketing business, 8) support for teamwork and motivation, 9) analytical thinking and resource allocation, 10) communication and coordination, and 11) participation in policy making. This information can be used as an indicator for developing a scale to assess the head ward's competencies of the 21st century at tertiary hospitals consistent with or similar to the context or scope of this work.

Keywords: Competency factors, head ward, 21st century, tertiary hospital

¹Registered nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

²Corresponding Author, Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ (Introduction)

โลกในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงและเป็นยุคสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยมุ่งสู่การพัฒนาศักยภาพทั้งด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคนในประเทศให้มีศักยภาพเพียงพอแก่การดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ¹ ดังนั้น องค์กรต่าง ๆ จึงต้องมีการปรับตัวเข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ เพื่อให้สามารถแข่งขันและอยู่รอด โดยมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้แนวคิดของสมรรถนะเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน เตรียมพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร² สอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการเสริมสร้างศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์ ที่มุ่งให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพในทุกสาขาอาชีพ ให้มีความพร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21³

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นในองค์กรพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่ในการกำกับดูแล จูงใจ และชี้แนะการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดและสั่งการโดยตรงกับผู้ปฏิบัติงานและรับรู้ความเป็นไปของปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และจำเป็นต้องมีความสามารถด้านเทคนิคการทำงานมากที่สุด เพราะต้องสัมผัสใกล้ชิดกับจุดที่ปฏิบัติงาน และเป็นหัวใจหลักในการ

บริหารคุณภาพในหน่วยงาน ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีหน้าที่ในการขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยหลักการสำคัญต้องมีคุณลักษณะของผู้นำที่จะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ดังนั้น พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในทุกมิติ ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ⁴

โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงหรือศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง (Excellent Center) และเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ที่มีขอบเขตรับผู้ป่วยที่มีการรุนแรงและซับซ้อนในเขตสุขภาพที่ 7 การแข่งขันในระบบสุขภาพ การก้าวสู่องค์กรสมรรถนะสูง ได้มีการกำหนดนโยบาย เพื่อรองรับการประเมิน Advance Hospital Accreditation และการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล Nursing Quality Assessment: NQA มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน จากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน พบว่า สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมใน

การจัดการหอผู้ป่วย ทั้งการเตรียมสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่อยู่ในหอผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ และการเตรียมอัตรากำลัง

2) การบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน

3) การเตรียมความพร้อมในการมุ่งสู่องค์กรสมรรถนะสูง ต้องมีการเตรียมหอผู้ป่วยในการตรวจเยี่ยมทั้ง NQA และ Advance HA

4) การนิเทศงานภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่บุคลากรใส่ใจในการทำงานที่แตกต่างกัน

5) การก้าวสู่สังคมดิจิทัลที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในการทำงานเปลี่ยนแปลงไป เช่น จากการระบาดของโควิด-19 ทำให้ทำงานที่ต้องเสี่ยงกับการระบาด ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมและเพียงพอกับสถานการณ์ในศตวรรษที่ 21 ที่เปลี่ยนแปลงไป จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมในอดีตที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิมาแล้วบ้าง แต่เป็นเพียงระดับจังหวัด และเป็นการศึกษาที่ผ่านมานานแล้ว โดยพบว่าองค์ประกอบสมรรถนะหลักที่ได้ อาจยังไม่สอดคล้องกับยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีความซับซ้อน ทั้งการเกิดโรคระบาดโควิด-19 การเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคต การก้าวล้ำทางด้านเทคโนโลยี และการก้าวสู่องค์กรสมรรถนะสูง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ จึงเห็น

ความสำคัญในการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญ และเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพและศักยภาพในการบริหารทางการแพทย์ ให้บรรลุตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้ง นำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนในการเตรียมความพร้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้มีสมรรถนะรายด้านที่พึงประสงค์ต่อไป

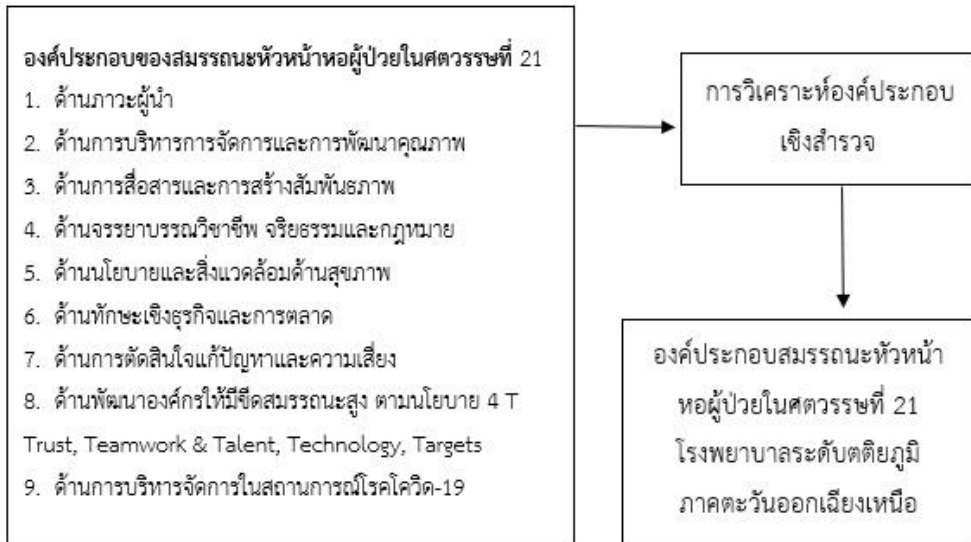
วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรมสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้ง 9 ด้านคือ

- 1) ด้านภาวะผู้นำ
- 2) ด้านการบริหารการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ
- 3) ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
- 4) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย
- 5) ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ⁴
- 6) ด้านสมรรถนะด้านทักษะเชิงธุรกิจและการตลาด⁵
- 7) ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาและความเสี่ยง⁵
- 8) ด้านพัฒนาองค์กร

ให้มีขีดสมรรถนะสูง ตามนโยบาย 4 T⁶ 9)
 ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19⁷
 โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ครั้งนี้ กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี ใน โรงพยาบาล ระดับ ตติย ภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มประชากรทั้งสิ้น 9,582 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ได้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ 10 เท่าของข้อคำถาม⁸ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มี 40 ข้อคำถาม จึงคำนวณได้ 400 ราย และเพิ่มจำนวน

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา⁹ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 440 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วย โดยแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนนจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามแบบปลายปิดมีจำนวนทั้งหมด

40 ข้อ 9 ด้าน การแปรผลค่าเฉลี่ยในการให้
ความหมายคะแนนเฉลี่ยความสำคัญดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
4.50-5.00	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าตัวแปรนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50-4.49	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าตัวแปรนั้นอยู่ในระดับมาก
2.50-3.49	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าตัวแปรนั้นอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าตัวแปรนั้นอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49	กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าตัวแปรนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งมากกว่า 0.80 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่างทุกคน และให้ส่งคืนแบบสอบถามโดยการหย่อนกล่องที่ผู้ประสานงานวิจัยแต่ละโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ แล้วรวบรวมส่งคืนผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่งไปจำนวน 440 ฉบับ ได้แบบสอบถามกลับคืน 435 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (หมายเลขสำคัญโครงการ HE662229 ลงวันที่ 24 ตุลาคม

2566) และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ในโรงพยาบาล ทั้ง 5 แห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. วิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพิจารณาสถิติที่ใช้บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ค่า KMO ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 ค่า Barlett's test sphericity สถิติตัวประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก แล้วหมุนแกนแบบมุมฉาก ด้วยวิธีแวนเดอร์วาลส์ โดยพิจารณาจำนวนองค์ประกอบที่ได้ ดังนี้ 1) ค่าไอเกน มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และ 2) ข้อคำถามที่อธิบายแต่ละองค์ประกอบมีตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป¹⁰และกำหนดชื่อองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้า

หอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามคุณลักษณะของตัวแปรหรือข้อบ่งชี้ที่พบ

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.8 ค่าเฉลี่ยอายุ 31 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 97.5 พบว่าค่าเฉลี่ยของประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย คือ 6 ปี 1.2 พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรมีสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ศตวรรษที่ 21 ในองค์ประกอบทั้ง 9 ด้าน โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการ

สื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 2) สมรรถนะด้านการบริหารการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) สมรรถนะด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อม 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ 5) สมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย 6) สมรรถนะด้านทักษะเชิงธุรกิจและการตลาด 7) สมรรถนะด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาและความเสี่ยง 8) สมรรถนะด้านพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง ตามนโยบาย 4T และ 9) ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยสองด้านแรกเป็นสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความสำคัญในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยอีก 7 ด้านที่มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญขององค์ประกอบสมรรถนะ

หัวหน้าหอผู้ป่วย ในศตวรรษที่ 21 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=435)

	รายการสมรรถนะ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสำคัญ
1	ด้านภาวะผู้นำ	4.49	0.65	มาก
2	ด้านการบริหารการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	4.53	0.61	มากที่สุด
3	ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	4.54	0.59	มากที่สุด
4	ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย	4.45	0.61	มาก
5	ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	4.49	0.56	มาก
6	ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาและความเสี่ยง	4.39	0.62	มาก
7	ด้านทักษะเชิงธุรกิจและการตลาด	4.33	0.64	มาก
8	ด้านพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง ตามนโยบาย 4T (Trust, Teamwork & Talent, Technology, Targets)	4.32	0.64	มาก
9	ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โรคโควิด-19	4.14	0.73	มาก

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย มีดังนี้

2.1 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) เกี่ยวกับการแจกแจงปกติของประชากร ผลการวิเคราะห์พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ

2.2 ขั้นตอนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการคำนวณเมตริกสหสัมพันธ์ของตัวแปรพิจารณาสถิติที่ใช้บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ค่า KMO = 0.88 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 ค่า Bartlett's test sphericity ($\chi^2 = 6257.70$ df=780 p-value = .000) และค่า communality ของตัวแปรอยู่ระหว่าง 0.41-0.86 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน

เพียงพอที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ¹⁰

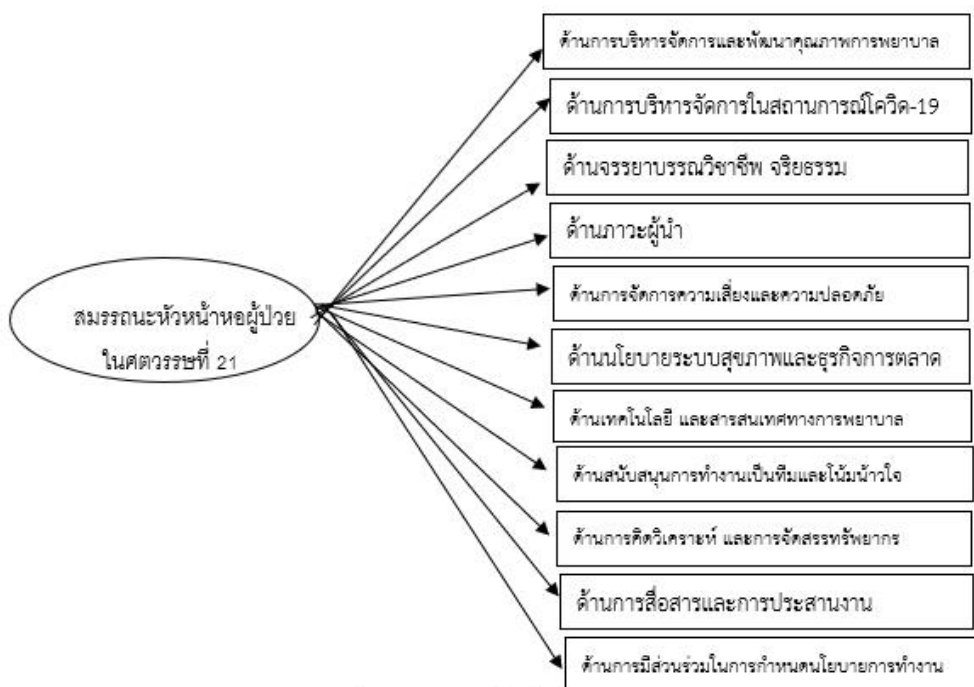
2.3 จากการสกัดและหมุนแกนองค์ประกอบโดยพิจารณาองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 นำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบไปแปลผล จากเดิมผู้วิจัยกำหนดเป็น 9 ด้าน โดยบูรณาการจากแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อยืนยันข้อมูลซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เก็บรวบรวมมา ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ มีน้ำหนักขององค์ประกอบ เท่ากับ 0.41-0.86 ค่าความแปรปรวน (ค่าไอเกน) อยู่ระหว่าง 1.03-9.44 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดได้ร้อยละ 60.05 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสมรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าไอเกน (Eigen values) ร้อยละสะสมของความแปรปรวน ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=435)

องค์ประกอบ	ชื่อองค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	ร้อยละสะสมความแปรปรวน
1	ด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	9.44	0.33-6.48	23.60
2	ด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19	3.14	0.35-0.78	31.46
3	ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม	1.68	0.32-0.71	35.68
4	ด้านภาวะผู้นำ	1.45	0.61-0.85	39.33
5	ด้านการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย	1.40	0.30-0.69	42.85
6	ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศทางการพยาบาล	1.30	0.31-0.81	46.11

7	ด้านนโยบายระบบสุขภาพและธุรกิจการตลาด	1.21	0.30-0.80	49.13
8	ด้านสนับสนุนการทำงานเป็นทีมและโน้มน้าวใจ	1.14	0.33-0.87	52.00
9	ด้านการคิดวิเคราะห์ และการจัดสรรทรัพยากร	1.12	0.31-0.87	54.81
10	ด้านการสื่อสารและการประสานงาน	1.06	0.31-0.58	57.46
11	ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน	1.03	0.30-0.79	60.05

เพื่อให้เห็นภาพความการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. ระดับความสำคัญของตัวแปร

3 อันดับแรกระดับมากที่สุด คือ สมรรถนะด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ แสดงให้เห็นว่าในศตวรรษที่ 21 การสื่อสารมีความจำเป็นพื้นฐานในระบบสุขภาพ หลักการสื่อสารเพื่อประสานความร่วมมือและทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ ต้องมีการสื่อสารวิสัยทัศน์ นโยบาย ค่านิยมขององค์กรลงสู่การปฏิบัติที่หน้างานเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาพร้อมที่จะร่วมมือร่วมใจปฏิบัติตาม ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการสื่อสารได้ครบถ้วนชัดเจน กระชับเหมาะกับกาลเทศะ สามารถประสานความร่วมมือในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

2. องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21

พบว่าได้ 11 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.41-0.86 ค่า ค่าไอเกน อยู่ระหว่าง 1.03-9.44 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรทั้งหมด ได้ร้อยละ 60.05 อยู่ในระดับที่เหมาะสม

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ 1) สามารถส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ 2) มีการพัฒนาปรับปรุงด้านการบริการพยาบาล พัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

3) สามารถนิเทศงานทางการพยาบาล
4) สามารถจัดการความรู้และนวัตกรรม
5) เปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็น และใช้ศักยภาพในการทำงานได้อย่างเต็มที่ที่มีทักษะในการสื่อสารเชิงวิชาชีพ 6) สามารถให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางการพยาบาล แก่ผู้รับบริการ และ สมาชิกในทีมได้
7) มีความสามารถในการเจรจาต่อรองและบริหารความขัดแย้งได้ ทั้งนี้เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 การบริหารจัดการที่มีคุณภาพและมาตรฐานจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับองค์กร เกิดการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย เห็นว่าในบทบาทและหน้าที่ของผู้บริหารจัดการเป็นหลักสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้บังคับบัญชาก้าวไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้¹¹ องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความสามารถในการกำหนดติดตาม กำกับ ควบคุม เน้นความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 2) สามารถบริหารจัดการ ควบคุมและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ 3) มีความสามารถในการซ่อมแผนเผชิญเหตุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 4) ความสามารถในการ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน อย่างปลอดภัย และมีความสุข

5) ความสามารถในการเตรียมความพร้อมวางแผนการเตรียมคู่มือ/แนวทางการพยาบาลได้ ทั้งนี้เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 เป็นความท้าทายของระบบสุขภาพที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงและความหลากหลายจากการระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมาส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้ตื่นตัวเน้นในห้องศรด้านสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยในทุกมิติทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ¹² องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรม จำนวน 4 ตัวแปรได้แก่ 1) สามารถวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล ตัดสินใจเชิงจริยธรรม 2) แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของตน และส่งเสริมให้ผู้ให้บริการได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตน ตระหนักในคุณค่า ความเชื่อและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3) สามารถดำเนินการตามทิศทางและนโยบายเพื่อการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 มีการประยุกต์ใช้หลักคุณธรรมจริยธรรม การเคารพในคุณค่า ความเชื่อและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับแนวคิดสภากา

พยาบาลว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้หลักคุณธรรม ตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติและบริหารการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้คนในองค์กรอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข⁴ องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ จำนวน 3 ตัวแปร 1) มีความกล้าแสดงออก และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) สามารถบริหารจัดการ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานโดยใช้องค์ความรู้ ทักษะและวิธีการจัดการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ 3) มีความกล้าตัดสินใจ แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้นำในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นผู้นำภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนตลอดเวลา มีความกล้าเสี่ยงในการตัดสินใจ มีความยืดหยุ่นสูง และต้องเป็นผู้นำที่มีคุณลักษณะการจัดการที่ลุ่มและลึกเร็ว ซึ่งผู้นำและการจัดการทางการพยาบาลยุคใหม่ควรมีคุณสมบัติ 5 มิติ คือ 1) คุณสมบัติทั่วไปประกอบด้วยอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่ง มนุษยสัมพันธ์ 2) ความรู้ 3) ความสามารถในการปฏิบัติงาน 4) ทศนคติของผู้นำทางการพยาบาล 5) ทักษะความเชี่ยวชาญพิเศษ สมารถมีครอบคลุมทุกมิติจะทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งผู้นำต้องมี

แนวคิดในการสร้างนวัตกรรมใหม่¹⁴ องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะด้านการจัดการ ความเสี่ยงและความปลอดภัย จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) สามารถบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ความสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม 3) ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการบริการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีเป็นพื้นฐาน 4) มีการสร้างจุดเด่นของบริการพยาบาล โดยเน้นคุณภาพบริการ 5) มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 การตั้งรับและการเฝ้าระวังความเสี่ยง รวมทั้งการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา จะทำให้สร้างจุดเด่นในการให้บริการ สอดรับกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 3P Safety ซึ่งปัจจุบันประเด็นที่มีการร้องเรียนผ่านสื่อโซเชียลส่งผลกระทบต่อความศรัทธาและความไว้วางใจในองค์กรนั้น ดังนั้นต้องสร้างวัฒนธรรมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก สอดคล้องกับบทความวิชาการ ที่กล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ชี้แนะผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยง สร้างความตระหนักให้บุคลากร การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพรวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรฐานโดย

เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง¹⁴ องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการพยาบาล จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) สามารถบริหารสารสนเทศเพื่อพัฒนาการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็วและแม่นยำ 3) ความสามารถสร้างความไว้วางใจเชื่อถือกับประชาชน บุคลากรและเครือข่าย ผู้การพัฒนาระบบองค์การให้มีขีดสมรรถนะสูง 4) ความสามารถกำหนดบริหารการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ ทั้งนี้เนื่องจากในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีการก้าวหน้าทางเทคโนโลยีข่าวสาร แบบก้าวกระโดด การปรับเปลี่ยนระบบสารสนเทศการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในการติดตามสุขภาพผู้ป่วยระยะไกล (Telemedicine) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความรู้และความสามารถเพื่อให้การวิเคราะห์และตัดสินใจทางการพยาบาลได้¹³ องค์ประกอบที่ 7 สมรรถนะด้านนโยบายสุขภาพและทักษะเชิงธุรกิจการตลาดทางการพยาบาล

จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) สร้างความเป็นธรรมในการบริการสุขภาพ มีส่วนร่วมให้เกิดนโยบายทางสุขภาพที่มีความเป็นธรรม ความเท่าเทียม 2) สามารถสร้างความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดูแลผู้ป่วยระบบบริการสุขภาพได้ 3) มีความรู้และเข้าใจแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมที่มุ่งความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4) สามารถวางแผนในเชิงธุรกิจ โดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์สุขภาพประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการในหน่วยงานได้ ทั้งนี้เนื่องจากในยุคศตวรรษที่ 21 และพัฒนาการบริหารงานของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการภาครัฐให้มีความทันสมัย มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับสิ่งแวดล้อมให้เทียบเท่าเอกชน เช่น การเปิดศูนย์กลางการแพทย์ชั้นเลิศ คลินิก Special Medical Center เพื่อตอบสนองกับผู้ใช้บริการตามเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เน้นประโยชน์สูงสุดกับผู้ให้บริการ สนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ ของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน³ องค์ประกอบที่ 8-11 เป็นองค์ประกอบที่มีด้านละ 2 ตัวแปร ดังนี้ องค์ประกอบที่ 8 สมรรถนะด้านสนับสนุนการทำงานเป็นทีมและการโน้มน้าวใจ ได้แก่ 1) สามารถทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคน

เก่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี 2) สามารถโน้มน้าวจิตใจบุคลากรในทีมและขอความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย องค์ประกอบที่ 9 สมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์และการจัดสรรทรัพยากร ได้แก่ 1) มีการคิดวิเคราะห์ คิดรวบยอดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ มีการทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย 2) สามารถจัดการทรัพยากรได้ จะทำให้การทำงานประสบผลสำเร็จได้ยิ่งขึ้น องค์ประกอบที่ 10 สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงานจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) มีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและบุคคลที่เกี่ยวข้องตามแนวปฏิบัติในองค์กรได้อย่างเหมาะสม 2) มีการใช้เทคนิคการสื่อสารในการประสานงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ และองค์ประกอบที่ 11 สมรรถนะด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน ได้แก่ 1) ความสามารถสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผนและร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติงาน 2) ความสามารถในการเตรียมความพร้อมในการจัดสรรอัตรากำลังได้ ทั้งนี้ในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่ให้ความสำคัญในการทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมประสานกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

บุคลากรต้องมีการทำงานเป็นมืออาชีพ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความสามารถทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์การทำงานเป็นทีม ความอ่อนไหวทางศีลธรรมและความผิดพลาดในการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการทำงานเป็นทีมในระดับที่สูงมีความสัมพันธ์กับความอ่อนไหวทางศีลธรรมที่เพิ่มขึ้น และลดการเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้สูงมากเช่นกัน¹⁵ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันการคิดวิเคราะห์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพพยาบาล การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการทำงานของพยาบาล การคิดวิเคราะห์ คิตรบยอดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะในการคิดวิเคราะห์และการจัดสรรทรัพยากร การตัดสินใจที่มีเหตุผล การคิดวิเคราะห์และจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมีการปรับปรุงกระบวนการตามผลลัพธ์ที่ได้รับในการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดีจะเกิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจในงาน¹³ การสื่อสารและการประสานงานเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย และการประสานงาน

ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ การสื่อสารที่ดีครบถ้วน ชัดเจน และเหมาะสมกับกาลเทศะ จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมได้ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเด็นปัญหาในการเกิดข้อร้องเรียนอาจมาด้วยเรื่องการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าผลกระทบที่พบบ่อยของการสื่อสารของพยาบาล การขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดการฟ้องร้อง/ร้องเรียนเกิดบรรยากาศการทำงานที่ตึงเครียด¹⁵ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า ผู้บริหารต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ ในการติดต่อสื่อสาร และใช้เทคโนโลยี มีข้อมูลที่ต้องนำเสนอ เชื่อถือ จะทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาให้ความสำคัญและพร้อมที่จะร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติตาม¹⁷ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน จะเกิดการทำงานที่พร้อมร่วมมือร่วมใจ มีความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และทำให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานออกมาดีสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงาน ถ้าขาดความร่วมมือร่วมใจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ลดลง ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนด

นโยบาย การจัดให้บุคลากรทุกระดับมีการกำหนด วิสัยทัศน์ ค่านิยมขององค์กร ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติที่หน้างาน^{5,10,13}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย

ไปใช้ 1. สามารถนำองค์ประกอบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ในศตวรรษที่ 21 ภายใต้อิทธิพลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลอื่นที่มีโครงสร้างและขอบเขตของงานที่รับผิดชอบคล้ายคลึงกัน 2 . สามารถนำองค์ประกอบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดอบรม เพื่อให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ 3. สามารถนำองค์ประกอบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการคัดเลือกและพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับก่อนขึ้นสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้บริหารทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้ง

ต่อไป 1. สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป แต่ในองค์ประกอบที่ 8 ถึงองค์ประกอบที่ 11 ต้องมีการพัฒนาข้อคำถามให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากกว่านี้ 2. ควรทำการต่อยอดการประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ถึงขั้นวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กิตติกรรมประกาศ คณะผู้วิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสานงานและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุนันทา เลหาพันธ์. การพัฒนาองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ดี ดี บุ๊คส์ไตร์; 2556.
2. Drucker PF. Managing in the next society. New York: St. Martin's Griffin; 2003.
3. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/09/policy65.pdf>.
4. สภาการพยาบาล. ประกาศของสภาการพยาบาลเรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2556.
5. ธนตพร อ่อนชื่นชม. การศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาองค์กร สมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T. กรุงเทพฯ; 2566.
7. อีรพร สติรังกูร, คณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(2): 153-165.
8. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
9. วรณชนก จันทุม. การวิจัยทางการพยาบาล การเลือกตัวอย่างและกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. Moghaddam NM, Jame SZ, Rafiei S, Sarem A, Ghamchili A, Shafii M. Managerial competencies of head nurse: a model and assessment tool. 2018.
12. สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์, คณะ. ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย: ก้าวใหม่ที่ท้าทายของผู้นำทางการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 2564; 15(3): 121-134.
13. อมรทิพย์ อังกูรภัครวัฒน์, พัชรภรณ์ อารีย์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565; 30(1): 114-125.
14. พิชชา คนกาญจน์. ผู้นำและการจัดการทางการพยาบาลยุคใหม่. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2564; 30(1): 1-12.
15. Monir Nobahar, Ameri M, Goli S. The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. BMC Nursing. 2023; 22(1):241-248.
16. เปรมฤดี ศรีวิชัย, กันติยา ลิ้มประเสริฐ. พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(1):137-148.
17. จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน. การพัฒนาระบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารเกื้อการณย์. 2560; 24(2): 98-112.

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

จุฬารัตน์ ขยันควร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi - experimental research pre-posttest design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นจำนวน 50 ราย เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการป้องกันโรคพบว่า การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุนี้นำไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองนาคำ

Corresponding Author; Jurarat Khayankuan, Email: juraza2528@gmail.com

Received: August 5, 2024; Revised September 20, 2024; Accepted September 21, 2024

Effectiveness of the Empowerment Program of Health Belief Model and Stroke Prevention Behavior Among Elderly Nong Na Kham Hospital Nong Na Kham District Khon Kaen Province

Jurarat Khayankuan

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the empowerment program of health belief model and stroke prevention behavior among the elderly Nong Na Kham Hospital, Nong Na Kham District, Khon Kaen Province. The sample group was elderly in Nong Na Kham District, Khon Kaen Province, the number of 50 cases were selected by simple random sampling. Data collection tools included questionnaire on health belief model among the elderly and stroke prevention behavior. Data were analyzed using paired sample t-test. The study found that after the experimental intervention, there was a non-significant in perceived susceptibility and perceived benefits ($p < 0.05$), there was a significant in perceived severity ($p < 0.05$), there was a non-significant in stroke prevention behavior food consumption behavior, stress management, smoking and drinking behavior ($p < 0.05$), there was a significant exercise behaviors ($p < 0.05$). This Effectiveness of the empowerment program of health belief model and stroke prevention behavior should be promoted perceived severity and exercise behaviors for stroke prevention among the elderly.

Keywords: Empowerment, Stroke, Elderly

¹ Registered Nurse, Professional level, Primary Care Unit, Nong Na Kham Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลก¹ ทั่วโลกพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรผู้สูงอายุซึ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้สูงอายุ ด้วยอัตรา 5,096 ต่อ 100,000 ประชากรโลก ความชุกที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิตส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม และทำให้คุณภาพชีวิตลดลงรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น² โดยมีผลกระทบทำให้ความสามารถในการหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง และยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคนี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่อย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบสูงถึงร้อยละ 78

สถิติโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง ปี พ.ศ.2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทั่วประเทศ จำนวน 922,329 1,025,439 และ 1,189,278 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 680,370 762,669 และ 890,512 ราย คิดเป็นร้อยละ 73, 74 และ 75 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดขอนแก่นพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 38,779 42,978 และ 45,292 เป็นผู้สูงอายุจำนวน 29,045 32,425 และ 34,466 ราย คิดเป็นร้อยละ 74, 75 และ 80 จากสถิติดังกล่าว เห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด และไม่มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองนั้นสามารถป้องกันได้หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดการรับประทานอาหารเค็ม หวาน มัน เพิ่มผักผลไม้ งดสูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปี⁴

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่มีการใช้มากขึ้นและได้รับการยอมรับในความคุ้มค่าและ คุ้มค่าในการดูแลสุขภาพ⁵ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความสามารถให้แก่บุคคล พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ และเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับบุคคลและชุมชน อย่างไรก็ตาม ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งเป็นความรู้สึกอ่อนล้า

ไร้อำนาจ หรือไร้กำลังที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับความอ่อนล้าในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอดไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายจิตใจและสังคม⁴ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจในตอนที่สูงขึ้นไปจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้นอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน⁶ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ⁷ และผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม⁸ เห็นได้ว่า หาก

ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่า หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติของการป้องกันโรคบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม⁹

โรงพยาบาลหนองนาคำ ที่ผ่านมามีการดำเนินการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้สูงอายุโดยเน้นการคัดกรองโรคและเฝ้าระวังติดตามอาการแต่ยังไม่ได้มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น โดยผลของการศึกษาผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

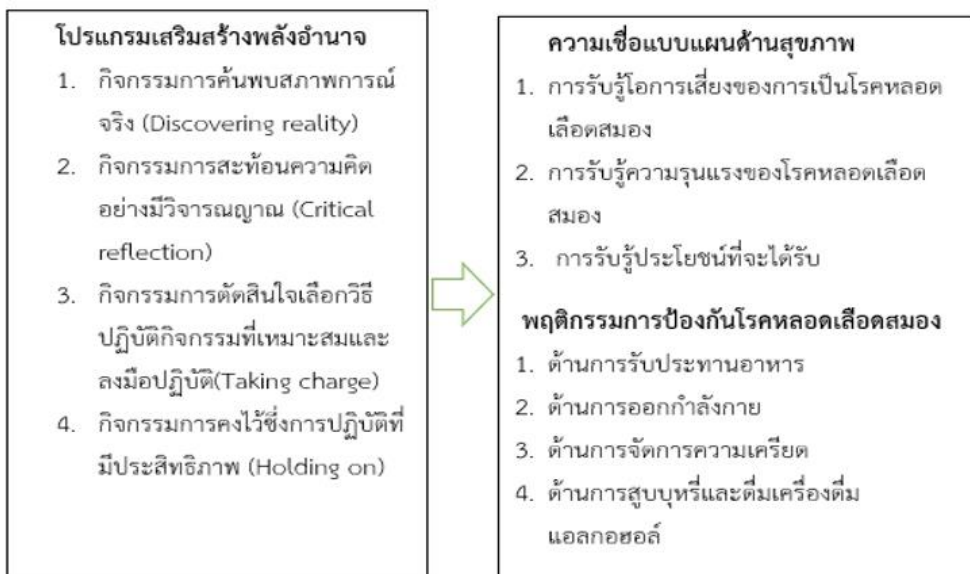
ต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ 1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ที่จะ

ได้รับจากการป้องกันโรค ก่อนและหลังทดลอง 2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยนำ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁰ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock¹¹ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi - experimental research one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ในอำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2567

ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 312 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในอำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2567 ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร¹² ดังนี้

$$n/gr = \frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion criteria มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป ไม่มีโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถสื่อสารได้ตามปกติ มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

Exclusion criteria ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการไม่ครบกระบวนการ และบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส สถิติการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹³ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ตามเกณฑ์ของ Likert scale 5 ระดับจำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยประยุกต์จาก

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹³ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ตามเกณฑ์ของ Likert scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับจำนวน 17 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ ที่พัฒนาจากแนวคิดของ (Gibson, 1995)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในอำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อ กับ คะแนนรวม (Item-total correlation of Cronbach แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย 1. ขั้นเตรียมการ ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัด ขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และ ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล 2. ขั้นตอนการ ประกอบด้วยการทดลอง ขณะทำการ ทดลองและหลังการทดลอง 2.1 ก่อนการ ทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด การดำเนินการวิจัยสอบถามความยินยอม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วย แบบ ส อ บ ท ม ค ณ ล ก ษ ณ ะ ท ั่ว ไ ป แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง 2.2 ดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์โดย มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการค้นพบความจริง การฟังและการสนทนา เพื่อสร้าง สัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์ปัญหา ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัว แบบ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทาง อารมณ์ โดยการจัดอบรมในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1) กิจกรรม

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การวางแผน และกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่ เหมาะสม ฐานที่ 2) กิจกรรมการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม ที่เหมาะสมและลงมือ ปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติโดยผ่านฐานการเรียนรู้ การสาธิต ฝึกทักษะการตรวจคัดกรอง เบื้องต้น และการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพ ฐานที่ 3) กิจกรรมกลุ่มพูดชักจูง ชักชวน และ กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นความสำคัญใน การดูแลสุขภาพ แลกเปลี่ยนความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพ เพื่อ สร้างความภูมิใจและเพิ่มทัศนคติในทางที่ดี ของผู้สูงอายุ ฐานที่ 4) กิจกรรมการวาง แผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในชุมชนของตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสะท้อน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกัน สัปดาห์ที่ 2-8 กิจกรรมฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพ และ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการสะท้อนกลับและการประเมินผล สัปดาห์ที่ 10 สรุปการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูล ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การ รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และพฤติกรรม สุขภาพโดยสถิติ Paired t-test, 95%CI mean difference

พิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย REC 040/2566

ผลการวิจัย

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 59 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 69 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 50 คนคิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส สมรส จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 58 มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76 และมีรายได้น้อยกว่า 15,000 จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 66 มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	95%CI of μd	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3.98	0.45	4.35	0.56	-0.71	-0.26-1.34	0.07
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	4.07	0.53	4.43	0.58	-0.65	-0.24-2.67	0.03*
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ	4.09	0.45	4.64	0.77	-0.55	-0.86-1.59	0.16

จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีพฤติกรรมไม่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 93 และมีพฤติกรรมออกกำลังกายจำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 87 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$), และการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$), ดังตารางแสดงที่ 1

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีระดับ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและ หลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญ ทางสถิติ ($p>0.05$) พฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มตัวอย่าง ($n=50$)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	95%CI of μd	P -value
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับประทานอาหาร	3.05	0.70	3.27	0.32	-0.22	-0.55-1.56	0.08
ออกกำลังกาย	3.74	0.44	4.22	0.62	-0.58	-0.34-2.72	0.03*
การจัดการความเครียด	3.48	0.93	4.61	0.44	-0.92	-0.71-1.52	0.11
การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.14	1.11	3.91	0.69	-1.46	-0.45-1.64	0.12

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันเพียงด้านเดียว

นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) พฤติกรรม การจัดการความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองไม่ แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางแสดงที่ 2

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมองในจังหวัดสุโขทัย.¹⁵ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัด สุโขทัย หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง แรงจูงใจในการป้องกันโรคมีค่าคะแนนเฉลี่ย ของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวัง

ในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการ ทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่ ในกระบวนการใช้โปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาล หนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัด ขอนแก่นนั้น ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการ ดำเนินการนานถึง 10 สัปดาห์ตามบริบทการ ให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุคือสัปดาห์ละ 1 ครั้งซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ประกอบกับบุคคลที่มีภาวะสูงอายุนั้นจะเกิด การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ทั้งปฏิกิริยา การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆลดลง ความคิด เชื่องช้า ความกระตือรือร้นน้อยลง โดยเฉพาะ ด้านการรับรู้ นั้น ผู้สูงอายุมักจะยึดติดกับ ความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่ง ใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก¹⁵ โดยบริบทของ ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอหนองนาคำพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลมาโดยมีบุคคลในครอบครัวพา มาหรือบังคับให้มา และมีที่พักอาศัยอยู่ห่าง จากโรงพยาบาลมาก อาจมีความเหนื่อยล้า จากการเดินทาง และสภาพแวดล้อมในพื้นที่ ของโรงพยาบาลอาจไม่เอื้อต่อการจัด กิจกรรมดังกล่าว

ผลการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลัง อำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง พบว่า พฤติกรรม การรับประทาน อาหาร พฤติกรรม การจัดการความเครียด และพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลองไม่ แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรม การออกกำลังกาย โดยกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ บ้านยอง แยกตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา พบว่า มีพฤติกรรมในการออก กกำลังกาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรม การออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าการ ทดลอง¹⁷ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถประเมินความรุนแรงของการเป็นโรค หลอดเลือดสมองของตนเองได้ ส่งผลให้เกิด

การตัดสินใจออกกำลังกาย และการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง มีความตั้งใจที่จะทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับปัญหาของตัวเอง มีความตื่นตัวที่จะเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในสิ่งต่าง ๆ ในตนเอง หลังจากได้รับโปรแกรมนี้

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการศึกษา ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังเสนอการใช้โปรแกรมนี้ต่อไปแต่ควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการจัดกิจกรรมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ลดระยะเวลาของกิจกรรมให้น้อยลง มีการประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นรายบุคคล และอาจจัดกิจกรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัย

อยู่เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [internet]. 2018. cited [2023 December 15]; Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. ศิริรัตน์ ผ่านภพ. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2): 528-539
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center : HDC). 2567.
4. ศิริรักษ์ ปานเกตุ, พรสุข หุ่นรินทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565; 7(7): 132-149

5. พัฒนา เศรษฐกิจครัวเรือน, เสน่ห์ คล้ายบัว, นิคมล หล้ารอด, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย. 2563; 13(2): 86-98
6. วรดา ทองสุก. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2562.
7. ดวงธิดา ไสดาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
8. เอกภพ จันทร์สุคนธ์, อนงค์นาฏ คงประชา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. PSRU Journal of Science and Technology. 1560; 2(1): 24-34
9. ขวนพิศ ศรีไพบูลย์, อธิทิพล ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาถ, อังคณา บุญครอง. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(2): 94-108
10. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. [Thesis]. Boston: Boston College; 1993.
11. Rosenstock M. Historical origins of the health belief model. Health Education, Monographs. 1974; 2: 328-335.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ : การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547; 177-180
13. สายสุณี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

14. จารวี คณิตาภักษณ์, ทศพร คำผลศิริ, ลินจง ไปธิบาล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 2563; 47(1): 222-231
15. รัตนามรณีย์ เอี่ยมพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
16. นุบผา นรสาร, ธนิดา ผาติเสนะ. การพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ บ้านयोगแยง ตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563; 43(1): 54-65
17. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิฎฐ์ จันทขัมมา, มุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2): 528-539

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7

ชนิษฐา ทาพรมมา¹, สมปรารถนา ดาผา²

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลจากพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 173 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85, 0.90 และ 0.92 และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 และ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.39$, $S.D.=0.51$) 2) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน อายุ และการนิเทศทางการพยาบาล ได้ร้อยละ 31.4 ($R^2 = 0.314$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอีกร้อยละ 68.60 เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม และแรงจูงใจ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ, พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding Author; Dr.Somprathana Dapha . Email: somdapa@kku.ac.th

Received: August 18, 2024; Revised September 22, 2024; Accepted September 22, 2024

Factors influencing of professional nurses competencies in emergency department according to the perception of registered nurses in middle level (M2) community hospitals of healthcare region 7

Kanitha Thapromma¹, Sompratthana Dapha²

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine the level of professional nurses in emergency department and the factors influencing these competencies, as perceived by registered nurses in middle level (M2) community hospitals of Health Region 7. Data were collected from 173 registered nurses. The research instrument was a questionnaire assessing factors influencing the competencies of nurses, as perceived by professional nurses in M2 community hospitals, Health Region 7. The questionnaire comprised three sections: personal information, environmental factors, and competencies of professional nurses. Content validity was reviewed by five experts, content validity indices of 0.85, 0.90, and 0.92. Reliability testing showed Cronbach's alpha coefficients of 0.96 and 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the overall competency of professional nurses in middle level (M2) community hospitals, as perceived by registered nurses in these hospitals, was at a high level ($\bar{X}$ = 4.39, S.D.=0.51). Personal factors and environmental factors, including emergency medical policies, management, age, and nursing supervision, significantly predicted the competencies of professional nurses in emergency department as perceived by registered nurses, explaining 31.4% of the variance (R^2 = 0.314) at a significance level of 0.05, that other factors accounting for 68.60% of the variance in emergency nurses' competencies, such as career advancement, teamwork, and motivation, may also influence their performance. Further research is needed to explore these factors in order to utilize the findings for enhancing the effectiveness of professional nurses' competencies.

Keyword: Competency, Professional Nurses in Emergency Department, Middle Level (M2) Community Hospitals.

¹ Registered Nurse, Professional Level, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province

² Corresponding Author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)¹ เพื่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการทางสังคมที่มีคุณภาพ และกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อสอดคล้องกับแผนดังกล่าว โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีคุณภาพ (ER คุณภาพ) มีการขับเคลื่อนโดยการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งมีนโยบายการเตรียมพร้อมการบริการและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ เพิ่มความครอบคลุมทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและการส่งต่อทันเวลา ในส่วนสำนักการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน² ให้เป็นเกณฑ์ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การตรวจและบำบัดรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การตรวจและบำบัดรักษาทางการ

พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) การดูแลต่อเนื่อง 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง 6) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 7) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 8) การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามมาตรฐานดังกล่าว

สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน^{3,4} เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของหน่วยงาน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านแรกที่ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วย ช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินชีวิต และประสานทีมอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ซึ่งสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือสมรรถนะหลัก (Core Competency) และสมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency) ในส่วนสมรรถนะหลักประกอบด้วย 1) การประสานความร่วมมือ 2) การตัดสินใจ 3) ภาวะผู้นำ 4) การแก้ปัญหา 5) การทำงานเป็นทีม และสมรรถนะเฉพาะงาน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการประเมิน 2) สมรรถนะในการช่วยชีวิต 3) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง และ 4) สมรรถนะบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสมรรถนะทั้ง 2 ส่วนจะสอดแทรกในกิจกรรม

ตามมาตรฐานการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนสมรรถนะเฉพาะงานจะสะท้อนให้เห็นถึงการมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะสำหรับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 แห่งหนึ่งเห็นความสำคัญในแผนการพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) แต่ยังพบปัญหาการดำเนินการ ด้านบุคลากร พบปัญหาที่มีสมรรถนะในการให้บริการที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ 1) สมรรถนะการประเมินแรกรับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการดูแลขณะนำส่งไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า 2) สมรรถนะด้านการช่วยชีวิต พบปัญหาขาดทักษะในการให้สารน้ำและให้ยา 50% glucose injection ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 3) สมรรถนะด้านการติดตามเฝ้าระวัง พบว่าขาดทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและการแก้ไขกรณีวิกฤต 4) สมรรถนะด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบปัญหาในการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุไม่ครอบคลุม และไม่เตรียมอุปกรณ์และยาที่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง

พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบุคลากรด่านแรกในระบบบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ขณะนำส่ง การดูแลในห้องฉุกเฉิน และการดูแลขณะส่งต่อในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคามชีวิต

ให้เกิดความปลอดภัย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะที่มีความเฉพาะงาน เพื่อความสามารถในการประเมินได้อย่างถูกต้องแม่นยำและสามารถให้การรักษารวดเร็วในช่วงเวลาชั่วโมงทองของชีวิต เพื่อลดการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁴⁻⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และด้วยโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายที่ไม่ซับซ้อนรุนแรง พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องพัฒนาสมรรถนะให้พร้อมกับการพัฒนาของโรงพยาบาล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากนักวิชาการหลายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการฝึกอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน⁸ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน⁹ การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล¹⁰ และการนิเทศทางการพยาบาล¹¹ ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคัดเลือกตัวแปรดังกล่าวมาศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7

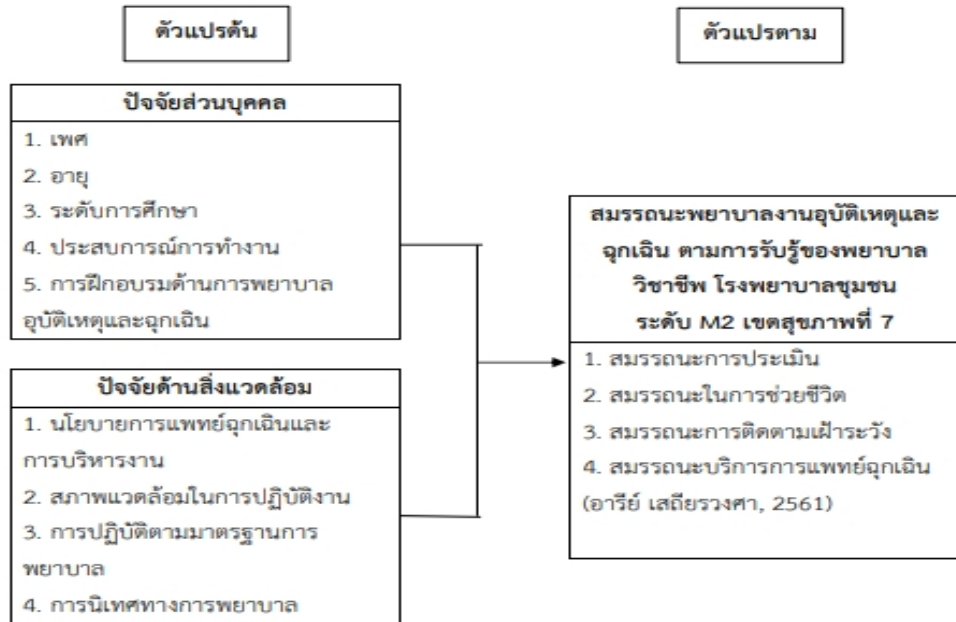
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในด้านสมรรถนะเฉพาะงาน (Technical Knowledge Competency) ของอารีย์

เสถียรวงศ์ (2561) ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการประเมิน 2) สมรรถนะในการช่วยชีวิต 3) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง และ 4) สมรรถนะบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและสรุปเป็นกรอบแนวคิดจากนักวิชาการหลายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการฝึกอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงานตามแนวคิดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁸ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานตามแนวคิดของเพลินตา พิพัฒน์สมบัติ⁹ 3) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลตามแนวคิดของ ศรีवास พิงศรีเพ็ง¹⁰ และ 4) การนิเทศทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Proctor¹¹ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีอายุงานมากกว่า 6 เดือน (ไม่รวมหัวหน้างาน) ทั้งหมด 13 โรงพยาบาล จำนวน 185 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) ของ Thorndike¹² สูตรคำนวณ $n=10K+50$ เมื่อ n

คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ K คือ จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาจำนวน 9 ตัวแปร จึงคำนวณได้ $n=(10 \times 9)+50$ ได้ขนาดตัวอย่าง 140 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน

การฝึกอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน 2) สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน 3) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล และ 4) การนิเทศทางการพยาบาลรวมทั้งหมด 29 ข้อ คำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 = มากที่สุด ระดับ 4 = มาก ระดับ 3 = ปานกลาง ระดับ 2 = น้อย และระดับ 1 = น้อยที่สุด แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร¹³ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสนับสนุนให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดของอารีย์ เสถียรวงศ์⁴ ได้แก่ 1) สมรรถนะการประเมิน 2) สมรรถนะในการช่วยชีวิต 3) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง และ 4) สมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งหมด 31 ข้อ คำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และแปลผลการจัดระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร¹³ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึงพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึงพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึง พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยคำนวณค่า CVI แบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ 0.90 และ 0.92 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3 โรงพยาบาล จำนวน 30 คน วิเคราะห์

หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ดมหาสารคาม และกาฬสินธุ์ และสำเนาส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ทั้ง 13 แห่ง พร้อมแนบโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามตัวอย่างและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งเอกสารทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงานโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่งใช้เวลา 2 สัปดาห์ในการตอบแบบสอบถามและได้รับคืน 119 ฉบับ ผู้วิจัยจึงประสานงานขอความอนุเคราะห์ในการแจ้งและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในการตอบแบบสอบถามและส่งคืนผู้วิจัยอีก 2 สัปดาห์ต่อมา ได้รับแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ จำนวน 173 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.51 เก็บข้อมูลเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย 1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ ความถี่และร้อยละ 2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2

เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวกับตัวแปรตาม 1 ตัว โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) มีการแปลงตัวแปรกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และการฝึกอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เป็นตัวแปรหุ่น และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลแจกแจงปกติ เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 เลขที่ HE662301 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 86.71 อายุเฉลี่ย 33.80 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 97.11 ประสบการณ์การทำงานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอายุ 10 ปีขึ้นไปพบมากที่สุด ร้อยละ 38.73 การอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 94.22 หลักสูตรที่อบรมมากที่สุด คือ การช่วยชีวิตขั้นสูง ร้อยละ 74.57

2. ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.32$, S.D.=0.62) พิจารณารายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับ คือ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 จำแนกเป็นรายด้าน (n=173)

การรับรู้ระดับสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สมรรถนะการประเมิน	4.41	0.48	มาก
สมรรถนะในการช่วยชีวิต	4.48	0.53	มาก
สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง	4.43	0.56	มาก
สมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.24	0.69	มาก
รวม	4.39	0.51	มาก

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ นโยบาย

3. ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.39$, S.D.=0.51) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรียงตามลำดับ คือ สมรรถนะในการช่วยชีวิต สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง สมรรถนะการประเมิน และสมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังตารางแสดงที่ 1

การแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน (Beta=0.342) อายุ (Beta=0.214) และการนิเทศทางการพยาบาล (Beta=0.191) โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 31.4 ($R^2 = 0.314$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7
โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (n=173)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std.Error	Beta(β)	t	p-value
นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน	0.296	0.081	0.342	3.655	<0.001
อายุ	0.013	0.004	0.214	3.304	0.001
การนิเทศทางการพยาบาล	0.141	0.068	0.191	0.056	0.041
Constance = 2.118, Std error. = .262, R ² = 0.314, F change =4.229, p-value <0.05					

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

1. ระดับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่าระดับสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.39, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ สมรรถนะในการช่วยชีวิต ($\bar{X}$ =4.48, S.D.=0.53) รองลงมา คือ สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง ($\bar{X}$ =4.43, S.D.=0.56) อภิปรายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ยกกระดับเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว โดยการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุ

การดูแลรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน การดูแลเฝ้าระวังขณะส่งต่อที่เหมาะสมและปลอดภัย ส่วนสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X}$ =4.24, S.D.=0.69) ซึ่งผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาสมรรถนะ โดยการอบรมเพิ่มเติมความรู้ความสามารถ และทักษะในหลักสูตรที่จำเป็น เช่น หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง เพื่อให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น

2. การรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.32, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณารายด้านสามารถอภิปราย ได้ดังนี้ 1) ด้านนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คะแนนเฉลี่ยสูง

ที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.59) เนื่องจากองค์กรมีการกำหนดแผนงานและตัวชี้วัดตามนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานอย่างชัดเจนและชี้แจงผู้ปฏิบัติรับทราบร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชนก กรรณสูตร และทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2564) ศึกษากระบวนการและประสิทธิผลของการบริหารเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่านโยบายและการบริหารงานขององค์กรให้ความสำคัญในการนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วมากกว่าให้การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ ผลคืออัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 10 และการศึกษาของ นันทวัน พุฒผลา (2559) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยระดับการบริหารงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.55$, S.D.=0.53)

2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.70) เนื่องจากผู้บริหารการพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถตามมาตรฐานการพยาบาล โดยการอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของภัทริยา ผันประเสริฐ (2561) ศึกษามาตรฐานพยาบาลที่ดีส่งผลต่อ

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และการศึกษาของวรุฒิ แก้วหาญ และคณะ (2565) ศึกษาผลการใช้รูปแบบมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยได้รับการ CT ภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100 อัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 15 3) ด้านการนิเทศทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.70) เนื่องจากองค์กรมีแผนการนิเทศทางการพยาบาล มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดรูปแบบการนิเทศงานที่ชัดเจนและควบคุมกำกับให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ นาที (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม พบว่าความสามารถและทักษะการนิเทศทางคลินิกตอบสนองบทบาทผู้นิเทศภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=61.04$ S.D.=6.99) และการศึกษาของศิริพร หอมสวาสดีและคณะ (2566) ศึกษาผลของการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉินมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 4) ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.89$, S.D.=0.72) เนื่องจากองค์กรมีการมอบหมายงานที่เหมาะสมกับภาระงาน มีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย จากแนวคิดของเพลินตา พิพัฒน์สมบัติ (2558) การกำหนดแผนพัฒนาบุคลากร แผนอัตรากำลัง การสร้างความตระหนักให้บุคลากร กำหนดความรับผิดชอบและการส่งเสริมความสามัคคี เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน การศึกษาของเกตูกาญจน์ วิเชียรรัตน์ (2564) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประกอบการวิชาชีพ ภาวะผู้นำผู้บริหารของหัวหน้างานและสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดี พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ประกอบการวิชาชีพด้านความพึงพอใจในงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=4.03$, S.D.=0.51)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการฝึกอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนี้ ($r=0.262$): P-value <0.001, ($r=0.173$): P-value 0.023, ($r=0.255$): P-value <0.001 และ($r=0.177$): P-value 0.020 ผลการวิจัย พบว่าด้านอายุ ช่วงอายุ 20-30 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 47.40 ด้านประสบการณ์การทำงานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบมากที่สุด คือช่วงอายุงาน 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 38.73 และอายุงาน 1-2 ปี ร้อยละ 22.54 การอบรมด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 94 จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุน้อยและมีอายุงาน 1-2 ปี จึงมีประสบการณ์การทำงานน้อย และได้รับการอบรมไม่ครบตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องการศึกษาของณัฐฐาสิริ ยิ่งรู้ และฉัตรปวี อยู่เย็น ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยรวมมีความแตกต่างกัน บุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปีมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานน้อยกว่าบุคลากรที่อายุ 25 ปีขึ้นไป และประสบการณ์น้อยทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงานมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด ($r=0.51$) รองลงมา คือ สภาพแวดล้อมในการ

ปฏิบัติงาน ($r=0.44$) และการนิเทศทางการพยาบาล ($r=0.44$) เท่ากัน 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน อายุ และการนิเทศทางการพยาบาล ได้รับร้อยละ 31.40 อธิบายได้ดังนี้ 1) นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงาน มีอิทธิพลด้านบวกต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($Beta=0.342$) กล่าวคือนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อสมรรถนะของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความเข้าใจและมีการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและความปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ อุณอบ นภัทร ประภาสุชาติ และ ภักธีรยา กิจเจริญ (2564) ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่าปัจจัยที่จำเป็นต่อความสำเร็จของการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจนและ

แผนปฏิบัติการของบุคลากรศูนย์สั่งการระบบแรงจูงใจ และมีกระบวนการที่เหมาะสม 2) อายุ มีอิทธิพลด้านบวกต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($Beta=0.214$) กล่าวคือ อายุจะแสดงออกถึงวุฒิภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความสามารถในการตัดสินใจ ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีสมรรถนะสูงกว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริอร สิ้นธุ, รวมพร คงกำเนิดและกุลระวี วิวัฒน์ชีวิน (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติการช่วยชีวิตด้านหัตถการหัวใจและหลอดเลือดที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของณัฏฐาสิริ ยิ่งรู้ และฉัตรปาริอยู่เย็น (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าบุคลากรอายุที่ต่ำกว่า 25 ปี มีประสิทธิภาพในการทำงานน้อยกว่าบุคลากรที่อายุ 25 ปี ขึ้นไป 3) การนิเทศทางการพยาบาล มีอิทธิพลด้านบวกต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($Beta=0.191$) กล่าวคือ การกำหนดแผนการนิเทศทางการพยาบาล การมอบหมายและรูปแบบการนิเทศงานที่ชัดเจน เช่น การสอน การฝึกทักษะ การทำงานเป็นทีม การแนะนำให้เกิดการเรียนรู้ สามารถพัฒนา

วิธีปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้สมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับประเทศไทย พรหมสูตร (2567) ได้ศึกษาผลของการนิเทศทางคลินิกทางการพยาบาลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าหลังการนิเทศทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือดย่อยละ 92.0 และเมื่อเปรียบเทียบผลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการได้รับการนิเทศทางคลินิก พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารงานโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยงานแจ้งพยาบาลรับทราบผ่านการประชุมประจำเดือน และการปฐมนิเทศ

2. ผู้บริหารควรกำหนดแผนและกิจกรรมเพื่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานและสร้างขวัญกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติ เช่น การอบรมนอกสถานที่ การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการกำหนดแผนในการนิเทศและควบคุมการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดกระบวนการในการสหพยาบาลวิชาชีพเพื่อมาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรนำเกณฑ์ในด้านอายุ มาร่วมพิจารณา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำสู่การปฏิบัติ และควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในด้านอื่นเพิ่มเติม ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสามารถพยากรณ์ได้เพิ่มเติม เช่น ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม และแรงจูงใจ เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน และพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถาม จนการทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.

2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. จุฬารัตน์ แซ่พัง. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวด ผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้ให้ ญ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
4. อารีย์ เสถียรวงศา. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561
5. กรองไฉ่ อุณหสุต. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วารสารสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. 2554; 30(2): 73-7.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-258 นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) ; 2561.
7. ธรรมนูญสิริ ยิ่งรู้ และฉัตรปรี อยู่เย็น. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: บริษัท อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด; 2561.
9. เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และนงลักษณ์ จินตนาดีลก. องค์ประกอบและตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการบริหารองค์การพยาบาลในโรงพยาบาล ตติย ภูมิ สัง กัด กระทรวง . สาธารณสุข. วารสารพยาบาล. 2558 ตุลาคม-ธันวาคม; 64(4): 25-34.
10. ศรีผาสุข พิงศรีเพ็ง. การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560; 3(2): 180-192.

11. Proctor B. Training for the supervision alliance: attitude, skills and intention. In: Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p. 25-46.
12. Thondike RM. Correlation procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
13. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
14. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่2).นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
15. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานปฏิบัติงานและการให้บริการกองการพยาบาล. โรงพยาบาลทหารผ่านศึก องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

จริยา มีไกรลาด¹, วรณชนก จันทชุม²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 270 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 2,002 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ความเที่ยงของแบบสอบถามการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.72) 2) ปัจจัยด้านการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ มิติการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($r=.768$) มิติสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการเสริมสร้างสุขภาวะ ($r=.739$) มิติสุขภาพกายและสุขภาพใจ ($r=.713$) และมีผลลัพธ์องค์กร ($r=.705$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมิติกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=.699$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร ในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ด้านผลลัพธ์องค์กร และด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 67.9

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ การเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

*Corresponding Author; Dr.Wanchanok Juntachum , Email: wancha_p@kku.ac.th

Received: August 14, 2024; Revised September 25, 2024; Accepted September 28, 2024

Factors Affecting the Quality of Work Life Professional

Nurses Tertiary Hospital in Health District 7

Jariya Meekrailad¹, Wanchanok Juntachum²

Abstract

This purpose of this descriptive research was to study factors Affecting the quality of working life professional nurses. The study sample ware Professional nurse working in a tertiary hospital in Health District 7, 2 locations, Khon Kaen Hospital and Roi Et Hospital, 270 people, selected by stratified random sampling from a total of 2,002 professional nurses. The research tool was a questionnaire. The content validity was validated by 5 experts and Cronbach's alpha coefficient ware 0.98 and 0.97 for their reliabilities, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The findings wear as follows: 1) Quality of work life professional nurses Tertiary hospital in Health District 7 , the overall level was at a moderate level ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.72) 2) Factors in promoting health in organizations is related to the quality of work Life professional nurses Tertiary hospital in Health District 7 namely dimensions the human resource management dimensions ($r=.768$) , environmental dimensions and atmosphere for promoting health ($r=.739$) , dimensions of physical and mental health ($r=.713$) and organizational results dimensions ($r=.705$) were high level of positive related. The dimensions process of promoting health in the organization were moderate level of positive related ($r=.699$) at the .05 level significance. 3) Factors significantly predicting with quality of work life professional nurses Tertiary hospital in Health District 7 at .05 level namely workplace health promotion in human resource management dimensions, organizational results dimensions and physical and mental health dimensions. These predictors together explained a total of 67.9 percentage.

Keywords: Quality of Work Life, Professional Nurses, Promoting health in the organization

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

² Corresponding Author, Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ (Introduction)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) มีนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นความสำคัญของการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น มีความสามารถในการปรับตัวยืดหยุ่นได้ในภาวะวิกฤต ทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายและค่านิยมร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีความสมดุลชีวิตกับการทำงาน¹ ซึ่งจะส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น ดังนั้นองค์กรต่างๆ จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้น

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Quality of Working Life) เป็นทัศนคติและความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับจากประสบการณ์การทำงานทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุขในการทำงาน² เป็นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์³ คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเป็นการสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น

ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการให้กับผู้ป่วย และมีความสำคัญต่อองค์กรพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 34 ได้บัญญัติไว้ว่า การจัดระเบียบข้าราชการพลเรือน ต้องเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ โดยให้ข้าราชการปฏิบัติราชการอย่างมีประสิทธิภาพ คุณธรรม และมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี โดยมีกรอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน 4 มิติ⁴ ได้แก่ 1) มิติด้านการทำงาน 2) มิติด้านส่วนตัว 3) มิติด้านสังคม และ 4) มิติด้านเศรษฐกิจ

จากการสังเกตและการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ข้อมูล ณ วันที่ 1-15 มีนาคม 2566) ตามกรอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน ที่สะท้อนได้จากความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพใน 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านการทำงาน พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่สถานการณ์ที่ยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพราะมีผู้รับบริการจำนวนมาก แต่พื้นที่ให้บริการไม่เพียงพอ เกิดความแออัด และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังขาดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ทำให้บุคลากรหวาดกลัว วิตกกังวล ไม่อยากดูแลผู้ป่วย เพราะกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อไปด้วย

ในด้านการบริหารอัตรากำลัง พบว่ายังมีความขาดแคลน เนื่องจากอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น 2) มิติด้านส่วนตัว พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าตนเองทำงานหนัก ค่าผลิตภาพของงานอยู่ที่ร้อยละ 130-140 มีเวลาว่างให้กับตนเองและครอบครัวลดลง เนื่องจากพยาบาลต้องให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการมีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำหัตถการ บางวันต้องขึ้นเวรเข้าต่อป่วย เพราะอัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีเวลาพักผ่อนน้อยสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการประชุมเกือบทุกวันเพื่อเตรียมรับการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล บางวันต้องเอางานกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งเป็นเวลาที่ต้องอยู่กับครอบครัว มีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 3) มิติด้านสังคม พบว่า พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีบุคลากรที่หลากหลายวิชาชีพ มีผู้ป่วยจำนวนมากและเจ็บป่วยรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน เมื่อมีภาระงานมากขึ้น พบว่าต่างคนต่างทำงานของตนเอง เพราะกลัวทำงานไม่เสร็จตามเวลา ยังขาดความรัก ความสามัคคีและและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในองค์กร และ 4) มิติด้านเศรษฐกิจ พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่า การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

มีภาระงานหนักและมีความรับผิดชอบในงานสูง แต่ได้รับเงินเดือนและสวัสดิการต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการด้านหอพัก ที่จอดรถ ที่มีไม่เพียงพอกับจำนวนบุคลากร

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{5,6,7} พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาเป็นการวิจัยในเชิงบรรยาย และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและรายได้ซึ่งผลการศึกษายังมีความขัดแย้งกัน กล่าวคือ อายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยกว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ เพราะการมีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนในการทำงาน⁷ และยังพบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ⁸ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร ประกอบด้วย การพัฒนาการบริหารทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ การเสริมสร้างสุขภาวะ การพัฒนา กระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะ การพัฒนาสุขภาพกายสุขภาพใจของ บุคลากร และการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ ในการทำงานจะส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพ ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ^{9,10} ดังนั้น หากองค์กรได้เสริมสร้างสุขภาวะที่ดีก็คาดว่าจะ ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิต ในการทำงานที่ดี

จากความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยในอดีต จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต้อง ดูแลผู้รับบริการที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษา ปัจจัยการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กรที่ ครอบคลุมกระบวนการในทุกมิติ รวมทั้งเป็น การศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลในระดับ อื่นๆ และมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช โดยทำการศึกษาเฉพาะ

แผนกอายุรกรรมเท่านั้น และปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การบริหารจัดการ และความเครียดในการทำงาน¹¹ ซึ่งยังไม่ ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 เพื่อ นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการ วางแผนกำหนดนโยบาย กลยุทธ์การสร้าง เสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพให้ดีขึ้น เพื่อที่จะจูงใจและ รักรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่กับ องค์กรอย่างยั่งยืนและมั่นคงต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์รอง

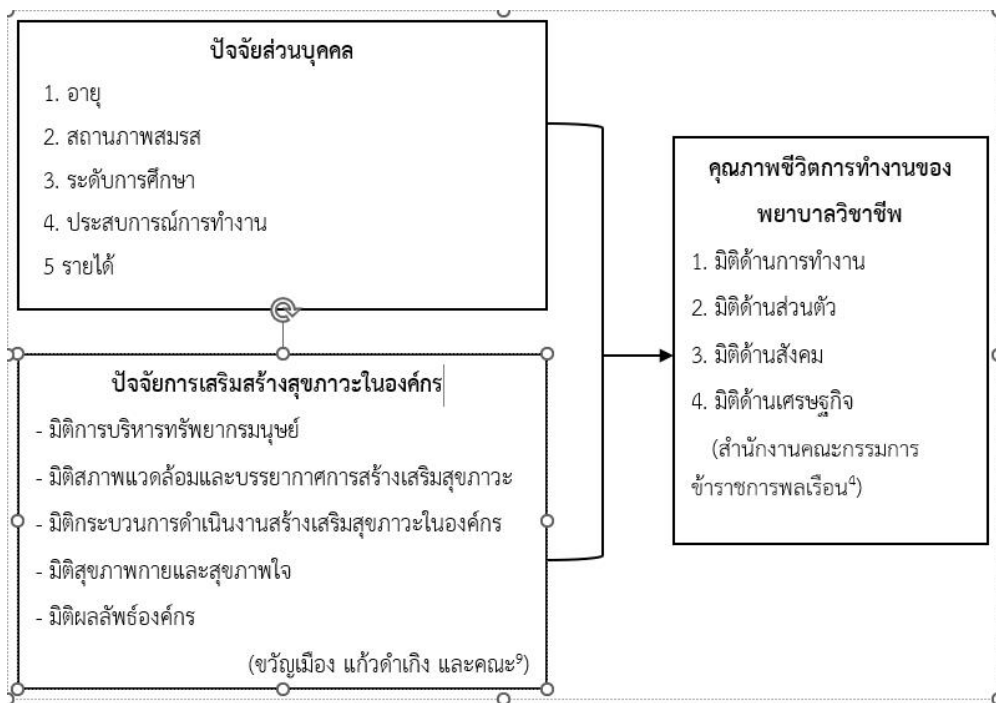
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการ เสริมสร้างสุขภาวะในองค์กรกับคุณภาพชีวิต การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการ ร่วมกันพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และ

ปัจจัยการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร
ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขต
บริการสุขภาพที่ 7

กรอบการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้
ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ

ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
กรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของข้าราชการ 4 มิติ ในด้านปัจจัย
ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน
และรายได้¹² และการเสริมสร้างสุขภาวะใน
องค์กรตามกรอบแนวคิดของขวัญเมือง แก้ว
ดำเกิง และคณะ⁹ 5 มิติ โดยสรุปเป็นกรอบ
แนวคิดตามรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง
พรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 2 แห่ง คือ
โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1,083 คน และ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 919 คน รวม
พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 2,002 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ตัวแปรพหุของ Thorndike RM.¹³ คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 250 คน ซึ่งครอบคลุมขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (power analysis) และเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่า Power ($1-\beta$) เท่ากับ .80¹⁴ และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .40 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากอัตราการตอบกลับทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 270 คน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 146 คน และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร 5 มิติ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการบูรณาการจากคู่มือตรวจสอบสุขภาวะระดับองค์กรของขวัญเมือง แก้วคำเกิง และคณะ⁹ จำนวน 37 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและบูรณาการจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการพลเรือน 4 มิติ จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค มีค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารไปยังผู้ประสานงาน ทั้งโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม รวมทั้งขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามกลับคืนมาภายใน 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 264 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.78 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการเพิ่มที่ไม่มีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเดิม และติดต่อกับผู้ประสานงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามกลับภายในเวลา 2

สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม
กลับมาเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้น 270 ฉบับ คิดเป็น
ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ
วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณา
และขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข
สำคัญโครงการ HE662271 โรงพยาบาล
ขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ
KEMOU67002 และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เลขที่ใบรับรอง RE 067/2567

ผลการวิจัย

1. จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน
มีอายุเฉลี่ย 32.62 ปี โดยมีช่วงอายุ 20-30 ปี
คิดเป็น จำนวน 131 คน (ร้อยละ 48.5)
สถานภาพโสด จำนวน 153 คน (ร้อยละ
56.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 254
คน (ร้อยละ 94.1) ประสบการณ์การทำงาน
เฉลี่ย 9.66 ปี ประสบการณ์การทำงาน 0-5 ปี
มากที่สุดจำนวน 100 คน (ร้อยละ 37)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร

กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการ
สุขภาพที่ 7

ซึ่งบางส่วนเป็นลูกจ้างรายวัน รายเดือนและ
ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ส่งผลต่อ
คุณภาพชีวิตการทำงานคือ เกิดความไม่
มั่นคงในวิชาชีพ บางส่วนลาออกจากองค์กร
และไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน รายได้
เฉลี่ย 20,001-30,000 บาท/เดือน จำนวน
134 คน (ร้อยละ 5.6) รายได้เฉลี่ย 32,202
บาท/เดือน รายได้สูงสุดคือ 70,000 บาท/เดือน
2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยด้านการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร
กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขต
บริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านการ
เสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร ได้แก่ มิติการ
บริหารทรัพยากรมนุษย์ ($r=.768$)
มิติสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการ
เสริมสร้างสุขภาวะ ($r=.739$) มิติสุขภาพกาย
และสุขภาพใจ ($r=.713$) และมิติผลลัพธ์
องค์กร ($r=.705$) มีความสัมพันธ์ทางบวกใน
ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ส่วนมิติกระบวนการดำเนินงาน
เสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร มีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=.699$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
ปัจจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร			
1. มิติการบริหารทรัพยากรมนุษย์	.768	<.001	สูง
2. มิติสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการสร้างเสริมสุขภาวะ	.739	<.001	สูง
3. มิติกระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร	.699	<.001	ปานกลาง
4. มิติสุขภาพกายและสุขภาพใจ	.713	<.001	สูง
5. มิติผลลัพธ์องค์กร	.705	<.001	สูง

3. ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.49, S.D.=.72) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือมิติด้านสังคม ($\bar{X}$ =3.65, S.D.=.67) รองลงมาคือมิติด้านการทำงาน ($\bar{X}$ =3.62, S.D.=.68) มิติด้านส่วนตัว ($\bar{X}$ =3.50, S.D.=.81) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือมิติด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X}$ =3.17, S.D.=1.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (n=270)

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
มิติด้านการทำงาน	3.62	.68	สูง
มิติด้านส่วนตัว	3.50	.81	ปานกลาง
มิติด้านสังคม	3.65	.67	สูง
มิติด้านเศรษฐกิจ	3.17	1.00	ปานกลาง
รวม	3.49	.72	ปานกลาง

3. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยมีตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิดจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและรายได้ และปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร ได้แก่ 1) มิติการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 2) มิติสภาพแวดล้อมและบรรยากาศการสร้างเสริมสร้างสุขภาวะ 3) มิติกระบวนการดำเนินงานสร้างเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร 4) มิติสุขภาพ

กายและสุขภาพใจ และ 5) มิติผลลัพธ์องค์กร
ตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพ

การคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่
การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแปรมิติ
การบริหารทรัพยากรมนุษย์ เป็นตัวพยากรณ์
ตัวแรกเข้าสู่สมการ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มากที่สุด ได้ค่า
สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.590
($R^2=0.590$) แสดงว่า ปัจจัยคัดสรรด้านมิติ
การบริหารทรัพยากรมนุษย์ สามารถ
พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 59

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน

(Beta) การทดสอบความมีนัยสำคัญของ B ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE(b)	Beta	t	R	R^2	P value
การสร้างเสริมสุขภาวะด้านการบริหาร ทรัพยากรมนุษย์	.133	.018	.399	7.223	.768	.590	<.001
การสร้างเสริมสุขภาวะด้านผลลัพธ์ องค์กร	.081	.015	.264	5.277	.805	.645	<.001
การสร้างเสริมสุขภาวะด้านสุขภาพกาย และสุขภาพใจ	.143	.028	.262	5.102	.824	.679	<.001
F=385.732 (P-value <.001 Constant = 0.599 Adjust R^2 = 0.676							

หลังจากนั้นคัดเลือกตัวแปรมิติผลลัพธ์องค์กร
เข้าสู่การวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การ
พยากรณ์เท่ากับ 0.645 ($R^2=0.645$) แสดงว่า
ปัจจัยคัดสรรด้านมิติการบริหารทรัพยากร
มนุษย์ และมิติผลลัพธ์องค์กร สามารถร่วม
พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 64.5
เมื่อเพิ่มตัวแปรมิติสุขภาพกายและสุขภาพใจ
พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ
0.679 ($R^2=0.679$) แสดงว่า ปัจจัยคัดสรร
ด้านมิติการบริหารทรัพยากรมนุษย์
มิติผลลัพธ์องค์กร และมิติสุขภาพกายและ
สุขภาพใจ สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพ
ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการ
สุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 67.9 ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอ
นำเสนอการอภิปรายผล แยกตาม
วัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า
ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือมิติด้านสังคม
และรองลงมาคือมิติด้านการทำงาน มิติด้าน
ส่วนตัว และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือมิติ
ด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาล
วิชาชีพยังไม่พึงพอใจกับคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของตนเอง ในมิติด้านส่วนตัว ความ
สมดุลในการทำงานและการดำเนินชีวิต
ส่วนตัวในด้านอื่นๆ และมิติด้านเศรษฐกิจ
ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการในด้านต่างๆ มาก
นัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราโมทย์
ถ่างกระโทก และคณะ¹⁵, และศุภลักษณ์
ทองขาวและโกวิทย์ กังสนันท์⁶ ที่พบว่า
คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน
ของคุณภาพชีวิตการทำงาน มีรายละเอียด
ดังต่อไปนี้ 1.1 มิติด้านการทำงาน พบว่า โดย
เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติย
ภูมิ มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยที่มีความ
หลากหลายและจำนวนมาก มีการเจ็บป่วย
รุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต มีความยุ่งยากซับซ้อน
ในการวินิจฉัย ซึ่งการดูแลรักษาต้องอาศัย

เทคโนโลยีขั้นสูง และการมีส่วนร่วมกับทีมสห
สาขาวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่าง
ทันท่วงที ให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและ
มีประสิทธิภาพ¹⁶ จากการวิจัยพบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย
9.66 ปี ซึ่งถือว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับ
สมรรถนะตาม Benner เป็นผู้ชำนาญ
(Proficient) คือ เป็น พยาบาล ผู้ที่มี
ประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลมา
8-10 ปี สามารถมองสถานการณ์ได้กว้าง
เข้าใจปัญหาต่างๆ ได้ดี อภิปรายปัญหาของ
ผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะ
วิกฤตได้ ทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานดีขึ้น
1.2 มิติด้านส่วนตัว พบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาล
วิชาชีพรู้สึกว่าตนเองทำงานหนัก มีค่าผลิต
ภาพของงานอยู่ที่ร้อยละ 130-140 พักผ่อน
ไม่เพียงพอ มีเวลาว่างให้กับตนเองและ
ครอบครัวลดลง เนื่องจากพยาบาลต้อง
ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการมีความ
ยุ่งยากซับซ้อนในการทำหัตถการ บางวันต้อง
ทำงานล่วงเวลา เพราะทำงานเสร็จไม่
ทันเวลา บางวันต้องขึ้นเวรเข้าด้อม่าย เพราะ
อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีเวลา
พักผ่อนน้อย สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีการ
ประชุมเกือบทุกวัน เพื่อเตรียมรับการประเมิน
คุณภาพการพยาบาล และการเยี่ยมประเมิน
รับรอง กระบวนการคุณภาพของ
สถานพยาบาล บางวันต้องกลับบ้านช้า
ต้องเอางานกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งเป็นเวลา

ที่ต้องอยู่กับครอบครัว ทำให้มีเวลาให้ครอบครัวลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จึงเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง 1.3 มิติด้านสังคม พบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.66 ปี ซึ่งถือว่าปฏิบัติงานมานาน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมื่อทำงานเป็นระยะเวลานานหรือเมื่อได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ จะทำให้เกิดความรัก ความผูกพันในองค์กร และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในองค์กรมากขึ้น รู้สึกภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุข และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ให้เกียรติเพื่อนร่วมงานในการแสดงความคิดเห็นและการทำงานเป็นทีม นับเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงาน¹² 1.4 มิติด้านเศรษฐกิจ พบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าตนเองทำงานหนัก และมีความรับผิดชอบในงานสูง แต่ได้รับเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นห้องพัก ที่จอดรถ ที่มีไม่เพียงพอ กับบุคลากร ทั้งยังต้องรับภาระในการจ่ายค่าห้องพัก ค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจกับค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆลดลง จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้

เฉลี่ย 32,202 บาท/เดือน ซึ่งไม่เพียงพอกับค่าครองชีพในปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.66 ปี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะรู้สึกว่าตนเองทำงานมานานแล้ว ควรจะได้รับค่าตอบแทนที่มากกว่านี้ 2. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ 1) การเสริมสร้างสุขภาวะด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 59 ($R^2 = .590$) กล่าวคือ ถ้าองค์กรมีการจัดระบบและการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการดูแลปัจจัยพื้นฐานในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ บุคลากร เงิน วัสดุ อุปกรณ์ จะส่งผลให้องค์กรบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมกับพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขร่วมกันของบุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิงและคณะ⁹ พบว่าองค์กรที่มีแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะในการทำงาน ได้แก่ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ จะส่งผลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำงานอย่างมีความสุข เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามีความสำคัญต่อองค์กร และมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น 2) การเสริมสร้างสุขภาวะด้านผลลัพธ์องค์กร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 64.5 ($R^2=0.645$) กล่าวคือ ถ้าองค์กรมีกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กรที่ส่งผลทั้งต่อพยาบาลและองค์กร จะทำให้พยาบาลมีความสามารถในการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและคณะ⁹ ที่พบว่า เมื่อองค์กรมีการเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กรที่ดีจะส่งผลทั้งต่อนักวิชาการและองค์กรด้วย และเป็นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นอย่างสมดุลและยั่งยืนตลอดไป 3) การเสริมสร้างสุขภาวะด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 67.9 ($R^2=0.679$) กล่าวคือ องค์กรที่มีการส่งเสริมสุขภาพกาย และใจของพยาบาลวิชาชีพให้ร่างกาย แข็งแรงสมบูรณ์ จิตใจมีความสุข รู้สึกเบิกบาน จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล¹⁰ ที่พบว่า การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในองค์กรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สังคมและจิตปัญญา จะนำไปสู่ผลลัพธ์ การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนได้ ทำให้ พยาบาลทำงานได้เต็มศักยภาพ และมีความสุขในการทำงาน ในส่วนของการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ

การเสริมสร้างสุขภาวะ และกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะในองค์กร ที่โดดเด่นออกนั้น มีความสัมพันธ์กันอยู่แต่สัมพันธ์ในระดับปานกลาง จึงไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการปรับปรุงพัฒนาและวางแผนการบริหารงาน ให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น และให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป โดยผู้บริหารทางการพยาบาล

- 1) พัฒนาและส่งเสริมความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพ
- 2) กำหนดนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน
- 3) มีการจัดสรรสวัสดิการต่างๆ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยเฉพาะสวัสดิการด้านที่พัก ที่ยังไม่เพียงพอกับจำนวนของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อความสะดวกและความปลอดภัยในการขึ้นปฏิบัติงาน
- 4) ในการส่งเสริมความก้าวหน้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพควรให้ความสำคัญจากผลลัพธ์ในการทำงาน
- 5) ให้ความสำคัญและมีนโยบายในการสร้างขวัญและกำลังใจ เช่นการให้รางวัล ยกย่องชมเชย

และการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้กับพยาบาลวิชาชีพ หรือสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายและมีเครื่องออกกำลังกายที่เพียงพอในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในลักษณะงานวิจัยเชิงระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือทำวิจัยและพัฒนากระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตการทำงาน เพื่อสร้างวัฒนธรรมในการทำงานที่ดี การเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีแรงจูงใจในการทำงาน และเกิดความรักความผูกพันในองค์กร

กิตติกรรมประกาศ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ประสานงานโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนกลยุทธ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategic Planning) สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ. นนทบุรี:

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: 2566

2. Swamy DR, Nanjundeswaraswamy D, Srinivasaiah R. Quality of Work Life: Scale Development and Validation. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8(2): 281-300.
3. Nanjundes TS. Nurses quality of work life: Scale development and validation. Journal of Economic and Administrative Sciences. 2022; 38(2): 371-394.
4. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, จรัมพร ให้อย่าง. คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส; 2555
5. ปิยะ คลังแสง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
6. ศุภลักษณ์ ทองขาว, โกวิท กังสนันท์. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563; 36(1): 225-237.

7. สุนิภา ชินวุฒิ, กฤษณา อุไรศรีพงศ์, จุฑามาศ วงจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล: ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 30(3): 90-103.
8. จิตภา ดงทิพย์, ภาสกร เดวียงค์. ปัจจัยพยากรณ์ความผาสุกทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่. ใน การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติทางจิตวิทยาประจำปี 2562: TNCP 2019 “จิตวิทยากับพลวัตสังคมโลก”. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, คณะ. การพัฒนาดัชนีองค์กรสุขภาวะ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2554; 5(2): 8-19.
10. ดวงเนตร ธรรมกุล. การสร้างสุขภาวะในองค์กร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555; 6(1): 1-10.
11. ประไพ ศรีแก้ว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต11. 2557; 8(1): 101-111.
12. Farhadi A, Bagherzadeh R, Moradi A, Nemati R, Sadeghmoghadam L. The relationship between professional self-concept and work-related quality of life of nurses working in the wards of patients with COVID-19. BMC Nursing. 2021; 20(75): 2-8.
13. Thomdike RM. Correlation procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
14. Polit D, Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. Philadelphia: Lippincott Company; 2013.
15. ปราโมทย์ ต่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวัลย์, เอกกมล ไชยโม, ภราดร ยิ่งยวด. อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(2): 344-352.
16. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2561

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน

ปรารธนา คำมีสินนท์¹, ไพรวลัย รมซ้าย², นุจรินทร์ บัวละคร³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลดพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน วิธีวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) วิจัยและพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ ได้แก่ ศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาโปรแกรม ศึกษาความน่าเชื่อถือ และปรับปรุง 2) ทดลองใช้โปรแกรม โดยวิจัยทั้งทดลองแบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองเพื่อรับการบำบัดตามโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต้นแบบ แบบประเมินการเสพยาแอมเฟตามีน แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยา และแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และ 3) สรุปผลและเผยแพร่นวัตกรรม ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.89 ประกอบด้วยการบำบัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 5 ครั้ง การบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติ 2 ครั้ง การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด และในระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยาเพิ่มขึ้น ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตลดลงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสรุปโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เหมาะสมต่อการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และสอดคล้องบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช จึงเป็นทางเลือกที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการใช้สารแอมเฟตามีน

คำสำคัญ: การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, สารแอมเฟตามีน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Corresponding Author: Prattana Khummeeseenon, Email: prattana342@gmail.com

Received: August 26, 2024; Revised September 28, 2024; Accepted September 28, 2024

The Develop of Motivational Enhancement Group Therapy Program for Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorders

Prattana Khummeeseenon¹, Praiwan Romsai², Nujarin Bualakorn³

Abstract

The objective of this study to develop and examine the effects of of Motivational Enhancement Group Therapy Program to reduce amphetamine used and psychotic symptoms in Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorders. (GMET Amphetamine). Research method was divided into 3 phases. 1) Research and development of prototype consists of study the situation, developing a prototype, validity study and improving the prototype. 2) Experiment with two group and repeated measure design. in samples of 60 schizophrenia patients with amphetamine use disorders. Selected 30 cases to receive GMET Amphetamine program and 30 control to treatment as usual. The instruments included GMET Amphetamine programs, Time line follows back, the relapse prevention intention scale, brief psychotic rating scale. The data were analyzed by repeated measure ANOVA. 3) Summarizing the results and distributing the innovation. The results of Item-Objective Congruence Index of GMET Amphetamine program was 0.89, together with 5 groups and 2 individual treatments. It was found that after immediate therapy and during the follow-up phase of 1 months the relapse prevention intention scale average score was higher, Time line follows back decreases, brief psychotic rating scale decreases than received the program, and statistically significantly different than those in the control group at the level of .05. Conclusion: The GMET Amphetamine is suitable for treating schizophrenia patients with amphetamine use disorders, appropriated with psychiatric hospital context. It is a choice to amphetamine reducing.

Keywords: Amphetamine use disorders, Motivational enhancement therapy, Schizophrenia

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

^{2,3}Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการใช้สารแอมเฟตามีนมีอัตราสูง อัตราความชุก พบได้ร้อยละ 32 ส่งผลให้ขาดสารอาหาร นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สุขภาพทรุดโทรมลง สมรรถภาพทางกาย ความคิดและสติปัญญาบกพร่อง^{1,2} และส่งผลอย่างมากต่อการกำเริบของอาการทางจิต ทำให้มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายคนอื่น มีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง หรืออาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย¹ นอกจากนี้ยังนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ³ สอดคล้องกับการศึกษาของทอมเซ็น และคณะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 78.7 และการใช้สารแอมเฟตามีนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ⁴

รายงานผลการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2562-2564 พบผู้ป่วยในโรคจิตเภทได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน ร้อยละ 24.5, 31.2 และ 40.9 ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการจากความซ้ำซ้อนของการเจ็บป่วย และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง⁵ รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน โดยใช้โปรแกรมบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Co-Occurring psychiatric

Substance and alcohol use Disorders Rehabilitation Program: ICOD-R)⁶ พบปัญหาการบำบัดไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก โปรแกรมมีหลายกิจกรรม ใช้ระยะเวลาบำบัดนาน 2-3 สัปดาห์ แต่ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้น 20-21 วัน ทำให้ได้รับการบำบัดไม่ครบจำนวนมาก ในภาพรวมของผู้ที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม มีการกลับไปเสพยาเสพติดหรือดื่มสุราซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 55.3⁷

การพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผ่านมามักถูกมองแบบแยกส่วน ระหว่างการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด^{6,8} และการบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท⁹ และไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากภาวะโรคร่วมนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ให้ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วยโรคร่วมนี้ ให้มีจำนวนกิจกรรมเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในระยะเวลาสั้น รวมถึงการเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องเหมาะสม¹⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างจากก่อนทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และอาการทางจิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** การวิจัยและพัฒนาต้นแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1. ศึกษาสภาพการณ์ (R1) โดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคม จำนวน 5 คน เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน ปัญหาการให้บริการ และ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัด ศึกษาข้อมูลจากเอกสารการให้บริการบำบัดรักษาย้อนหลัง 3 ปี การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน มีอาการสงบ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง จำนวน 5 คน เกี่ยวกับปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน สาเหตุที่ใช้หรือการกลับไปใช้ซ้ำ รวมถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนที่บ้าน จำนวน 5 คน เกี่ยวกับปัญหาการดูแล และความต้องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และการพบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ (D1) โดยสังเคราะห์องค์ความรู้จากกระบวนการที่ 1 ได้แก่ ผลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และการพบทวนวรรณกรรม นำมาออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ โดยการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิก¹¹ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนา ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดชนิดสั้น (brief intervention) ที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด ดื่มสุรา

หรือความไม่ร่วมมือในการรักษา และได้รับการพิสูจน์ว่าให้ผลการบำบัดไม่แตกต่างจากการบำบัดด้วยวิธีอื่น¹² โดยมีเป้าหมายสำคัญเบื้องต้นเพื่อให้โปรแกรมบำบัดมีความครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อควบคุมอาการทางจิต และต้องการลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบรุนแรงถึงแม้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และด้วยความตระหนักถึงระบบอุปถัมภ์ของครอบครัว คนใกล้ชิด ว่ามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามแผนและเกิดผลการรักษาที่ดี

โปรแกรมการบำบัดนี้ จึงได้เน้นการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นนำไปศึกษาความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรม (R2) โดยจัดประชุมทีมผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินในความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วย และศึกษานำร่องกลุ่มเล็ก ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 กลุ่ม เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษา เนื้อหา และระยะเวลาการบำบัดของโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาขึ้น และนำมาปรับปรุงให้เข้าใจง่าย

4. ปรับปรุงโปรแกรมบำบัดต้นแบบให้เหมาะสมกับบริบทและ

ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (D2) โดยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการจัดทำร่างการนำไปใช้ และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัด เพื่อให้ผู้บำบัดได้นำไปศึกษาในขณะดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2

การทดลองใช้นวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R3) มี 4 กระบวนการ ได้แก่

1. กำหนดรูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีน และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) โดยใช้โปรแกรม G *Power version 3.1.10 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น, และคณะ¹³ เท่ากับ 0.94 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่ายเป็นรายเดือน

กลุ่มละ 30 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ (1) มีอาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale : BPRS)¹⁴ น้อยกว่า 37 คะแนน (2) มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีคะแนนแบบประเมินสภาพจิตแบบสั้น (Thai Mental Status Examination: TMSE)¹⁵ ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (3) สามารถเขียนอ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และใช้เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างกรณีมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น สุรา กัญชา ผื่นเฮโรอีน เป็นต้น มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยทางกายในระยะอาการรุนแรง และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความผิดปกติของสมอง 2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม GMET Amphetamine ที่พัฒนาขึ้น และเครื่องมือประเมินผล ได้แก่ 2.1 แบบประเมินการเสพยาเสพติดแบบประเมินได้ด้วยตนเอง (Time line follows back) ของ Sobell & Sobell¹⁶ จำนวน 4 ข้อ คิดคะแนนการเสพยาเสพติดจากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ด การแปลผล คือ จำนวนเม็ดที่สูงกว่าหมายถึงการเสพยาเสพติดมากกว่า 2.2 แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพยา¹⁷ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.88 จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

การแปลผล คือ $121.35-168.00 =$ มีความตั้งใจมาก $74.68-121.34 =$ มีความตั้งใจปานกลาง $1.00-74.67 =$ มีความตั้งใจน้อย 2.3 แบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.86 จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ (1-7 คะแนน) คะแนนเต็มอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน การแปลผล คือ $< 18 =$ เกณฑ์ปกติ $18-36 =$ มีอาการทางจิต $37-126 =$ มีอาการทางจิตรุนแรง 2.4 เกณฑ์การประเมินความไม่ร่วมมือในการรักษาตามเกณฑ์ ได้แก่ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 อย่างคือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด 3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสโครงการ 055/2567 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ ทุกราย จะได้รับการชี้แจงด้วยวาจาถึงข้อดีและข้อเสีย การเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ที่ไม่ใช่ผู้วิจัย และได้รับการเตรียมความพร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน เก็บข้อมูลทุกตัวแปร 3 ระยะ

คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วแปลงเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA: Within- Subjects Main Effect) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบแบบที (student' s t-test)

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้ 1.1 ผลการพัฒนาโปรแกรมบำบัดต้นแบบ โดยได้คัดเลือกแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการบำบัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง การบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติ ในวันจำหน่ายและในระยะติดตามผล จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมฯ ละ 60-90 นาที ดังนี้ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจ

เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการทบทวนปัญหาที่เกิดจากการใช้สารแอมเฟตามีน และกิจกรรมที่ 2 ความรู้สู่ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitments to change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 การสร้างความสมดุลเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่ 4 ความมั่นคงในสัญญานำพาสู่เป้าหมาย ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 เสริมพลังเพื่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมพร้อมญาติ ก่อนจำหน่าย และกิจกรรมที่ 7 การติดตามหลังจำหน่าย (1 เดือน) 1.2 ผลพิจารณาและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรมการบำบัดต้นแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.89 แปลผลได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนี้ 2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 36.7 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และ

มัธยมศึกษาตอนปลายมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 16.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 กลุ่มตัวอย่างได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และเพื่อควบคุมตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจส่งผลต่อการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่ (match pair) ตัวแปรที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย ทำให้ลักษณะ

ข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกัน 2.2 ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และอาการทางจิตทั้งสองกลุ่มลดลง ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้น และปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 0 เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยกำลังรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน

ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง

(n = 30 คน) และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน				
ระยะก่อนการทดลอง	13.7	4.1	15.3	3.9
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	-	-	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.7	3.1	4.9	4.2
ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ				
ระยะก่อนการทดลอง	95.7	21.3	94.3	20.9
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	125.1	24.9	113.7	5.7
ระยะติดตามผล 1 เดือน	124.2	15.0	111.8	16.4
อาการทางจิต				
ระยะก่อนการทดลอง	27.0	4.6	25.9	3.2
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	22.5	2.3	22.6	2.2
ระยะติดตามผล 1 เดือน	25.1	11.0	31.4	4.7

2.3 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

คะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกัน

การกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=30)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P-value
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน					
ภายในกลุ่ม	3,154.28	2	1,577.14	217.25	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	421.04	58	7.25		
ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพซ้ำ					
ภายในกลุ่ม	16,717.26	1.03	16,190.98	190.61	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	2,543.40	29.94	84.94		
อาการทางจิต					
ภายในกลุ่ม	310.48	2	155.214	3.67	0.031
ความคลาดเคลื่อน	2,448.84	58	42.221		

2.4 การเปรียบเทียบรายคู่ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน และความตั้งใจในการป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำแตกต่างกันทุกคู่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตแตกต่างกัน 1 คู่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิตของกลุ่มทดลอง (n=30)

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	p-value
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	13.70	0.74	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	10.96	0.75	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	-2.73	0.56	<0.001
ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	-29.36	2.09	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	-28.43	2.07	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	0.93	0.30	0.005
อาการทางจิต				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	4.53	0.63	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	1.93	2.04	0.352

หลังการทดลองเสร็จสิ้น

ติดตามผล 1 เดือน

-2.600

1.97

0.196

2.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 1 เดือน ความตั้งใจในการป้องกันกลับไปเสพซ้ำ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพซ้ำ และอาการทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$ คน) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$ คน)

ระยะเวลาการทดลอง	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
			Lower	Upper	
ปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน					
ก่อนการทดลอง	-1.60	1.03	-3.67	0.47	0.12
หลังการทดลอง	-	-	-	-	-
ติดตาม 1 เดือน	-2.20	0.94	-4.09	-0.30	0.02
ความตั้งใจป้องกันกลับไปเสพติด					
ก่อนการทดลอง	1.40	5.44	-9.50	12.30	0.79
หลังการทดลอง	11.36	3.94	3.46	19.26	0.006
ติดตาม 1 เดือน	12.36	4.06	4.22	20.51	0.004
อาการทางจิต					
ก่อนการทดลอง	1.10	1.02	-0.94	3.14	0.28
หลังการทดลอง	-0.10	0.57	-1.25	1.05	0.86
ติดตาม 1 เดือน	-6.33	3.35	-13.05	0.38	0.06

2.4 ผลการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองมีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 2 คน มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจำนวน 2 คน

กลุ่มควบคุมมีการกลับไปใช้สารแอมเฟตามีนจำนวน 6 คน มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาจำนวน 7 คน

อภิปรายผล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ **1. ผลการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดที่พัฒนาขึ้น** รูปแบบการบำบัดของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอาจแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่มีกฏรณการหลายแนวคิดสำหรับบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด^{13,18} ในขณะที่การศึกษานี้ได้คัดสรรเพียงแนวคิดเดียวเนื่องด้วยมีความตระหนักถึงลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีเป็นเรื้อรังทำให้เกิดความเสื่อมลงเกือบทุกด้าน และมีข้อจำกัดในการเรียนรู้¹⁹ การบำบัดด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีความเหมาะสมเนื่องด้วยเป็นแนวคิดการบำบัดที่ยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการสะท้อน (feedback) พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการให้ข้อมูล (information) แบบตรงไปตรงมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเอง จึงถือเป็นเรื่องใกล้ตัวและมีความง่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีความพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment) จะสามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง

โปรแกรมการบำบัดนี้ได้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วย จึงได้เพิ่มกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลพร้อมญาติในวันจำหน่ายและในระยะติดตาม 1 เดือน สำหรับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกันในชุมชน ทั้งยังเป็นการตอบสนองขั้นของแรงจูงใจในระดับลงมือปฏิบัติ (action) และป้องกัน

การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (maintenance) ตามหลักแนวคิดของการเสริมสร้างแรงจูงใจ^{11,13} ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่เน้นการบำบัดเฉพาะในโรงพยาบาล **2. ผลของโปรแกรมการกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนและอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท** ในการศึกษาที่มีการประเมินพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีนโดยพิจารณาจากแรงจูงใจภายในเพื่อลดหรือเลิกใช้ หรือความตั้งใจไม่กลับไปเสพซ้ำ และปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัด มีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำเพิ่มขึ้น และมีปริมาณการใช้สารแอมเฟตามีนลดลง ทั้งในระยะหลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน อธิบายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการมีแรงจูงใจที่เพิ่มมากขึ้น จนถึงระดับมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (determination) และนำไปปฏิบัติ (action) ในชุมชนเพื่อคงพฤติกรรมการหยุดใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ คือ สิ่งแวดล้อมเดิมที่มีคนเสพสารเสพติดอย่างแพร่หลาย และมีเพื่อนชักชวน อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ผลกระทบจากการใช้สารเสพติด การได้รับข้อมูลข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์

การได้พิจารณาข้อดีข้อเสียของการใช้หรือไม่ใช้สารเสพติดอย่างรอบด้าน ที่เกิดจากกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ¹¹ (กิจกรรมที่ 1-3) จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงโทษภัยที่เกิดจากพฤติกรรมว่าเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาได้อธิบายว่าการเสริมแรงจูงใจจากภายในตนเองของผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน^{11,13,20}

การบำบัดในกิจกรรมที่ 6-7 ก่อนจำหน่าย และระยะติดตาม เป็นการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นแรงสนับสนุนเสริมสร้างความตั้งใจในการป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยให้คงอยู่ รวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่มีปัญหา หรือครอบครัวที่ไม่สามารถทำหน้าที่พื้นฐานที่ครอบครัวควรจะทำได้¹⁰ ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำเนื่องจากครอบครัวจึงไม่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือคอยให้การปรึกษาหรือรับฟัง ทำให้บุคคลขาดที่พึ่งทางจิตใจ รู้สึกเครียด กดดันมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ²¹

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองลดลง และ

อยู่ในเกณฑ์มีอาการทางจิตสงบ (BPRS < 37 คะแนน) ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยเอง⁹ พบว่าการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา (กิจกรรมที่ 2) การเสริมทักษะการจัดการอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือนทางจิตเวช และการสอนทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเอง (กิจกรรมที่ 5) เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมั่นคงและมีความมั่นใจ **ขั้นตอนที่ 3** การสรุปผลการทดลองและเผยแพร่นวัตกรรม (D3) 1. สรุปผลการวิจัย โปรแกรม GMET Amphetamine มีจำนวนกิจกรรมไม่มากสามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อจำกัดทางพุทธิปัญญาจะสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ผลการทดสอบพบว่าช่วยลดการใช้แอมเฟตามีน และผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2. การเผยแพร่งานวิจัยและพัฒนา โดยส่งตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ และจัดทำคู่มือโปรแกรมบำบัดเพื่อขยายผลสู่เครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ณสมพล หาญดี ผศ.ดร. เนตรชนก แก้วจันทา รศ.ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ และผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต ที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม ขอขอบพระคุณท่าน รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในระเบียบวิธีวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์ธรรณิณทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์ ที่ให้อำนาจในการบริหารจัดการโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Voce A, McKetin R, Burns R, Castle D, Calabria B. The relationship between illicit amphetamine use and psychiatric symptom profiles in schizophrenia and affective psychoses. *Psychiatry Research* 2018; 265: 19–24.
2. McKetin R, Baker AL, Dawe S, Voce A, Lubman DI. Differences in the symptom profile of methamphetamine-related psychosis and primary psychotic disorders. *Psychiatry Res* 2017; 251:349-354.
3. Hung Y-Y, Chan H-Y, Pan Y-J. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS ONE* 2017; 12(10), e0186768.
4. Thomsen KR, Thylstrup B, Pedersen MM, Pedersen MU, Simonsen E, Hesse M. Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophrenia Research* 2017; 195: 495-500.
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2562-2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2562-2564.
6. วิธนา บุญแสง และคณะ, คู่มือโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล และคณะ. ผลการศึกษาการบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด

- ที่มีอาการทางจิตร่วมในระบบ
บังคับรักษา รายงานผลการ
ปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ
2563. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชน ครินทร์. ขอนแก่น :
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราช
ชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2564.
8. ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, นิमित แก้วอาจ,
ผอ.นรรัตน์ นิลพันธุ์, นิภา ยอดสง่า.
ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบ
บูรณาการต่อพฤติกรรมและการเสพ
สุราหรือสารเสพติดและอาการทาง
จิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มี
โรคร่วมทางจิตเวช. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์; 2559.
 9. ประรณณา คำมีสินนท์, ไพรวลัย
ร่วมชัย และศิริพร ธงยศ. ผลของ
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความ
ร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2561.
 10. Hammerbacher M, Lyvers M.
Factors associated with relapse
among clients in Australian
substance disorder treatment
facilities. Journal of Substance
Use 2006; 11(6): 387-394.
 11. Miller WR, Rollnick S. Motivation
Interviewing: Preparing people
to change addictive behaviors.
New York: The Guilford Press; 1991.
 12. นันทา ชัยพิชิตพันธ์. การบำบัด
เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือก
เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด.
ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556; 13(1):
98-108.
 13. ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี
รัศมีสุวิวัฒน์, วิชชุดา ยะสินธุ์,
วิมลวรรณ คำลือ, พุทธชาติ
ศรีสุวรรณ. การพัฒนาโปรแกรม
การบำบัดแบบบูรณาการต่อ
การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่
เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน.
โร ง พ ย า บ า ล ส ว น ป ร ง
กรมสุขภาพจิต; 2565.
 14. กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข. ชุดความรู้และ
แนวทางปฏิบัติการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย; 2545.
 15. ดรุณี ภูขาว. การพัฒนาและ
ตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรม
การรักษาซึ่งได้รับการออกแบบให้
เข้ากับสภาพสังคมไทยเพื่อใช้ใน
การให้บริการกับผู้ป่วยด้วยโรค
พิษจากสุราและโรคพิษสุราเรื้อรัง

- (เอกสารอัดสำเนา). คีนส์แลนด์: มหาวิทยาลัยคีนส์แลนด์; 2545.
16. ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ. ประสิทธิภาพของกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจและบำบัดทางความคิดอย่างย่อต่อภาวะการเสพติดของผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ประเทศไทย.วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยเพื่อการ พัฒนาสุขภาพ (สหสาขาวิชา). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2553.
 17. กุสุมา แสงเดือนฉาย. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความพร้อมที่จะป้องกันการติดเชื้อและพฤติกรรม การไม่ติดเชื้อของผู้ป่วยสุรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎี บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
 18. อมาวลี กลั่นสุวรรณ. ผลของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือใน การเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย เสพติดแอมเฟตามีนในสถาน บำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัด ปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2559; 43(1): 90-5.
 19. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรง พ ย า บ า ล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
 20. ธนิมา จันทรแสน, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ , สุนิสา สุขตระกูล. ผลของการให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อ ความรุนแรงของอาการทางจิตใน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2562; 33(3): 103-15.
 21. อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพติดแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ ไทย 2559; 9(2): 88-103.

การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

อุไรรัตน์ ภูสูงเนิน¹, จิตรภินันท์ ศรีจักโคตร²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าเวร 11 คน และพยาบาลพี่เลี้ยง 5 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา IOC ระหว่าง 0.6-1.0, 0.8-1.0 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98, 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผน โดยวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่ม พบว่าพยาบาลไม่มั่นใจในบทบาท หน่วยงานไม่มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน จากนั้นระดมสมองออกแบบโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ จัดทำคู่มือพยาบาลหัวหน้าเวรศึกษาด้วยตนเอง ก่อนเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ฝึกสถานการณ์จำลอง บทบาทสมมุติ 6 สถานการณ์โดยใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน และฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยง 1 เดือน 2) นำโปรแกรมไปใช้ 3) การสังเกต พบว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะภาวะผู้นำภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.936$, $p = 0.003$) 4) สะท้อนกลับ อภิปรายผลลัพธ์และร่วมกันพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร ที่ใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ, พยาบาลหัวหน้าเวร

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding Author. Dr.Jitphinan Srijakkhot. Email:jonsri@kku.ac.th

Received: August 29, 2024; Revised September 29, 2024; Accepted September 29, 2024

Development of a leadership competency enhancement program for In-charge nurse at the emergency department, Loei Hospital

Urairat Phusungnern¹, Jitphinan Srijakkhot²

Abstract

This action research aimed to study the development of a leadership competency enhancement program and compare leadership competency before and after joining the program among In-charge nurses in the emergency department of Loei Hospital. The sample group was purposively selected, consisting of 11 In-charge nurses and 5 mentor nurses. The research instrument was leadership competency enhancement program for In-charge nurses with a content validity index of 1.00. The data collection instruments were leadership competency and behavioral assessment form and a role performance observation form for In-charge nurses with a content validity index (IOC) of 0.6-1.0, 0.8-1.0, respectively, and a reliability of 0.98 and 0.98, respectively. General data were analyzed using descriptive statistics. Comparative analysis of competency before and after joining the program was performed using the Wilcoxon Signed Rank Test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The research results found that the leadership competency enhancement program for In-charge nurses in the emergency department, Loei Hospital, consisted of 4 steps: 1) Planning: Situation analysis through group discussions revealed that nurses were not confident in their roles and that the organization did not have a clear development model. Then, brainstorming was conducted to design a competency enhancement program, creating a handbook for In-charge nurses, a 2-day workshop, training in 6 role-playing scenarios using 4 modules of transformational leadership to practice problem solving, and 1-month practical training in real situations with mentor nurses. 2) Implementation of the program 3) Observation: It was found that In-charge nurses had higher leadership competency after participating in the program than before participating in the program with statistical significance at 0.05 ($Z = -2.936$, $p = 0.003$). 4) Reflection: Discuss the results and jointly develop a leadership competency enhancement program for head nurses in the emergency department, Loei Hospital.

Keywords: Leadership competency development program, In-charge nurse

¹Registered nurse, Senior professional level, Emergency and Accident Nursing Group, Loei Hospital.

²Corresponding Author. Nursing Instructors, Faculty of Nursing. Khon Kaen University.

บทนำ (Introduction)

ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) เป็นยุทธศาสตร์หลักของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข¹ การพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถ ศักยภาพ และสมรรถนะทำให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพที่ยั่งยืน² ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร ผู้นำมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการวางแผน นโยบาย ควบคุม กำกับ ติดตาม ประสานงาน ให้บุคลากรปฏิบัติงานให้สำเร็จ บรรลุตามเป้าหมาย องค์กรจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาและบ่มเพาะผู้นำ³ พยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้บริหารระดับต้นเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีความรู้ ทักษะ ทั้งด้านการพยาบาลและการบริหารจัดการ วิเคราะห์สถานการณ์ สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหา ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ติดต่อสื่อสารกับทีมผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและนอกหน่วยงาน กำกับ ดูแลคุณภาพการพยาบาลของผู้ร่วมงานในทีมให้ปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ การพัฒนาสมรรถนะเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะด้านภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการทำงานเป็นทีมและการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁴

อัตรากำลังกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลยมีพยาบาลวิชาชีพ 29 คน (รวมหัวหน้า) ปฏิบัติงานเวรเช้า 11 คน เวรบ่าย 10 คน เวรดึก 5 คน พยาบาลวิชาชีพพระดับ Novice : Advance beginner : Competent : Proficient : Expert 5 : 7 : 8 : 1 : 8 จำนวนพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Emergency Nurse Practitioner) ในขณะที่ยังไม่มี โรงพยาบาลเลยมีอัตราส่วน 5.8 : 1 ในปี 2562 พยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 10 ปี (Expert) ขอย้าย 3 คน พยาบาลวิชาชีพอายุงาน 5-7 ปี (Competent) ลาออก 1 คน ปี 2564 พยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 10 ปี (Expert) ขอย้าย 1 คน ในปี 2565 พยาบาลวิชาชีพอายุงาน 5-7 ปี (Competent) ขอย้าย 1 คน อายุงาน 8-10 ปี (Proficient) ขอย้าย 1 คน จากอัตราการลาออกโอนย้ายของพยาบาลอายุงานมากกว่า 5 ปี ส่งผลให้พยาบาลหัวหน้าเวรไม่เพียงพอ นอกจากนี้หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้าเวรที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ใช้วิธีฝึกปฏิบัติไปพร้อมกับการปฏิบัติจริง (On the job training) ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ

พยาบาลหัวหน้าเวรไม่สามารถควบคุม กำกับ ติดตามงานของทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์ ของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม การเตรียมความพร้อมก่อนเป็นหัวหน้าเวรจะช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจและลดความเครียด⁵ พยาบาลใหม่ที่มาทดแทนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าเวรไม่สามารถกำกับดูแลอย่างทั่วถึง ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำใน พยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร และเปรียบเทียบสมรรถนะภาวะผู้นำใน พยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษาโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำใน พยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย โดยการศึกษาตามกระบวนการของ Kemmis & McTaggart (1988)⁶ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนกลับ (Reflect) และการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำตามแนวคิด ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass & Avolio⁷ 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2) การสร้างแรงบันดาลใจ 3) การกระตุ้นทางปัญญา 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกส่วนบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ระยะเวลาดำเนินการเดือน เมษายน พ.ศ.2567 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2567 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) พยาบาลพี่เลี้ยง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน 2) พยาบาลหัวหน้าเวร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อายุงาน 3-10 ปี จำนวน 11 คน เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติศึกษา คือกลุ่มตัวอย่างย้ายออก ลาออก เจ็บป่วย ไม่สามารถอยู่เข้าร่วมในโครงการจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ

ภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ผู้วิจัยพยาบาลที่เลี้ยงและพยาบาลหัวหน้าเวรได้พัฒนาขึ้นจากปัญหา ความต้องการของหน่วยงาน ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน^๘ 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะงานในตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์ปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check

คะแนน 4.51-5.00 หมายถึงระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรมากที่สุด

คะแนน 3.51-4.50 หมายถึงระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรมาก

คะแนน 2.51-3.50 หมายถึงระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรปานกลาง

คะแนน 1.51-2.50 หมายถึงระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรน้อย

คะแนน 1.00-1.50 หมายถึงระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรน้อยที่สุด

2.3 แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย จำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) มาตรฐานประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ ในแต่ละข้อ ถ้าปฏิบัติถูกต้องให้ 3 คะแนน ถ้าปฏิบัติบางส่วนให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content

list) 2.2 แบบประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย^{9 10 11 12} จำนวน 44 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากระดับ 1 คือ ระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรน้อยที่สุด ถึง ระดับ 5 คือระดับสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรมากที่สุด องค์ประกอบสมรรถนะ 4 ด้าน 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2) การสร้างแรงบันดาลใจ 3) การกระตุ้นทางปัญญา 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกส่วนบุคคล โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก 1 คน พยาบาลวิชาชีพวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท 3 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำพยาบาลหัวหน้าเวร ความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 แบบประเมินสมรรถนะและแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติบทบาท

พยาบาลหัวหน้าเวร ความตรงตามเนื้อหา IOC ระหว่าง 0.6-1.0 ,0.8-1.0 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 11 คน ซึ่งเป็นบริบทที่คล้ายคลึงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98 ,0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE 662267 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2566 และได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลเลย เลขที่ EC020/2567 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย รูปแบบวิธีการ กิจกรรม การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลจะถูกปกปิด

และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้
1. การวางแผน (Planning) ในสัปดาห์ที่ 1-2 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน โดยสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลพี่เลี้ยง สรุปการวิเคราะห์พบว่า จำนวนพยาบาลหัวหน้าเวรไม่เพียงพอ พยาบาลหัวหน้าเวรไม่มั่นใจ กลัวไม่พร้อม ไม่เข้าใจบทบาทหัวหน้าเวร นอกจากนี้หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าเวรที่ชัดเจน ใช้วิธีฝึกปฏิบัติไปพร้อมกับการปฏิบัติจริง (On the job training) ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อมของการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ยังไม่เคยพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ พยาบาลหัวหน้าเวรต้องการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อเพิ่มความมั่นใจ จากนั้นร่วมกันระดมสมองออกแบบโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาล หัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

แผนภาพที่ 1. โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเลย

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนา

1. พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวรก่อนการพัฒนา

2. การเรียนรู้ด้วยตนเอง จากคู่มือพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ใน google drive ของหน่วยงาน

ระยะพัฒนาตามโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน การบรรยายและอภิปรายกลุ่มร่วมกันในเนื้อหา ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร (1 ชั่วโมง) 2. สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร (1 ชั่วโมง) 3. องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร (1 ชั่วโมง) 4. การมอบหมายงาน (1 ชั่วโมง) 5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (1 ชั่วโมง) 6. การจัดการความขัดแย้ง (1 ชั่วโมง) 7. การบริหารความเสี่ยง (1 ชั่วโมง) 8. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (1 ชั่วโมง) 9. กิจกรรมการฝึกสถานการณ์จำลอง บทบาทสมมติ 6 สถานการณ์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง (ตัวอย่างสถานการณ์ 1. เจ้าหน้าที่แสดงพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม

2. ญาติผู้ป่วยร้องเรียนทรัพย์สินสูญหายขณะมารับบริการ 3. พยาบาลวิชาชีพไม่บันทึกกิจกรรมพยาบาล 4. พนักงานโทรศัพท์ทำงานด่วนล่วงหน้า 3 ชั่วโมง 5. พยาบาลไม่สนใจปฏิบัติงานนั่งเล่นโทรศัพท์ 6. ห้องฉุกเฉินแออัด ได้รับรายงานทีมจะนำส่ง EMS กำลังผู้ป่วย CPR) โดยพยาบาลที่เลี้ยงและพยาบาลหัวหน้าเวรแสดงพฤติกรรมในการจัดการสถานการณ์ โดยใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน คือ (1) กิจกรรมการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์ สร้างบรรยากาศที่ดีสามารถนำทีม กระตุ้นสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติการแก้ปัญหาจนสำเร็จ (2) กิจกรรมการสร้างแรงบันดาลใจ พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกในการให้กำลังใจ ชมเชย เสริมแรงใจ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (3) กิจกรรมกระตุ้นทางปัญญา พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกในการกระตุ้นผู้ร่วมงาน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วม ตั้งคำถามนำไปสู่การแก้ไข้ปัญหา (4) กิจกรรมคำนึงถึงปัจเจกบุคคล พยาบาลหัวหน้าเวรแสดงออกในการประเมินผู้ร่วมงานเป็นรายบุคคล มอบหมายงานตามความรู้ ความสามารถ ขอบเขตหน้าที่ รับผิดชอบที่แตกต่างกัน สามารถสะท้อนข้อมูลกลับให้ผู้ร่วมงานเป็นรายบุคคลอย่างสร้างสรรค์

ระยะนำไปปฏิบัติจริงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ร่วมกับพยาบาลที่เลี้ยง ในเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก ระยะเวลา 1 เดือน

ระยะประเมินผล

ระยะประเมินผล

1. พยาบาลที่เลี้ยงติดตาม รวบรวมข้อมูล สนับสนุน ส่งเสริมการปฏิบัติงาน ดูแลรับผิดชอบสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และประเมินแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติงานบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร (Check list 25 ข้อ)

2. พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำ (Check list 44 ข้อ) ภายหลังการพัฒนา

2. การปฏิบัติตามแผน (Action) พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำก่อนดำเนินการตามโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 3-6 นำโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำที่พัฒนาขึ้นไปใช้เริ่มในวันที่ 10-13 มิถุนายน 2567 เวลา 13.30-16.30 น. ห้องประชุมของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยมอบหมายให้พยาบาลที่เลี้ยงดำเนินการอบรมในหัวข้อที่กำหนด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความรู้ ทักษะบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรอย่างมีส่วนร่วมตามเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น หลังการบรรยายใช้เทคนิคกรณีศึกษา โดยนำ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมาวิเคราะห์ โดยให้กลุ่มร่วมกันนำเสนอ อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุป เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ตามสถานการณ์จริง โดยเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และฝึกปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรในสถานการณ์จริง ในเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก ระยะเวลา 1 เดือน

3. การสังเกต (Observation) ในสัปดาห์ที่ 3-6 พยาบาลที่เลี้ยงเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะ สะท้อนผลการปฏิบัติงาน นิเทศ กำกับ ติดตาม และ

ประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทพยาบาล หัวหน้าเวร ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำ พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำด้วยตนเอง 4. การสะท้อนกลับ (Reflection) ในสัปดาห์ที่ 7 ให้ข้อมูลการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะและประเมินผล ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินผลรวบยอด โดยทำการวิเคราะห์ วิพากษ์ กระบวนการและผลการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ วิเคราะห์ปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะและประเมินผลลัพธ์ โดยสนทนากลุ่ม นำผลการวิเคราะห์ร่วมกัน มาปรับปรุง พิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed rank test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาล หัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิเคราะห์เนื้อหาในทุกขั้นตอนของการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน (Situation analysis) การประเมินกระบวนการทำงาน (Process evaluation)

และการประเมินผลรวบยอด (Summative evaluation)

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน มีช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 18.18) เป็นเพศหญิง จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 54.55) รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 45.45) ระดับการศึกษาสูงสุดจบ การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 100) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3-4 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 9.09) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5-7 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 72.73) ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 8-10 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 18.18) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ในตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าเวร แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน 1-2 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 36.36) ประสบการณ์การปฏิบัติงานใน ตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 3-4 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 45.45) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5-7 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 18.18)

2. การเปรียบเทียบสมรรถนะภาวะผู้นำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย พบว่า

คะแนนสมรรถนะภาวะผู้นำหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($Z = -2.936$, $p = 0.003$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย (n=11)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	Median	IQR	Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	P value
ก่อน	11	4.17	0.41	4.26	1.48	-2.934	0.003*
หลัง	11	4.59	0.32	4.69	0.88		

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

3. ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีดังนี้ 3.1 การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ (Situation analysis) พบว่า จำนวนพยาบาลหัวหน้าเวรไม่เพียงพอ พยาบาลหัวหน้าเวรใหม่ยังไม่มั่นใจ วิตกกังวล กลัวไม่พร้อม ไม่เข้าใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ไม่สามารถนำทีมกระตุ้นผู้ร่วมงานให้ปฏิบัติตาม ไม่สามารถสร้างแรงบันดาลใจโน้มน้าวให้ผู้ร่วมงานเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ยุ่งยาก นอกจากนี้หน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ใช้วิธีฝึกปฏิบัติไปพร้อมกับ การปฏิบัติจริง (On the job training) ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล

ผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่มีการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ พยาบาลหัวหน้าเวรไม่สามารถควบคุมกำกับ ติดตามงานของทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์ของตนเอง ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรใหม่ ไม่มั่นใจ พยาบาลหัวหน้าเวรต้องการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำเพื่อเพิ่มความมั่นใจ 3.2 การประเมินกระบวนการทำงาน (Process evaluation) กระบวนการพัฒนาสมรรถนะที่ได้พัฒนาขึ้นในเชิงโครงสร้างเป็นรูปแบบที่เหมาะสม แต่ในเชิงกระบวนการยังพบปัญหา กล่าวคือ ความไม่พร้อมเพียงในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากเวรไม่ตรงกัน การนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมจึงไม่ครบทุกคน จากอุปสรรคดังกล่าว ผู้วิจัยได้อธิบายและทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ ปรับช่วงเวลาจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบหมายพยาบาลที่เลี้ยงจาดตารางเข้าร่วมกิจกรรม ปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบ

ออนไลน์เพิ่มจากรูปแบบเดิม สนับสนุนให้คำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างแรงบันดาลใจ แม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคจากภาระงานและระยะเวลาที่ยืดหยุ่นปรับตามสถานการณ์ เช่น การพัฒนาความรู้ได้ปรับให้เป็นการสอนออนไลน์ การบันทึกคลิปวิดีโอในกลุ่มไลน์ของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลหัวหน้าเวร สามารถทบทวนเมื่อมีความพร้อม สามารถปรึกษาหรือแสดงข้อคิดเห็นต่างๆในกลุ่มไลน์ได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 3.3 การประเมินผลรวบยอด (Summative evaluation) สามารถพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำให้เพิ่มมากขึ้น บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนา และจากการนำข้อเสนอแนะมาปรับ พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลหัวหน้าเวรสามารถจัดเวลาอย่างเหมาะสม ดำเนินการตามแผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่กำหนดไว้ได้ ใช้รูปแบบการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม แต่เนื่องจากระยะเวลาภาคปฏิบัติมีระยเวลาน้อยเกินไป พยาบาลหัวหน้าเวรเสนอแนะเพิ่มเป็น 2 เดือน เพื่อนำข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมมาพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น และเพิ่มการฝึกทักษะการจัดการอุบัติเหตุในในรูปแบบ Table top exercise หรือฝึกซ้อมแผนเสมือนจริง เนื่องจากระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีสถานการณ์อุบัติเหตุ

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือ ร่วมพัฒนาของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลหัวหน้าเวรทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะภาวะผู้นำเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาโปรแกรมนี้เกิดจากการร่วมมือกันพัฒนาตามปัญหาและความต้องการ รับรู้วัตถุประสงค์ร่วมกัน วางแผนออกแบบโปรแกรม ลงมือปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน การอบรมเชิงปฏิบัติการมีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของกลุ่ม เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมุติ การตั้งคำถาม เมื่อพบอุปสรรคปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นตามสถานการณ์ พยาบาลพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ ปรึกษา นิเทศติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนการปฏิบัติ โดยการสังเกต ประเมินผลการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะภาวะผู้นำ สามารถปฏิบัติบทบาทได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด¹³ และการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์¹⁴และศึกษาโปรแกรมเสริมสร้าง

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินใน โรงพยาบาลชุมชน¹⁵ และ การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสอนงาน เพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น¹⁶ ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำที่ พัฒนาขึ้น ทักษะของการปฏิบัติของพยาบาล หัวหน้าเวรอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ($\bar{X}$ = 2.87 , S.D. = 0.24) ค่าเฉลี่ยรายบุคคลอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 69.90 , S.D. = 3.08) อภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่นำไปใช้สอดคล้องกับบริบท ของการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร และนำมาปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุภาพร มุลดีและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2565)¹⁷

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. **ผู้บริหารทางการพยาบาล** สามารถนำโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ใน เตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งพยาบาล หัวหน้าเวรใหม่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ มีสมรรถนะภาวะผู้นำสามารถปฏิบัติบทบาท พยาบาลหัวหน้าเวรได้

2. **พยาบาลที่เลี้ยง** ควรมีการ ทบทวน ประเมินตนเอง หาช่องว่างของ สมรรถนะที่คาดหวัง เพื่อนำมาพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่อง โดยการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ให้ สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้อง

ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ โดยอาศัยหลัก ความรู้และทักษะ เพื่อผู้รับบริการได้รับการ ดูแลแบบองค์รวม สามารถปฏิบัติบทบาท ด้านบริหารการพยาบาล ด้านปฏิบัติการ พยาบาล ด้านวิชาการ สามารถประเมินและ วางแผนการทำงานของสมาชิกทุกคนในเวร รวมทั้งช่วยเหลือดูแลสมาชิกในเวรให้ปฏิบัติ หน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. **พยาบาลหัวหน้าเวร** ควรมีการ ทบทวน ประเมินตนเอง หาช่องว่างของ สมรรถนะที่คาดหวัง หาความจำเป็นในการ พัฒนา นำมาพัฒนาตนเอง พัฒนาสมรรถนะ พยาบาลหัวหน้าเวรให้สามารถปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลที่เลี้ยง และพยาบาลวิชาชีพใหม่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิธีการพัฒนา สมรรถนะที่มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับ ปัญหา ความจำเป็นในระดับรายบุคคล ราย กลุ่ม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนา สมรรถนะไปพร้อมกันทั้งหน่วยงาน
2. ควรมีการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมเพิ่ม สมรรถนะภาวะผู้นำในพยาบาลหัวหน้าเวร แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ที่ได้ พัฒนาขึ้นเพื่อยืนยันผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำผลลัพธ์และรูปแบบการพัฒนามา พิจารณาปรับ (Re-planning) ในวงรอบต่อไป เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสม

3

. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพใน
พยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
เกี่ยวกับประสบการณ์และสมรรถนะภาวะ
ผู้นำ การเตรียมความพร้อมก่อนเป็นหัวหน้า
เวรที่ส่งผลกระทบต่อภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้า
เวรให้ตอบสนองการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่กลุ่ม
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลและโรงพยาบาลหนองคาย
รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุก
ท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาใน
เข้าร่วมการพัฒนา จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์
บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence
Strategy). (พิมพ์ครั้งที่ 1).นนทบุรี:
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข:
2560.
2. ณรงค์ ใจเที่ยง, วิกรม บุญนุ่น,
เลหลำ ตรีเอกานุกูล, ปฏิพัทธ์
วงศ์เรือง. ยุทธศาสตร์การพัฒนา
บุคลากรสาธารณสุขในระบบ
สุขภาพที่ยั่งยืน.วารสารกฎหมาย
และนโยบายสาธารณสุข,2565;
8(2): 313-327.
3. พลอยชมพู ทับถม, มณีนุช จัยเยี่ยม,
ธันธดา โรจนนตระกูล. การพัฒนา
ภาวะผู้นำ : จากทฤษฎีสู่แนวทางการ
ปฏิบัติที่ดีในองค์กร. Journal of Roi
Kaensarn Academi, 2565; 7(12):
304-319.
4. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้
ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
ผดุงครรภ์. นนทบุรี: ศรียอด การ
พิมพ์ : 2553.
5. หัสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย,
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของ
โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่
ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล
ระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลสาร, 2562;
46(2): 152-163.
6. Kemmis, S., & McTaggart, R.
The Action Research Planner
.3rd Geelong: Deakin University
Press :1992.
7. Bass, B.M. & Avolio, Bruce J.
Transformational leadership
development, Pola Alto,
California: Consulting
Psychologists: 1994.
8. สำนักงานพยาบาล สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประกัน
คุณภาพการพยาบาล:การประเมิน
คุณภาพ การบริการพยาบาลผู้ป่วย

- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์: 2554.
9. สิริพัชร รามไตรโร. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์กรณีศึกษา เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565
 10. วราภรณ์ เจริญบุญ, ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, และกรรณิการ์ สุวรรณโคตร. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 2559; 10(2):111-124.
 11. วรา เขียวประทุม, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์, ปราณี มีหาญพงษ์ . องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2563.
 12. เสาวนีย์ วงษ์พัชรวาทกุล, ศิวะนันท์ ศิวพิทักษ์, โสภณ แยมกลิ่น, นิติ มุขยวงศา, พิมพ์ดา ภางาม ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์. วารสารสุทธิปริทัศน์. 2562; 33(105):76-89.
 13. อรณัญชัย ศไกร, วรณชนก จันทุม. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด. วารสารโรงพยาบาล สกลนคร. 2567;27(1): 56-67.
 14. ศรีบังอร อรัญเวทย์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ปราโมทย์ ทองสุข. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28(2), e258016.
 15. ศิริมล สมุทรสาธัญ. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา [Doctoral dissertation]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

16. ดารา คำแหวน, สมปราวณา ดาผา. การพัฒนารูปแบบการสอนงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะ พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566; 27(1): 83-94.
17. สุภาพร มูลดี, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. การพัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยในมะเร็งเคมีบำบัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565; 26(2): 78-90.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี

อัญชลี ตรุณวงษานนท์¹, จินดา ผุดผ่อง¹, สายันต์ โสมิตาภา¹, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา โดยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหออผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 2 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมีจำนวน 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน และ 2) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 36 คน การศึกษาวิจัย มี 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการนิเทศทางคลินิก 2) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทัศนคติด้านการนิเทศ แบบประเมินสมรรถนะของผู้นิเทศ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแบบบันทึกผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีชนิดสัมพันธ์กัน (Dependent t-test) ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor) ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของผู้นิเทศ คู่มือการใช้รูปแบบ แผนการดำเนินการ และการติดตามการประเมินผลคุณภาพการนิเทศทางคลินิกและการพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับคะแนนสมรรถนะผู้รับการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.29), แต่คะแนนทัศนคติต่อรูปแบบการนิเทศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 เห็นได้ว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นช่วยพัฒนาผลลัพธ์ด้านคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการเสียชีวิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การนิเทศทางคลินิก, การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

¹พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุทัยธานี

²อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author; ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, Email: parinda@bcnchainat.ac.th

Received: September 2, 2024; Revised September 29, 2024; Accepted September 29, 2024

The Development of a Clinical Supervision Model for Nursing Care of Older Patients with Surgery Hip Fracture at Uthai Thani Hospital

Anchalee Tarunawongsanon¹, Jinda Pudpong¹, Sayan Kositapa¹, Parinda Sritharapipat²

Abstract

This research and development aims to create a clinical supervision model and evaluate its effectiveness. The study was conducted in the orthopedic surgery ward and special ward of Uthai Thani Hospital from January 2, 2024, to July 31, 2024. The purposive sample consisted of 2 groups: 1) 22 professional nurses and 2) 36 elderly patients with hip fracture who underwent surgery. The research consisted of 3 phases: 1) a study of the analysis of the clinical supervision problem situation; 2) the development of a clinical supervision model; and 3) a study of the effectiveness of the supervision model. The data collection tools were a knowledge test, a supervisory attitude assessment form, a supervisor competency assessment form, a satisfaction assessment form with the model, and a nursing quality outcome record form. Data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test. The results of the study found that the clinical supervision model developed based on Proctor's concept consisted of a supervisor potential development workshop, a manual for using the model, an action plan, and a follow-up evaluation of the clinical supervision and nursing quality. After using the clinical supervision model, it was found that the mean scores of knowledge and satisfaction of professional nurses were significantly higher than before using the model ($p < 0.05$). The level of clinical supervisee competence was at a high level ($\bar{X} = 3.08$, S.D.=0.29), but the attitude scores toward the supervision model were not significantly different at the 0.05 level. It can be seen that the developed clinical supervision model helped improve the outcomes in terms of nursing practice quality, reduce the number of hospital stays, costs, mortality rates, and reduce the risk of postoperative complications.

Keywords: Model development, Clinical Supervision, Nursing care of Older Patients with Surgery Hip Fracture

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Uthai Thani Hospital

²Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development

บทนำ (Introduction)

ภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวและสถานพยาบาลมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และยังพบความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตพบอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 202 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย¹ ประมาณการว่าแต่ละปีมีผู้สูงอายุมากกว่า 4.5 ล้านคนทั่วโลกเกิดทุพพลภาพจากกระดูกสะโพกหัก และผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี พ.ศ. 2593 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2561

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักพบในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับจาก 12.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 17.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573² และพบอัตราผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะโรคกระดูกพรุนและการพลัดตกหกล้ม มีประมาณ 300 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2560 และมีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุสูงถึง 238.5 ต่อประชากร

แสนคน และพบผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักพบอัตราการเสียชีวิตสูงติดอันดับ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรไทย³ จังหวัดอุทัยธานีพบแนวโน้มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลอุทัยธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566⁴ พบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 150 และ 152 และ 204 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 127 ราย (ร้อยละ 84.67) 130 ราย (ร้อยละ 85.53) และ 181 ราย (ร้อยละ 88.73) ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 172 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.70 ยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งภาวะปอดบวม ติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบร้อยละ 1.69 และ 4.97 และ 5.82 ตามลำดับ การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ ร้อยละ 39.3 พบปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน และร้อยละ 24.08 พบมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ⁵ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ระยะเวลารอดนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกละโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดให้มีมาตรฐานทางวิชาชีพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับความพึงพอใจนั้น จำเป็นต้องมีระบบการนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและทักษะทางวิชาชีพของพยาบาล ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และช่วยสร้างมาตรฐานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น โดยการนิเทศทางคลินิก นับเป็นเครื่องมือในกระบวนการสนับสนุนวิชาชีพที่ผู้รับการนิเทศสามารถแลกเปลี่ยนความสามารถในคลินิก ด้านการทำงานในองค์กร ด้านการพัฒนา และการจัดการด้านอารมณ์กับบุคลากรในวิชาชีพ เชื่อมั่นที่จะพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะ⁶ เพื่อให้ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนปัญหาการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกละโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบปัญหาในประเด็นการนิเทศทางคลินิกน้อยลง ไม่มีรูปแบบของการนิเทศที่ชัดเจน ขาดคู่มือและแผนการนิเทศ ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนิเทศ และอัตรากำลังมีน้อยไม่เพียงพอกับภาระงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ ได้ตระหนักถึง

ความสำคัญและความจำเป็นในการจัดรูปแบบนิเทศทางคลินิก โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกละโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน

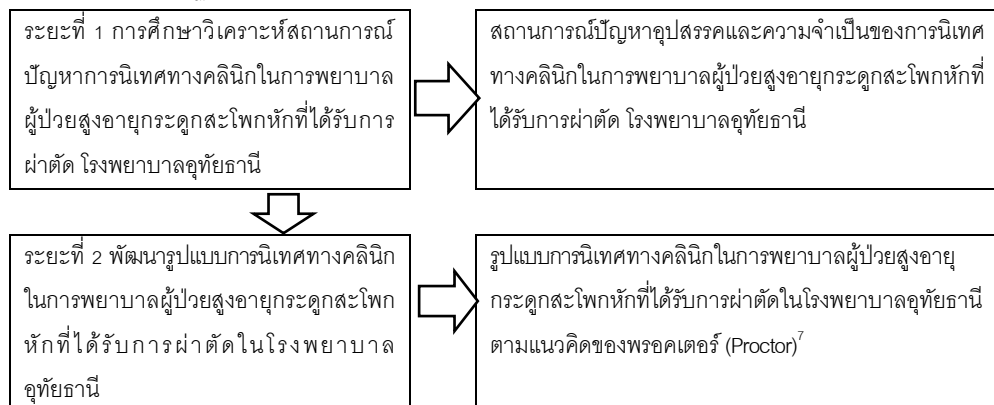
จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่มีการพัฒนาเฉพาะรูปแบบการพยาบาล แต่มีหลายการศึกษายืนยันสอดคล้องตรงกันว่า มีการนำแนวคิดการนิเทศงานตามรูปแบบของพรอคเตอร์ (Proctor)⁷ มาใช้เป็นกรอบการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก เช่น การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพในกระแสนิเทศ^{8,9} ในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้พัฒนาแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพในกระแสนิเทศ⁹ ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยพบความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในระดับมาก เพิ่มความรู้ ทักษะต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น นำมาเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นรูปแบบที่เน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วย ยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศด้านความรู้ ทักษะ และทักษะต่าง ๆ

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มการพยาบาล เห็นความสำคัญดังกล่าวจึงศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก

ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยเป็นรูปแบบที่พัฒนาสมรรถนะผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี ในด้านบุคลากรพยาบาล กระบวนการนิเทศการปฏิบัติพยาบาลตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล



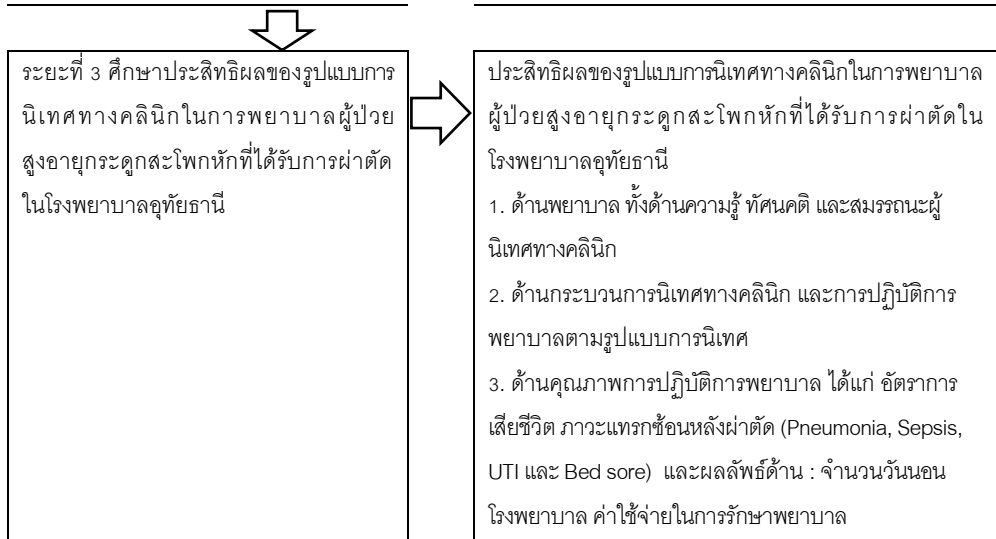
ขอบเขตการวิจัย การศึกษาครั้งนี้

ศึกษารูปแบบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปรับการรักษกระดูกสะโพกหักแบบปิดที่ตำแหน่งกระดูกคอสะโพก กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก และกระดูกใต้

อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก และได้รับการผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/2-3 ของโรงพยาบาลอุทัยธานี ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม - 31 กรกฎาคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor) ยึดมาตรฐาน 3 ส่วนคือ 1) การนิเทศตามแบบแผน (Formative supervision) 2) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative supervision) 3) การนิเทศเพื่อสนับสนุน (Restorative supervision) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุทัยธานี** ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 31 มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลสนทนากลุ่ม ใช้การคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 2 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 8 คน ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/2-3 และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุกระดูก

สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม - ธันวาคม 2566 จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แนวประเด็นคำถามเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาการนิเทศทางคลินิก 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) แบบบันทึกการสังเกตการณ์วิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1. ศึกษาทบทวนปฏิบัติการทางคลินิกเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ประเมินปัญหาที่พบในด้านคุณภาพการปฏิบัติพยาบาลที่ไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลกระทบต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2. ทบทวนระบบการนิเทศทางคลินิก โดยใช้การสนทนากลุ่มพยาบาลในประเด็นปัญหาและความต้องการการนิเทศ

ทางคลินิก ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะผู้นิเทศทางคลินิก และการพยาบาล เฉพาะผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด 3. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และผลลัพธ์ด้านพยาบาล กระบวนการนิเทศทางคลินิก และการปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก (แบบเดิม) และด้านคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่ไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย 4. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิก 5. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิก สรุปและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา **ระยะที่ 2 พัฒนา** รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2567 จัดตั้งทีมพัฒนาการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาออกแบบพัฒนาประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor)⁷ เป็นแนวทางดำเนินการในกระบวนการนิเทศ เพื่อให้ผู้นิเทศใช้เป็นแนวทางในการนิเทศ ได้แก่ 1) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุม การปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษาและร่วมกันแก้ปัญหา 2) การนิเทศตามแบบแผน เป็นการกำหนดแบบแผนการนิเทศตามรายละเอียดของกิจกรรมตามรูปแบบการนิเทศ 3) การนิเทศตามมาตรฐาน ใช้ในการ

ติดตามการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับพยาบาลรายบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล มีการบันทึกผลการประเมิน และการสะท้อนกลับเป็นลายลักษณ์อักษร

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของร่างรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบและปรับแก้ไข ผลค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะผู้นิเทศ แบบประเมินทัศนคติแบบบันทึกกระบวนการพยาบาล เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีค่า IOC เท่ากับ 0.90 **ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาล** ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี ดำเนินการ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/2-3 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นผู้นิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการประเมินสมรรถนะผู้นิเทศ อย่าง

น้อยร้อยละ 80 จำนวน 10 คน และผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจำนวน 12 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหอผู้ป่วยพิเศษ 50 ปี/2-3 โรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 2) แบบทดสอบความรู้ (ด้านการนิเทศทางคลินิกและการพยาบาล) จำนวน 20 ข้อ มาตรฐานแบบนามบัญญัติ 3) แบบประเมินทัศนคติต่อการนิเทศทางคลินิก 6 ด้าน 4) แบบประเมินสมรรถนะผู้นิเทศทางคลินิก จำนวน 32 ข้อ และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ จำนวน 30 ข้อ โดยแบบทดสอบชุดที่ 3-5 มีลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ 6) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 25 ข้อ แบบ check list มาตรฐานแบบนามบัญญัติ

การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชุดที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นผู้นิเทศทางคลินิกในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ

กลุ่มตัวอย่าง และมีบริบทระบบการทำงานบริการและการบริหารทางคลินิกใกล้เคียงกันจำนวน 10 คน โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 1 – 30 เมษายน 2567 รวม 1 เดือน มีค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ระหว่าง 0.79 - 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection Methods) ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ประธานงานแจ้งหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บข้อมูล 2. ทบทวนเวชระเบียนที่วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยสูงอายุกะดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด 3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งแจ้งรายละเอียดและขอความร่วมมือการเข้าร่วมการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 4. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยใช้การประชุมคณะทำงาน 4 ครั้ง และนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกตรวจสอบความเป็นไปได้ ทดลองใช้จริง ปรับปรุงคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล 5. ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ด้านบุคลากรพยาบาล กระบวนการนิเทศการปฏิบัติพยาบาล และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษานี้ปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี เลขที่ UTH-IRB 01/2567 วันที่ 15 ธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้วิธีสรุปเนื้อหา นำมาออกแบบรูปแบบการนิเทศ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาล และสมรรถนะผู้นิเทศทางคลินิก ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Pair sample t-test

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สรุปได้ 3 ประเด็นดังนี้ 1) ด้านบุคลากร: ผู้นิเทศไม่เข้าใจบทบาทตนเอง ไม่

ชัดเจนในการสื่อสาร ขาดความพร้อมจากอัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนิเทศ จึงสะท้อนปัญหาการนิเทศที่นำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาผู้รับการนิเทศไม่ชัดเจน และไม่มีคุณสมบัติของผู้นิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ใช้เพียงการพิจารณาตามความรู้และความสามารถ ไม่มีการนำสมรรถนะการนิเทศทางคลินิกมาใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 2) ด้านกระบวนการนิเทศ: มีการนิเทศทางคลินิกน้อยลง รูปแบบการนิเทศทางคลินิกยังไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง กิจกรรมการนิเทศไม่หลากหลาย ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย 3) ด้านทรัพยากรเครื่องมืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศและการพยาบาลผู้ป่วย: พบว่า ไม่มีคู่มือการนิเทศเฉพาะ ไม่มีแบบบันทึก สะสมผลงานต่าง ๆ เพื่อนำมาประเมินผลการนิเทศร่วมกัน

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้รูปแบบดังนี้

รูปแบบการนิเทศทางคลินิก (แบบเดิม)	กรอบแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์	รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบใหม่
1. ผู้นิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย	1. การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical Supervision)	1.1 การวางแผนการนิเทศร่วมกันทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ
2. ผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน		1.2 ประชุมปรึกษาการพยาบาล
3. เรื่องในการนิเทศ เน้นใน		1.3 การสร้างสัมพันธภาพในหน่วยงาน 2.1 กำหนดผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

รูปแบบการนิเทศทาง คลินิก (แบบเดิม)	กรอบแนวคิดการนิเทศของ พรอคเตอร์	รูปแบบการนิเทศทางคลินิก แบบใหม่
ด้านกระบวนการพยาบาล (Nursing care process) 4. ไม่มีรูปแบบการนิเทศทาง คลินิกที่เป็นรูปธรรม ไม่มี ความชัดเจน 5. แผนการนิเทศถูกกำหนด โดยหัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาล ออร์โธปิดิกส์ 6. รายงานผลเป็นรายบุคคล ร่วมกับการประเมิน สมรรถนะ โดยวัดความรู้ พยาบาลวิชาชีพ	2. การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical Supervision) 3. การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical Supervision)	- ผู้นิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการ ประเมินสมรรถนะผู้นิเทศ อย่างน้อยร้อยละ 80 - ผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงาน 2.2 พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก - การจัดทำแผนงาน โครงการ - การเตรียมให้ความรู้การนิเทศทางคลินิกและ การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ - การจัดทำคู่มือการนิเทศ และแนวปฏิบัติการ พยาบาล - การกำหนดให้ผู้รับการนิเทศ มี แฟ้มสะสม งาน (Portfolio) - ผู้นิเทศเตรียมแบบรายงานการนิเทศ 2.3 ขั้นตอนการดำเนินการนิเทศทางคลินิก- Case Conference ทุกวันตอนเช้า ประมาณ 30 นาที - การสอนรายกลุ่ม และการให้คำปรึกษา สัปดาห์ละ 3 วัน - การสอนรายบุคคล สัปดาห์ละ 3 วัน - การสังเกตพฤติกรรม และการร่วมปฏิบัติการ พยาบาล - การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล 3.1 สรุปผลหลังการนิเทศร่วมกัน 3.2 การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก แก่ปัญหาพร้อมกัน 3.3 บันทึกข้อมูล ผลการประเมิน ไว้ในแฟ้ม สะสมงาน 3.4 การกำกับติดตาม ประเมินคุณภาพการ นิเทศทางคลินิก และคุณภาพการปฏิบัติการ พยาบาลตามแนวปฏิบัติ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทัยธานี 1. ผลลัพธ์ด้านพยาบาล สำหรับพยาบาลผู้รับการนิเทศ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1.1 ความรู้ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 1.2 ทักษะปฏิบัติ ประเมินทักษะปฏิบัติ 6 ด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติต่อรูปแบบการนิเทศ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติต่อรูปแบบด้านการนิเทศรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน

1.3 สมรรถนะด้านการนิเทศทางคลินิก ประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านวิชาการเชิงคลินิก ด้านการปฏิบัติ การนิเทศทางคลินิก ด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศทางคลินิก ด้านการสอนในคลินิกด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.08$, S.D.= 0.29) 2. ด้านกระบวนการนิเทศการปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก 2.1 ด้านการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประเมิน 3 ด้าน พบว่า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

การปฏิบัติตามรูปแบบ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		Mean difference	95 % CI of Mean difference		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		Lower	Upper	
1.การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	11.25	0.44	11.89	0.32	0.64	0.47	0.80	<0.001
2.การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	16.19	1.60	17.47	0.65	1.28	0.69	1.86	<0.001
3.การวางแผนดูแลต่อเนื่อง	18.72	1.03	19.94	0.33	1.22	0.83	1.61	<0.001
รวม	46.17	2.30	49.31	0.79	3.14	2.33	3.95	<0.001

$p < 0.05$

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกด้าน

3. ด้านคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ มีอัตราการเสียชีวิตลดลง จาก 1 ราย เป็น 0 ราย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะ Pneumonia และ Bed sore ลดลงจาก 1 ราย เป็น 0 ราย ส่วนภาวะ UTI ยังพบ 1 ราย ทั้งก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ส่งผลต่อการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย จาก 9.09 วัน เป็น 8.58 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดลงจาก 64,809.72 บาท เป็น 59,225.15 บาท

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์ 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วย จากการทบทวนเวชระเบียน การสนทนากลุ่ม ได้สรุปสภาพการณ์ปัญหา แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของงาน โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ทำให้ผู้นิเทศได้รับความรู้ ทักษะที่ดีต่อการนิเทศทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาล ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายและ

กิจกรรมการนิเทศร่วมกัน ทำให้การจัดการนิเทศไม่รบกวนภาระงานทางคลินิก การสื่อสารมีความชัดเจน การนิเทศตามแบบแผนช่วยให้เข้าใจบทบาทตนเอง สอดคล้องกับ ลดาร์ตัน วณิชยานันต์ และคณะ⁹ ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยพัฒนารูปแบบมาจากการสะท้อนของผู้ปฏิบัติที่ไม่เข้าใจเรื่องการนิเทศ และวิธีการนิเทศที่ไม่มีความชัดเจน จัดทำรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบปัญหาใน 3 ด้านคือ 1) ปัญหาด้านบุคลากรผู้นิเทศที่มีความรู้ ทักษะและสมรรถนะการนิเทศแตกต่างกัน 2) ด้านกระบวนการนิเทศทางคลินิกและระบบงาน และ 3) ด้านทรัพยากรเครื่องมืออุปกรณ์เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก^{9,10}

2. ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีส่วนร่วม บนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor)⁷ อธิบายได้ว่า การนิเทศภายใต้แนวคิดของพรอคเตอร์ มุ่งเน้นการนิเทศแบบมีส่วนร่วมที่มีการกำหนดขั้นตอนการนิเทศไว้เป็นแนวทาง

ที่ชัดเจนทั้งการนิเทศตามแบบแผน การนิเทศตามมาตรฐาน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ มีการกำหนดขอบเขตแผนกิจกรรมที่กำหนดหัวข้อการนิเทศร่วมกัน รับฟังปัญหา สนับสนุนช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนเหตุผลเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนิเทศแต่ละครั้ง จึงช่วยให้มีการพัฒนาทักษะและความรู้ของพยาบาลผู้รับการนิเทศอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้พยาบาลรู้สึกถึงการสนับสนุนและการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดการยอมรับ จึงทำให้มีการประเมินผลลัพธ์การนิเทศอย่างเป็นระบบและจัดเก็บไว้ในแฟ้มสะสมงานของผู้รับการนิเทศ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่นำแนวคิดของพรอคเตอร์มาใช้กำหนดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ยืนยันตรงกันว่า รูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ทำให้มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เมื่อนำแผนการนิเทศไปปฏิบัติจริง จึงทำให้รู้สึกมั่นใจในเรื่องที่นิเทศ ช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศและพัฒนาความรู้ความสามารถทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ^{7-9,11-13} นอกจากนี้ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกนี้ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ด้วยการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศ ให้ความรู้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ผูกการเขียนแผนนิเทศ และสอนแนะ (Coaching) ทำให้ผู้นิเทศมีการพัฒนาตนเองด้านความรู้ และทักษะ⁷⁻¹¹

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางคลินิก สะท้อนการนำรูปแบบตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ดังนี้ 3.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล 3.1.1 ด้านความรู้ พบว่า พยาบาลที่ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิก มีความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 72.70 และมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกและการพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 โดยผลการวิจัยสนับสนุนว่า รูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนับสนุนความรู้ และทักษะปฏิบัติซึ่งกันและกัน ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ซึ่งได้จากประสบการณ์และข้อเสนอแนะแบบเปิดกว้าง สามารถเสริมสร้างความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ทำให้แนวทางปฏิบัติชัดเจนขึ้น จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลและการเป็นผู้นิเทศ เมื่อได้รับการพัฒนารูปแบบจึงทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การใช้รูปแบบการนิเทศของพรอคเตอร์ช่วยให้มีการพัฒนาทักษะและความรู้ของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง^{8,9,11}

3.1.2 ด้านทัศนคติ เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมี

คะแนนทัศนคติต่อรูปแบบการนิเทศาก่อนและหลังได้รับการพัฒนาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล ด้านการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ด้านการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสอนงาน และด้านการนิเทศรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม จึงเห็นได้ว่า รูปแบบที่พัฒนานี้ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและสนับสนุนสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ที่ใช้รูปแบบการนิเทศของพรอคเตอร์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติไม่แตกต่างกันในช่วงระยะเวลา 5 สัปดาห์ของการใช้โปรแกรม¹⁰

3.1.3 ด้านสมรรถนะผู้รับการนิเทศทางคลินิก พบว่าคะแนนสมรรถนะรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.08$, S.D.= 0.29) โดยมีสมรรถนะรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน มีเพียงสมรรถนะด้านวิชาการเชิงคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การนำรูปแบบการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ที่พัฒนาขึ้น ช่วยเสริมความรู้และทัศนคติที่ดี ส่งผลให้มีสมรรถนะผู้รับการนิเทศอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทักษะการสะท้อนและการอภิปรายกรณีศึกษา ซึ่งเป็น

ส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะการจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อน จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้นิเทศช่วยสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะแบบสร้างสรรค์ แทนการตรวจสอบทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์มาใช้ในการนิเทศงานทางคลินิกที่มีรูปแบบและกิจกรรมที่ชัดเจน ช่วยพัฒนาสมรรถนะได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านทักษะการนิเทศ ซึ่งทำให้พยาบาลรู้สึกถึงการสนับสนุนและความช่วยเหลือ เกิดความพึงพอใจและความภาคภูมิใจต่อองค์กรที่เพิ่มขึ้น^{10,11} อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคทำให้สมรรถนะด้านวิชาการเชิงคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การจัดสรรเวลาทรัพยากร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา โดยพัฒนาสมรรถนะวิชาการหน้างาน (On the job training) เช่น กลุ่มโรคสำคัญ การใช้เครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็น ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในเวลาที่กำหนดและเร่งด่วน 3.2 ด้านกระบวนการนิเทศ การปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก 3.2.1 การประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกและแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากขึ้นกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกด้าน เนื่องมาจากการปฏิบัติตามรูปแบบที่ชัดเจนจะสามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วนมากกว่าก่อนการ

ใช้รูปแบบฯ ซึ่งขึ้นกับสถานการณ์ขณะนั้น

3.2.2 ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล หลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศเพิ่มสูงกว่า ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.57$) โดยมีความพึงพอใจในด้านการ นิเทศตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.59$) เนื่องจากผู้นิเทศร่วม รับฟังปัญหา เสนอแนะ และสนับสนุนผู้รับ การนิเทศเมื่อเกิดปัญหา แตกต่างจากการ ศึกษาของรังสิยา ไผ่เจริญ¹² เรื่องผลของ การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ต่อความพึงพอใจในการนิเทศของ พยาบาล พบว่าความพึงพอใจก่อนและหลัง การนิเทศไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง มีความเห็นว่า ภาระงานต่างๆ มีผลกระทบต่อกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เป็นการยากลำบากที่จะจัดเวลาให้เหมาะสม สำหรับการได้รับการนิเทศทางคลินิก

3.3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการปฏิบัติการ พยาบาล ประเมินจากเกณฑ์ตัวชี้วัดของ ระบบบริการสุขภาพ พบว่า หลังการใช้ รูปแบบการนิเทศช่วยลดจำนวนวันนอน โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัด แต่ยังพบผู้ป่วย 1 รายเกิดภาวะ UTI (ร้อยละ 2.78) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบ เป็นผู้ป่วยสูงอายุหญิง เบาหวาน ช่วยเหลือ ตนเองได้น้อย ทำให้เกิดภาวะ UTI ได้ง่าย

สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการนิเทศนี้ ส่งผลดี ต่อการพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับหลาย การศึกษาที่สนับสนุนการนำรูปแบบการ นิเทศตามแนวทางของพรอคเตอร์ไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มทักษะการ ทำงานและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้ดี ขึ้น สามารถระบุปัญหา ข้อบกพร่องใน กระบวนการดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงวิธีการ ปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความต้องการของ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷⁻¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรจัดให้ มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูล ประเด็นสำคัญ นำไปสู่การ แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

2. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ในแผนก คลินิกกรรม และขยาย

ผลรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในแผนกอื่น ของโรงพยาบาลอุทยานนี้

3. ด้านการพัฒนาบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ นำไปใช้เป็นระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินสมรรถนะตามรูปแบบการ นิเทศ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ยกระดับมาตรฐานที่สูงขึ้น

4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้ แนวทางการศึกษาวิจัยรูปแบบการนิเทศทาง คลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น และ

ขยายผลการทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลอื่น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามสมรรถนะผู้
นิเทศทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนา ในระยะ 6
เดือน และ 1 ปี เพื่อให้รูปแบบการนิเทศทาง
คลินิกมีประสิทธิภาพที่ยั่งยืนและพัฒนา
มาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาล

2. ศึกษาวิจัยขยายผลรูปแบบการ
นิเทศทางคลินิกนี้ ไปใช้ในแผนกอื่นของ
โรงพยาบาล

3. ควรศึกษาการพัฒนาเครื่องมือ
ประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้นิเทศทาง
คลินิก และประเมินผลการปฏิบัติงานของ
พยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Cheng SY, Levy A-R, Lefaiivre
KA, Guy P, Kuramoto L, Sobolev
B. Geographic trends in
incidence of hip fractures: A
comprehensive literature
review. Osteoporosis
International. 2011; 22(10):
2575-2586.
2. Daraphongsataporn N, Saloa S,
Sriruanthong K, Philawuth N,
Waiwattana K., Chonyuen P,
et al. One-year mortality rate
after fragility hip fractures and

associated Risk in Nan,
Thailand. Osteoporosis and
Sarcopenia. 2020; 6(2): 65-70.

3. Sucharitpongpan W,
Daraphongsataporn N, Saloa S,
Philawuth N, Chonyuen P,
Sriruanthong K, et al.
Epidemiology of fragility hip
fractures in Nan, Thailand.
Osteoporosis Sarcopenia. 2019; 5(1):
19-22.
4. โรงพยาบาลอุทัยธานี. รายงาน
ข้อมูลสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาล
อุทัยธานี ปี 2564-2566. อุทัยธานี:
โรงพยาบาลอุทัยธานี; 2566.
5. Poh KS, Lingaraj K.
Complications and their risk
factors following hip fracture
surgery. J Orthop Surg (Hong
Kong). 2013; 21(2): 154-57.
6. พรธิดา ชื่นบาน, ธนาวรรณ แสน
ปัญญา, ทิพากร กระเสาร์. การ
พัฒนารูปแบบการพยาบาล
ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับ
การผ่าตัดผ่านช่องทางดัดวง
โรงพยาบาลแพร่. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข. 2564; 31(3):
70-84.

7. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills, and Intention. In Cutcliffe JR. Butterworth T. and Proctor B. (Eds). Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
8. รัชนีวรรณ คุณตระกูล, พิชญพันธุ์ จันทระ, พัชรียัมแย้ม, สุรีย์พร กุมภาคา, รัชนี นามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562; 30(2): 193-209.
9. ลดารัตน์ วณิชยานันต์, พาณี วิรัชกุล, สุภัทรา สิงห์สุรศักดิ์, และนิศมา ภูษคินิตย์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2565; 12(3): 576-597.
10. สุพัตรา สงฆรักษ์. ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก สำหรับผู้บริหารการพยาบาล ระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560.
11. แสงมะลิ พลเวียง. พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัด บึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2566]; เข้าถึงจาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-oc/20240403154403.pdf>.
12. รังสิยา ไผ่เจริญ. ผลของการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ต่อความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจและความพึงพอใจในการนิเทศของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การจัดการการพยาบาล), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต. 2555.

การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

สมหมาย ชาน้อย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ย้อนหลัง (Retrospective Study) จากเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR: Plan-Act-Observe-Reflect) 1 วงรอบ ระยะที่ 3 เป็นประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 140 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัยได้รูปแบบ "BANPHAI MODEL" ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ: 1) Board: โครงสร้างคณะกรรมการ 2) Activity: กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค 3) Network: การประสานเครือข่าย 4) Participation: การมีส่วนร่วมของชุมชน 5) Health Literacy and Entertainment: การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและกิจกรรมนันทนาการ 6) Awareness: การสร้างความตระหนัก 7) Integration: การบูรณาการทุกภาคส่วน ผลการประเมินพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไก พชอ. ได้ตามเป้าหมาย

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค, พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Sommay Charnoi, Email: pcukk04360@gmail.com

Received: September 9, 2024; Revised September 24, 2024; Accepted September 29, 2024

The Model of Prevention and control of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma, by the district quality of life development committee mechanism in Ban Phai District, Khon Kaen Province.

Sommayc charnoi

Abstract

This study aimed to develop and evaluate an operational model for the prevention and control of liver fluke disease and bile duct cancer using the mechanism of the District Quality of Life Development Committee in Ban Phai District, Khon Kaen Province. The research was conducted from July to September 2024 and consisted of three phases. Phase 1: A retrospective study examining the situation and issues related to liver fluke infection and cholangiocarcinoma in Ban Phai District, Khon Kaen Province. This phase involved analyzing relevant documents and reports. Phase 2: The development of an operational model through a quality management process, utilizing one cycle of the PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) framework. Phase 3: The evaluation of the developed model, which compared an experimental group with a control group, each consisting of 140 participants. Data analysis was performed using both descriptive and inferential statistics. The research resulted in the "BANPHAI MODEL," comprising seven components: 1) Board: a structured committee, 2) Activity: disease prevention and control activities, 3) Network: stakeholder coordination, 4) Participation: community involvement, 5) Health Literacy and Entertainment: health literacy development and recreational activities, 6) Awareness: raising community consciousness, and 7) Integration: cross-sector collaboration. Post-intervention evaluation revealed that the experimental group showed significantly higher average scores in knowledge, attitudes, and participation compared to pre-intervention ($p < 0.05$). Participants reported high satisfaction with the model. This developed model effectively enhanced community capacity in preventing and controlling liver fluke disease and bile duct cancer using the District Quality of Life Development Committee mechanism, achieving the set objectives.

Keywords: Disease Prevention and Control Model, Liver Fluke, Bile Duct Cancer, District Quality of Life Development Committee

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Phai District Public Health Office, Khon Kaen Province.

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ในระยะแรกของการเกิดโรคอาจมีอาการที่ไม่รุนแรงนักแต่สามารถส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ประเทศขาดประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการทำงานและต่อการพัฒนาประเทศ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีตามมาและเสียชีวิตในที่สุด¹ จากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.2561-2565 อัตราตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับเป็น 24.3, 24.8, 24.7, 24., 23.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 5.65, 4.73, 4.3, 3.23, 3.22 ตามลำดับ² ปี 2568 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยในคือ อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในคนและปลาลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 และใน พ.ศ. 2578 อัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 โดยมีมาตรการดำเนินงานสนับสนุนให้เกิดตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อบรรลุเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ดังนี้ 1.) การเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2.) จัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ครบทุกพื้นที่ พร้อมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3.) จัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องหลักสุขภาพ 4.) รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่ 5.) รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูลตามระบบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และ 6.) พัฒนานวัตกรรมและพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการรักษามะเร็งท่อน้ำดี³ จากสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดขอนแก่นในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุหลักของการตายอันดับ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี 41, 75, 43, 88, 44, 37, 44, 80, 42, 66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่า 30 ต่อแสนประชากร⁴ และสาเหตุการตายของประชากรอำเภอบ้านไผ่ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของการตายอันดับ 1 ระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ 28.69, 13.72, 11.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายอัตราเสียชีวิต ด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ใน พ.ศ.2568 คือ ไม่เกิน 17.81 ต่อแสน

ประชากรคน จากผลการดำเนินงานในปัจจุบันยังห่างจากเป้าหมายมาก ดังนั้นโรคมะเร็งท่อน้ำดียังคง เป็นปัญหาของพื้นที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการดำเนินงานขับเคลื่อน 5 ประเด็น ได้แก่ คนบ้านไผ่ไม่ทอดทิ้งกัน อุบัติเหตุจราจร อาหารปลอดภัย โรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการขยะ แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ คณะกรรมการไม่เข้าใจในแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการดำเนินการเฉพาะวิชาชีพด้านสาธารณสุข ขาดการบูรณาการ ภาคส่วนอื่นๆ ยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระดับอำเภอมีการขับเคลื่อนงานผ่านคณะทำงานคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงาน วางแผนควบคุม กำกับ ติดตาม ประสานงาน และบูรณาการ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ร่วมกัน จากแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหา พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยมีมาตรการ ที่สำคัญคือการป้องกันโรคโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการดำเนินงานของอำเภอบ้านไผ่ที่ผ่านมายังขาดความเชื่อมโยงด้านการดำเนินงานจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงต้องอาศัยการขับเคลื่อน การดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งหนึ่งในวาระที่สำคัญนั้นคือวาระปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วม ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) และวงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และสามารถนำรูปแบบการดำเนินงานที่ออกแบบขึ้นไปใช้ในพื้นที่ตำบล อำเภอใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ในการลดอัตราการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป(Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567 การวิจัยในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีทั้งหมด 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

2) กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับจากการคัดกรองด้วยวาจา Verbal Screening

กลุ่มประชากรการศึกษาครั้งนี้

ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามความเหมาะสม

กลุ่มทดลองคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ในตำบลเมืองเพีย จำนวน 140 คน

กลุ่มควบคุมคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ในตำบลภูเหล็ก จำนวน 140 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งมีสูตรการคำนวณ⁵ ดังนี้

$$n / gr = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma_p^2}{\Delta^2}$$

$$= 137.3$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 140 คน ต่อกลุ่ม ทดลองและควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติตัวโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ

2. เชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการประชุม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตัวป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาข้อมูลด้วยวิธีการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งนำไปพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :

เอกสาร แบบบันทึกข้อมูล รายงานการประเมินความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติป้องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

รายงานการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ สรุปรายงานประจำปี

ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่าง

เดือน พฤษภาคม 2567 – เดือน มิถุนายน 2567

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ จำนวน 1 วงรอบ มีขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นที่ 1 การวางแผน** โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่หารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย พชอ.บ้านไผ่ และจัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมอบหมายบทบาท หน้าที่ และกิจกรรมดำเนินการ

2. **ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ** ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 2.1 คณะกรรมการ พชอ.บ้านไผ่ มีบทบาทในการติดตามผลการดำเนินงาน ประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรมตาม

แผนปฏิบัติการ ประสานงานและดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ 2.2 การนำรูปแบบฯที่ได้ไปใช้กลุ่มประชาชน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) **กลุ่มทดลอง** นำแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้พัฒนาขึ้นมาไปใช้งานกับกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ตำบลทดลอง มีการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนกลุ่มเสี่ยงใน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ 140 คน 2) **กลุ่มควบคุม** ใช้แนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แบบเดิม 3. **ขั้นที่ 3 การสังเกต** ดำเนินการดังนี้ 1. เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ สังเกตการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนประชาชน 2. วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการ

ดำเนินโครงการ 4. ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ มีการดำเนินงานดังนี้ 1. การประชุมสรุปผลการดำเนินงาน จัดประชุมร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.บ้านไผ่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำเสนอผลการดำเนินงานและข้อมูลที่ได้จากการสังเกต 2. ระบุปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ ค้นหาอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน 3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ รวบรวมมุมมองจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ คือ 1) การอบรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 1 2) การสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 2 3) การสร้างพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 3 4) การรณรงค์สร้างกระแสโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 4 5) การสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 1 – 12 6) การสรุปผล และการติดตามประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 12

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่างเดือน 4 กรกฎาคม 2567 – เดือน 12 กันยายน 2567

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กิจกรรม ประเมินผลรูปแบบโดยใช้วิธีการดังนี้

1. คณะกรรมการ พชอ. โดยการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการ ประเมินสถานการณ์ชุมชน

2. ประชาชนโดยการประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วม ประเมินความพึงพอใจ จัดเวทีถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข ในการดำเนินงาน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงแผนงาน

3.วางแผนสำหรับวงรอบถัดไป กำหนดประเด็นที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนาเพิ่มเติม วางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป โดยนำบทเรียนที่ได้มาประยุกต์ใช้

4.เผยแพร่ผลการดำเนินงาน จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานและบทเรียนที่ได้ นำเสนอผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา เดือน 13-19 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบบประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

5. จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่การรับรอง COE 025/2567 REC 030/2567 รับรองวันที่ 3 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย (Result)

ผลศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการนำผลสำรวจ ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และผลที่ได้จากการประชุม ระดมสมอง สัมภาษณ์เชิงลึก การสุ่มถาม การสังเกตพฤติกรรม มาออกแบบกิจกรรมในการพัฒนา รูปแบบผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 1 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จนได้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

น้ำดี อำเภอบ้านไผ่ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบดังนี้

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การสร้างกลไกการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอบ้านไผ่ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านไผ่และอนุกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น 5 ประเด็น ตามปัญหาในพื้นที่ กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน (2) พัฒนาระบบ สนับสนุนการดำเนินงานของโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พัฒนาระบบการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ พัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่ายในด้านความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมที่เหมาะสม ทักษะ การรับรู้ การสื่อสารความเสี่ยง การจัดการ สิ่งแวดล้อม (3) การประเมินผลผลิตและ ผลลัพธ์ ได้แก่ การประชุมติดตาม ควบคุม กำกับของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอบ้านไผ่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน พื้นที่ ชุมชนรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ หมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตำบลจัดการคุณภาพ ชีวิตปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับโรงเรียนต้นแบบ ปลอดพยาธิใบไม้ตับ มีเทศบัญญัติการ จัดการสิ่งปฏิกูล มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลใน ตำบล มีกติกาสุมชน มีธรรมนูญหมู่บ้าน

2. รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น คือ BANPHAI MODEL ประกอบด้วย 1) Board : มีคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอบ้านไผ่ ที่ร่วมกำหนดนโยบาย แผน ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานและกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน 2) Activity : กิจกรรมในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามแนวทางการ ดำเนินงาน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษาทุก ช่วงชั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมสิ่งปฏิกูล 3) Network : การประสานงานเครือข่ายทั้ง แนวตั้งและแนวนอน ในทุกกลุ่มที่มีความ เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันแก้ปัญหาคุณภาพ ชีวิตของประชาชนอำเภอบ้านไผ่ 4) Participate : กระบวนการมีส่วนร่วมใน การป้องกันและควบคุมโรคโดยการสร้าง คุณค่า การระดมทุน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการร่วมประเมินผล ร่วม รับผิดชอบ และสนับสนุน 5) Health literacy and Entertainment : การเพิ่มศักยภาพใน การดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและ สามารถดูแลตนเองได้โดยใช้กระบวนการ สร้างความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมร่วมกับกิจกรรมนันทนาการ เพลง พื้นบ้านประยุกต์แก่ประชาชน ให้เข้าใจ เข้าถึง นำไปปฏิบัติกับทุกกลุ่มวัยให้มี

ศักยภาพในการดูแลตนเอง 6) Awareness : สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบผ่าน การประชาคมมีมติการประชุมชน ธรรมนูญหมู่บ้าน ธรรมนูญตำบล แกนนำสุขภาพ ยุว อสม. และ ชุมชนลดโรคพยาธิใบไม้ตับ 7) integration : การดำเนินงานบูรณาการจากทุกภาคส่วน ติดตามประเมินผล และการผลักดันนโยบาย ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประชุมติดตามแบบเสริมพลัง เพื่อให้เกิดการมองในมุมบวกของ ผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อประโยชน์ของ ประชาชนเป็นสำคัญ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและ การมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการ ทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนหลังเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิและ มะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง (140) Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม (140) Mean (S.D.)	Mean Difference (95% CI)	t	p-value
ความรู้	10.75 (2.08)	9.92(1.06)	0.82 (0.43, 1.21)	4.15	< 0.001
ทักษะ	3.55(0.56)	3.37(0.26)	0.17(0.07, 0.28)	3.34	< 0.001
การปฏิบัติ	2.15(0.20)	2.12(0.13)	0.03(-0.01, 0.72)	1.57	0.117
การมีส่วนร่วม	4.03(0.69)	3.27(0.58)	0.76(0.61, 0.91)	9.89	< 0.001

4. ความพึงพอใจในการเข้าร่วม พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีหลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} \leq 0.001$) โดยพบว่า ด้านความรู้มีผลต่างคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.82 คะแนน (95% CI=0.43 to 1.21) ด้านทัศนคติ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและ ก่อนการทดลอง 0.17 คะแนน (95% CI=0.07 to 0.28) ด้านทัศนคติดีมีผลต่างคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.79 คะแนน (95% CI=0.01 to 0.72) และด้าน การมีส่วนร่วมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการ ทดลองและก่อนการทดลอง 0.76 คะแนน (95% CI=0.61 to 0.91) ด้านการปฏิบัติตัว ป้องกันโรคมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการ ทดลองและก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน 0.03 คะแนน (95% CI=0.01 to 0.72): $p\text{-value}=0.117$ รายละเอียดตามตารางที่ 1

และมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านไผ่

จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($X=3.66$, $S.D.=0.74$)

5. อัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มลดลง และบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 อัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงเหลือ 1.39 ต่อแสน ปชก. อัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี 1.23 ต่อแสนประชากร

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการศึกษา เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกัน คือ ด้านความรู้มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.82 คะแนน (95% CI=0.43 to 1.21) ด้านทัศนคติมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.17 คะแนน (95% CI=0.07 to 0.28) และ ด้านการมีส่วนร่วมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.76 คะแนน (95% CI=0.61 to 0.91) ไม่แตกต่างกันคือ

ด้านการปฏิบัติการป้องกันโรคมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง 0.79 คะแนน (95% CI=0.01 to 0.72): $p\text{-value} = 0.117$ กรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การนำรูปแบบ BANPHAI MODEL ที่พัฒนาขึ้นในการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบาย การดำเนินกิจกรรม การสร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว นูรณ์การความรู้ด้านสุขภาพกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การใช้เพลงพื้นบ้านประยุกต์ทำให้การให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโมเดลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ ช่วยให้การแก้ปัญหาที่มีความครอบคลุมและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ปิยะพันธ์⁶ พบว่า ความรู้บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา

ของทวีเลิศ ชายงาม⁷ ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา จากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกลุ่มการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของ การปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศร ผานคำ⁸ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มาใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดรูปแบบการ ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย โดยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประสบความสำเร็จซึ่งเกิดจากการสร้างความ เข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกันและมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์ของชุมชนซึ่งการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้

เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน รวมถึงการแบ่งปันทรัพยากรของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศิวกรณ์ เงินราง⁹ ได้ศึกษา รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัด อุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการ พัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่าย 3) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล อย่าง ต่อเนื่อง และ 4) สรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ ข้อเสนอแนะ ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอบ้านไผ่ ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย ได้แก่ การสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การพัฒนารูปแบบโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการ ประเมินผลรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ สอดคล้องกับบริบทและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ตรงประเด็นและมีกระบวนการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบาย: 1.1 ส่งเสริมให้มีการ นำ รูป แบบ " BANPHAI MODEL "

เป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระดับจังหวัด 1.2 ผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้มีการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้ในระยะยาว

1.3 สนับสนุนให้มีการนำรูปแบบ "BANPHAI MODEL" ไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขด้านอื่นๆ

2. ระดับปฏิบัติการ: 2.1 เผยแพร่และประชาสัมพันธ์คู่มือการใช้งานรูปแบบ "BANPHAI MODEL" สำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ 2.2 สนับสนุนและส่งเสริมการนำแนวคิดการดำเนินงานรูปแบบ "BANPHAI MODEL" ให้กับบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในแต่ละพื้นที่

3. ระดับชุมชน: 3.1 การส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชน 3.2 ส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค 3.3 การจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ จะกระตุ้นให้มีการแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ให้ข้อเสนอแนะ สนับสนุนและผลักดันให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. หวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปี 2565. ขอนแก่น : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2565.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ ปี 2563. ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2563.
5. Lwanga SK, Lemeshow S. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: World Health Organization; 1991.
6. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอชุมพวงพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 21(1): 52-68; 2566.
7. ทวีเลิศ ขายงาม, ลิขิต เรืองจรัส, ศุภาวีนี ดีจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2):1-1
8. นิศร ผานคำ. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.
9. ศิวภรณ์ เงินราง. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2: 108-16; 2562.
10. กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สมัทนา กลางคาร และสมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน; 7(4): 87-100; 2564.
11. นาดยา ขุนแก้ว และอารี บุตรสอน. บัณฑิตทำนายนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 16(3): 758-771; 2565.

12. วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จมากรณ์ ใจภักดี. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุม และป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบล บ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัด อุดรธานี. วารสารวิชาการ สาธารณสุข ชุมชน; 5(2): 107 – 119; 2562.
13. ศศิธร เจริญประเสริฐ, ณัฐพันธ์ จัน สมุทร และพุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้อ และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิจัย และพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ; 1(1): 16 – 28; 2565.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ปี 2565. ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น; 2565.
15. สมจิตร บุญยง. การพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา; 8(2): 275-282; 2566.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น

สาลินี ไวยนนท์¹, อติเรก เร่งมานะวงษ์², เอ็มวิกา แสงชาติ³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น ประชากรเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรค จำนวน 50 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 380 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 200 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ แบบสอบถามการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามการดำเนินงานสำหรับ อสม. และแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน - หลังพัฒนาแบบด้วยสถิติ Paired Sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดขอนแก่น ยังพบปัญหาความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูรักษา และการติดตามการกินยา ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาแบบการดำเนินงานตามสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ 3) การจัดรูปแบบการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และ 4) การติดตามประเมินผลเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ ด้านผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1) ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข ก่อน - หลังพัฒนา 2) ความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 3) ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ ก่อน - หลังพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ

คำสำคัญ : โรคติดต่อ, รูปแบบการป้องกันโรค, รูปแบบการควบคุมโรค

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ³ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: สาลินี ไวยนนท์ Email: salineevai@gmail.com

Received: September 2, 2024; Revised September 30, 2024; Accepted September 30, 2024

Development of Prevention and Control on Tuberculosis Model, Khon Kaen Province

Salinee Vaiyanon¹, Adirek Rengmanawong², Emviga Sangchart³

Abstract

This action research aimed to develop an operational model for tuberculosis (TB) prevention and control in Khon Kaen Province. The target population included 50 healthcare workers involved, TB clinic, 380 village health volunteers, and 200 newly registered TB patients. The research was conducted from August 2023 to May 2024. Data collection tools included three sets of questionnaires for quantitative data: one for public health personnel, one for village health volunteers, and one for new TB patients. Qualitative data was collected through interviews and observations. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The study found that Khon Kaen Province still faced challenges in comprehensive screening of at-risk groups, treatment, and medication adherence monitoring. The newly developed model consists of four components: 1) a structure suitable for the local context, 2) capacity building for the health network, 3) participatory operational design, and 4) monitoring and evaluation for continuous system improvement. The comparison of mean scores showed significant improvements in 1) healthcare workers' satisfaction before and after the model development, 2) knowledge and participation of village health volunteers, and 3) knowledge and preventive behaviors of new TB patients, with a statistical significance of $p\text{-value} < 0.001$. In conclusion, the developed model promotes participatory work, leading to better outcomes for both service providers and recipients, as well as the families and communities involved.

Keywords: Tuberculosis, Disease Prevention Model, Disease Control Model

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kean Provincial Administrative, Organization

³ Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

วัณโรค เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน ทางอากาศ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 70 จะไม่ติดเชื้อวัณโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง และผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีอาการป่วย องค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายที่จะยุติการแพร่ระบาดของวัณโรคในปี พ.ศ.2573 โดยปี พ.ศ. 2560¹ องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดการณ์ว่าจะมี 6 แสนคน อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคของโลกยังคงสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อประชากรแสนคน) และมีผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน² ประเทศไทย อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ.2558-2562 พบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ และลดลงในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 82 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราความสำเร็จเพิ่มขึ้น การรักษาล้มเหลว การขาดยา และโอนออกลดลง แต่อัตราการ

เสียชีวิตยังคงสูง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุและมีโรคร่วม³

จังหวัดขอนแก่น สถานการณ์วัณโรค ปี พ.ศ. 2562 – 2565 มีแนวโน้มลดลง แต่พบความชุกผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นอัตราป่วย 142.4, 142.1, 141.7 และ 141.2 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าอัตราป่วยของประเทศ (จากที่ประมาณการ 140 คนต่อประชากรแสนคน) ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีพ.ศ. 2562 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 95.8, 102.1, 94.5 และ 94.1 ตามลำดับ ส่วนอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 87.9, 81.6 และ 78.43 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มลดลง และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 8.4, 8.8 และ 11.1 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.1 และในกลุ่มนี้เสียชีวิตถึงร้อยละ 13.6 โดยพบเสียชีวิตจากการมีโรคร่วม ร้อยละ 62.7 (เบาหวาน มะเร็ง เอชไอวี เป็นต้น) และเสียชีวิตภายในเดือนแรกของการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 8.5 อัตราการขาดยา ร้อยละ 6.0 และอยู่ระหว่างกำลังรักษาร้อยละ 6.7⁴ จากการศึกษาของสมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์⁵ ได้ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม

วัดโรคในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีการกำหนดผู้ประสานงานวัดโรคที่ชัดเจน เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและประสานงานกับเครือข่ายในการส่งต่อ โรงพยาบาลเอกชนมีการจัดระบบรายงานและรายงานผลการติดตามผู้ป่วยมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีระบบการคัดกรองในเรือนจำ ในชุมชนมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัดโรคโดย primary care cluster ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมของบริบทในพื้นที่ และจากการศึกษาของสมลักษณ์ หนูจันทร์^๖ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัดโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเข้า อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการคัดกรอง ค้นหา แนะนำกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มช่องทางด่วน TB และการสร้างบุคคลต้นแบบเพื่อเชิญชวนให้กลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจ ทำให้กลุ่มเสี่ยงวัดโรคมีความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ได้รับการตรวจ วินิจฉัย แบบรู้เร็ว รักษาเร็ว และทำให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างทันทีทุกราย

จังหวัดขอนแก่น ได้มีการดำเนินงานดูแลรักษาวัดโรคในรูปแบบเชิงรับ กลุ่มเสี่ยงมีอาการสงสัยวัดโรคจะเข้ามารับบริการที่สถานพยาบาล ทำให้พบผู้ป่วยวัดโรคล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม มีอาการหนัก ซึ่งทำให้การดูแลรักษา มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ประกอบกับไม่ได้กำหนดแนวทางการในการรักษา ผู้ป่วย วัดโรค ระดับ จังหวัด สถานพยาบาลมีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัดโรคตามบริบท เมื่อมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรทำให้ขาดความมั่นใจในการรักษา รวมทั้งกระบวนการติดตามยังเป็นบทบาทของสถานพยาบาลเป็นหลัก ทำให้การติดตามผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม เกิดปัญหาเรื่องการขาดนัด ขาดยาตามมา จะเห็นได้จากผลการดำเนินงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นอัตราการความสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัดโรคปอดรายใหม่ ปี 2565 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 70.83 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 15.28 อัตราการขาดยา ร้อยละ 6.02 และยังพบผู้ป่วยวัดโรคปอดรายใหม่ที่ยังอยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 6.71 เนื่องจากต้องขยายการรักษาออกไปแม้จะผ่านระยะเวลาการรักษาเป็นเวลา 12 เดือนแล้ว ด้วยมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่กำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัดโรค จึงได้ทำการศึกษาวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัดโรค จังหวัดขอนแก่นขึ้น โดยศึกษานำร่องที่อำเภอบุบรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัดโรค จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม วัณโรค จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม วัณโรค จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁷ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

กระบวนการวงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยศึกษานำร่องที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคอำเภออุบลรัตน์จำนวน 12 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน นักรังสีการแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1 คน นักโภชนาการ 1 คน

ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และนักบริบาล 1 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2566 และเป็นรับผิดชอบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค จำนวน 15 คน 3) ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2566 จำนวน 15 คน

กระบวนการวงรอบที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1.กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกวัณโรค ประกอบด้วย แพทย์ 6 คน พยาบาล 6 คน เภสัชกร 6 คน นักโภชนาการ 4 คน นักเทคนิคการแพทย์ 6 คน นักรังสีการแพทย์ 5 คน ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา 6 คน พยาบาลหอผู้ป่วยที่รับรักษาผู้ป่วยวัณโรค 5 คน ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน 2.กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ Daniel⁸ ได้เท่ากับ 380 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามขั้นตอนการนิเทศงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 6 โซนๆ ละ 1 อำเภอ โดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ประกอบด้วยอำเภอบ้านฝาง จำนวน 63 คน น้ำพอง จำนวน 140 คน บ้านแฮด จำนวน 37 คน เปือยน้อย จำนวน 23 คน

สัมภาษณ์ จำนวน 90 คน และเวียงเก่า จำนวน 27 คน แล้วดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ (ไม่ใส่คืน) เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อสม.ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค 2) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ 3) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 1 ปี ทั้งนี้ เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ป่วยด้วยโรคติดต่อ และ 2) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการศึกษา

3. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยืนยันทะเบียนในจังหวัดขอนแก่น ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ Daniel ได้เท่ากับ 196 คน เพื่อความครอบคลุมและ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวน 200 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามขั้นตอนการนิเทศงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 6 โซนๆ ละ 1 อำเภอ โดยการเทียบบัญชีรายชื่อประกอบด้วย อำเภอบ้านฝาง จำนวน 36 คน น้ำพอง จำนวน 70 คน บ้านแฮด จำนวน 25 คน เปือยน้อย จำนวน 16 คน สัมพูน จำนวน 43 คน และเวียงเก่า จำนวน 10 คน แล้วดำเนินการ

สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ (ไม่ใส่คืน) เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ยืนยันทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบ 2) ทุกเพศอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ 4) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้ ไม่สมัครใจและไม่มีความพร้อมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจนเสร็จสิ้น ทั้งนี้ ได้เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดหนัก และ 2) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและเตรียมพื้นที่สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบ ด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติร่วม (action) 3) การสังเกตผลร่วม (observation) 4) การสะท้อน (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ ดำเนินการ ศึกษาระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 – มิถุนายน 2567 ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น (ดำเนินการในระหว่างเดือนสิงหาคม 2566)

โดยผู้วิจัยขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าไปดำเนินกิจกรรม พร้อมชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค กระบวนการวงรอบที่ 1 (ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2566) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1.การวางแผน (planning) ดำเนินการจัดประชุมบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคลินิกโรค และกลุ่ม อสม. จำนวน 1 วัน โดยศึกษานำร่องที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากอำเภออุบลรัตน์ มีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2564 - 2565 ปีละ 1 ราย มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยโรคเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรค และเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชนที่เข้มแข็ง ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ตามองค์ประกอบ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (planning) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรค และประชุมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางดำเนินงาน 2) การปฏิบัติร่วม (action) เป็นการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคทั้งระบบการคัดกรอง ดูแลรักษา และติดตามผู้ป่วย 3) การสังเกตผลร่วม (observation)

ภายหลังการพัฒนาระบบ และ 4) การสะท้อนผล(Reflection) จากความคิดเห็นของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานต่อไป

กระบวนการวงรอบที่ 2 (ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – พฤษภาคม 2567) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การปรับปรุงรูปแบบ (Model improvement) โดยการประชุมผู้รับผิดชอบงานโรคและผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทุกแห่ง 2) การปฏิบัติร่วม (action) โดยนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการทั้ง 26 อำเภอ 3) การสังเกตผลร่วม (observation) ภายหลังการพัฒนาระบบ และ 4) การสะท้อนผล (reflection) จากบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ระยะที่ 3 วิเคราะห์ และสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่นที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบท (ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2567)

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือเชิงปริมาณ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรค จำนวน 20 ข้อ 2) แบบสอบถามการดำเนินป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น สำหรับ อสม.ประกอบด้วย ความรู้ เรื่องโรค จำนวน 15 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบสอบถามการดำเนินป้องกันควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยโรครายใหม่ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค จำนวน 10 ข้อ

และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลรักษาวัณโรค จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ข้อคำถามจากแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย ของกรมควบคุมโรค⁹ และคู่มือผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคของกรมควบคุมโรค¹⁰ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์ และ 2) แนวทางสังเกตการณ์เกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค โดยดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านการป้องกัน ควบคุมวัณโรค เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index : IOC) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป จึงนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้น การหาค่าความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของเครื่องมือวัดความรู้ ใช้สูตร KR - 20 ของ

Kuder Richardson¹¹ ได้ค่าความเชื่อมั่นของกลุ่ม อสม. และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่ากับ 0.76 และ 0.78 ตามลำดับ ส่วนการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) โดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของ Cronbach's Method¹² และเมื่อคำนวณจากแบบวัดทั้งฉบับแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคจังหวัดขอนแก่นของ อสม. และแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคจังหวัดขอนแก่นสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.91, 0.75 และ 0.81 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

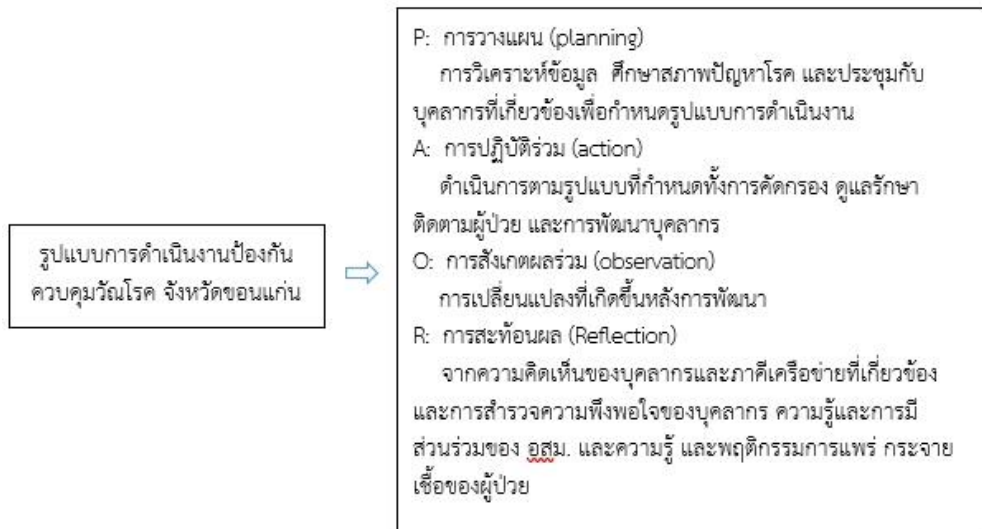
การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อน - หลังพัฒนาด้วย Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย COE 017/2566 REC 031/2566 รับรองวันที่ 3 สิงหาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart



ผลการวิจัย (Result)

1. สถานการณ์การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น พบว่า รูปแบบเดิมในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคจังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคตามแนวทางการควบคุมโรคแห่งประเทศไทยที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด มีการดำเนินการค้นหาผู้ป่วยในรูปแบบเชิงรับ ทำให้พบผู้ป่วยโรคล่าช้า และมีอาการหนัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ซึ่งทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคขึ้นอยู่กับการบริบทของพื้นที่ การติดตามผู้ป่วยยังเป็นบทบาทของสถานพยาบาลเป็นหลักทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมเกิดปัญหาเรื่องการ

ขาดนัด ขาดยา ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคให้มีความสอดคล้องกันสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป ภายใต้การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในจังหวัดขอนแก่น 2.การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น กระบวนการวงรอบที่ 1 พบว่า กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรคโรงพยาบาลอุบลรัตน์และคณะทำงาน ได้วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ภายใต้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค มีการจัดทำคำสั่งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเพื่อดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรครายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสรุปผลการดำเนินงานและประชุมหารือร่วมกัน

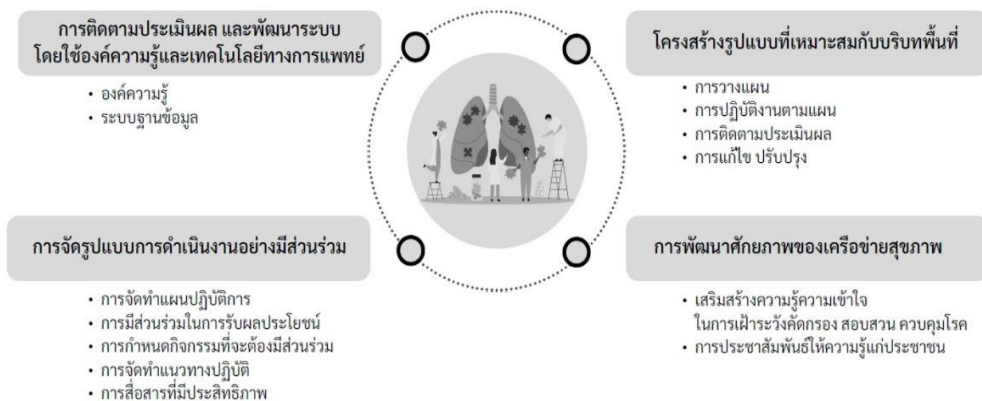
เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนั้น การดำเนินการสะท้อนผล (reflection) พบว่า การเพิ่มการคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่โดยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ทำให้การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มมากขึ้น การคัดกรองเชิงรุกมีการขยายการคัดกรองในคลินิกอื่นๆ นอกจากคลินิกเอชไอวี เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกยาเสพติด คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น การดูแลรักษาหากผู้ป่วยพร้อมอยู่รักษาที่โรงพยาบาลจะรับไว้ประมาณ 14 วัน ซึ่งเป็นช่วงเข้มข้นในการกินยาทำให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยกินยาได้ครบและประเมินอาการข้างเคียงจากยาได้ พร้อมกับติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ครอบคลุมทุกราย หากไม่พร้อมอยู่รักษาที่โรงพยาบาลจะมีการวางแผนติดตามการรักษาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งคณะทำงานมีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรม ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลว ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อนำมาใช้ในการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กระบวนการวงรอบที่ 2 นำรูปแบบจากกระบวนการวงรอบที่ 1 มาประชุมผู้รับผิดชอบงาน วัณโรคโรงพยาบาลทุกแห่งและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น และนำไปปฏิบัติพร้อมกันทั้งจังหวัด ในการประเมินการดำเนินงานตาม

วัตถุประสงค์ มีการวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น และการสะท้อนผลจากผู้เกี่ยวข้อง (reflection) พบว่า มีแนวทางการจัดการวัณโรคอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดกรองโดยมีการคัดกรองทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเชิงรับมีการบูรณาการกับคลินิกประจำ เช่น คลินิกยาเสพติด คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น เชิงรุกมีการนำรถเอกซเรย์เคลื่อนที่เข้าไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีการคัดกรองเบื้องต้นโดยอสม.และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ หากพบผิดปกติจะนัดมาตรวจวินิจฉัยที่คลินิกวัณโรค ด้านการดูแลรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้าน จะรับผู้ป่วยเข้ารักษาที่โรงพยาบาลหากมีอาการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ หรือแล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์ มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (Condition : อายุ > 60 ปี, BW < 40 Kg, Albumin < 2.5, Cirrhosis, Uncontrolled DM, CKD, Pregnancy, HIV , Severity ของ diseases และมีปัญหาการดูแลที่บ้าน) การดูแลใน 7 วันแรก ดำเนินการ DOT ด้วยบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น VDO call ทุกวัน อสม. ออกเยี่ยม 1 ครั้ง เพื่อประเมิน 3 อย่าง คือ 1) การกินยาจะมีปัสสาวะสีส้ม(จาก Rifampicin) ไม่ขาดยา 2) อาการข้างเคียงจากยา 3) การตอบสนองต่อการรักษา เช่น ไข้ลดลง ไข้ห่าง ออกทานอาหารได้ และเมื่อครบ 14 วัน VDO call หรือออกเยี่ยมบ้าน ประเมิน 3 อย่างข้างต้น ถ้าออกเยี่ยมบ้านไม่ได้ ให้นัดติดตาม

เร็วขึ้นอีก 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการและ
 นัดทุก 1 เดือน และกลุ่มเสี่ยงต่ำ (Condition
 ดี ไม่มีโรคประจำตัว อายุ < 60 ปี, Pulmonary
 TB (ไม่มีการติดเชื้อที่อื่น และไม่ใช้ Military
 TB) และไม่มีปัญหาการดูแลที่บ้าน กินยาได้
 เอง เดินทางสะดวกมาโรงพยาบาลหากแพ้ย
 ยา การดูแลในกลุ่มเสี่ยงต่ำ 14 วันแรก
 ดำเนินการ DOT ด้วยบุคลากรทาง
 สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ออกเยี่ยมบ้าน
 1 ครั้ง เพื่อประเมินอาการ 3 อย่างเช่นเดียวกัน
 ถ้าออกเยี่ยมบ้านไม่ได้ นัดติดตามเร็วขึ้น
 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการและหลังจากนั้น
 นัดทุก 1-2 เดือน มีระบบการติดตาม
 ประเมินผล เกิดนวัตกรรม ได้แก่ สื่อการสอน
 โรควัณโรค ระบบยา delivery การจัดการ
 ด้านชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และการจัดการ
 ด้านระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและ
 ครอบครัว และการสร้างเครือข่ายกำกับ
 ติดตามและประเมินผล จากการสะท้อนผล
 ของผู้เกี่ยวข้อง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการ
 ดำเนินการป้องกันควบคุมวัณโรค พบว่า
 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการ
 ดำเนินงานเพิ่มขึ้น

จากการพัฒนารูปแบบการ
 ดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค จังหวัด
 ขอนแก่น ทำให้ได้ระบบที่มีความสอดคล้อง
 เหมาะสมตามบริบท นอกจากนั้น ยังทำให้
 เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมภายใน
 คณะทำงานที่เกี่ยวข้องและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ

ผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงการเปิดโอกาสให้
 ประชาชน องค์กรทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วน
 ร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม
 การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผล
 ร่วมกัน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) โครงสร้างรูปแบบที่
 เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยมีการดำเนินการ
 วางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติตามแผน
 การติดตามประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข
 การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน
 สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย 2) การพัฒนา
 ศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในการเฝ้า
 ระวัง คัดกรอง สอบสวน ป้องกันและควบคุม
 โรคแก่ อสม. และภาคีเครือข่ายเพื่อการ
 ดำเนินงานที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสื่อสาร
 ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้
 มีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมที่
 ถูกต้อง 3) การจัดรูปแบบการดำเนินงาน
 อย่างมีส่วนร่วม ตั้งแต่การจัดทำแผนปฏิบัติ
 การ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
 การกำหนดกิจกรรมที่จะต้องมีส่วนร่วมใน
 การดำเนินการ การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่
 ชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
 ร่วมกัน 4) การติดตามประเมินผลเพื่อนำมา
 ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ
 ในการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยีทาง
 การแพทย์ และการพัฒนาระบบข้อมูล
 สารสนเทศที่เชื่อถือได้ในการดำเนินการ



ภาพที่ 1 องค์ประกอบการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น

3. ผลการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค จังหวัดขอนแก่น

3.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรค จำนวน 50 คน พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 74.0 อายุเฉลี่ย 38.8 ปี ระยะเวลาทำงาน

ด้านป้องกัน ควบคุมโรค เฉลี่ย 4.8 ปี

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบฯ มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากร

สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกโรค ในการดำเนินการพัฒนาารูปแบบฯ

ประเด็นการ พัฒนา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
ด้านความพึงพอใจ						
ก่อนพัฒนา	50	68.2	10.2	11.3	8.12-15.58	0.001*
หลังพัฒนา	50	80.5	10.7			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

3.2 กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 380 คน พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 85.8 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 15.4 ปี และด้านความรู้ในการดำเนินงานของ อสม. พบว่า ก่อนการพัฒนา

ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อมีการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงาน พบว่า มีความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ อสม. พบว่า มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p – value < 0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็นการ พัฒนา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
ด้านความรู้						
ก่อนพัฒนา	380	8.6	1.2	2.4	2.15-8.12	0.001*
หลังพัฒนา	380	11.0	1.6			
ด้านการมีส่วนร่วม						
ก่อนพัฒนา	380	32.5	5.5	5.8	3.32-9.45	0.001*
หลังพัฒนา	380	38.3	6.8			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

3.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรครายใหม่พบว่า ภายหลังที่มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและได้รับความรู้เรื่องวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่า ได้รับความรู้และมีความรู้เพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value

< 0.001) ด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ต้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็นการ พัฒนา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
ด้านความรู้						
ก่อนพัฒนา	200	4.0	0.8	4.0	3.13-8.77	0.001*
หลังพัฒนา	200	8.0	1.1			
ด้านพฤติกรรม						
ก่อนพัฒนา	200	18.1	3.8	6.3	3.32-9.45	0.001*
หลังพัฒนา	200	24.4	4.3			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม วัคซีนโรค จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ด้านการคัดกรองมีการดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อให้การค้นหาผู้ป่วยพบโดยเร็ว เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษามีการแบ่งประเภทผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ เพื่อการกำกับติดตามดูแลรักษาให้ได้รับยาตามมาตรฐาน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดการทำงานอย่างมีส่วนร่วม เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการวัคซีนอย่างเป็นระบบ มีระบบการติดตาม ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการด้านตัวผู้ป่วย (client) เกิดนวัตกรรม ได้แก่ สื่อการสอนโรควัคซีนโรคระบบยา delivery และปฏิทินเตือนใจ ใส่ใจ การกินยา การจัดการทีมดูแลรักษา (care team) การจัดการด้านชุมชน (community) และการจัดการด้านระบบ (system)¹³ เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย การค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและชุมชนมีส่วนร่วม¹⁴ รวมถึงการนัดอย่างเป็นระบบ ดำเนินการขึ้นทะเบียนเมื่อวินิจฉัยเป็นโรค เข้าสู่กระบวนการรักษาติดตาม และรายงาน

ตามระบบ ตลอดจนมีการนัดหมายติดตามอาการด้วยเครือข่ายสุขภาพ¹⁵ นอกจากนั้น การสร้างเครือข่ายกำกับติดตามและประเมินผล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการใช้แนวปฏิบัติที่ดี การกำกับการกินยาและติดตามผู้ป่วยโรคอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรมีหน่วยงานอื่นๆ มามีส่วนร่วม¹⁶ และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง¹⁷ ทำให้การพัฒนาระบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม วัคซีนโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรนำการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม วัคซีนโรค จังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ นำไปพัฒนาต่อเนื่อง ประเมินผล และมีการถอดบทเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และอุบัติการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นต่อไป 2. ด้านการพัฒนา จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประเด็นในการพัฒนารูปแบบฯ ด้านความรู้ของ อสม. ที่ตอบผิดระดับมาก ได้แก่ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และ การเกิดภูมิคุ้มกันเพียงพอไม่สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ส่วนด้านความรู้ของผู้ป่วยโรค ที่ตอบผิดระดับมาก ได้แก่ การนอนห้องเดียวกันกับบุคคลอื่น และ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ดังนั้น จึงควรพัฒนาความรู้เป็นประเด็นแรกๆ ในการดำเนินการ 3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบฯ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า องค์ประกอบด้านโครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และด้านการจัดรูปแบบการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาดังนั้น จึงควรศึกษากระบวนการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาระบบฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์ เชื้อชวนาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ปวยวัณโรคในพื้นที่ศึกษาที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิภาวี ชัยพิชิตกุล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรคของจังหวัดขอนแก่น อาจารย์แพรรณ ภูริบัญชา อดีตรองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และรองศาสตราจารย์ ดร.ทวิวรรณ ศรีสุขคำ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็น

ประโยชน์ต่อการศึกษานี้จนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2561.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2565.
4. ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP); 2565.
5. สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์. รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(2): 571-578.
6. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จระเข้ อำเภอนหนองเรือ จังหวัด
ขอนแก่น. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข 2565; 31(4) : 665-672.
7. Kemmis S, McTaggart R. The
action research planner. 3rd ed.
Victoria: Deakin University; 1988.
 8. Daniel WW. Biostatistics: basic
concepts and methodology for
the health sciences. 9th ed.
Hoboken (NJ): John Wiley &
Sons; 2009.
 9. กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. แนวทางการควบคุม
โรคติดต่อในประเทศไทย พ.ศ.2564.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์
ดีไซน์; 2565.
 10. กองโรค กรมควบคุมโรค. คู่มือผู้
ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้าน
การดูแลรักษาโรค. พิมพ์ครั้งที่
1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
 11. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อ
การวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร:
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
 12. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น.
พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร:
สุวีริยาสาส์น; 2553.
 13. อภิชน จินเสวก. การพัฒนารูปแบบ
การจัดการโรคโรงพยาบาลลาด
หลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี.
วารสารวิชาการกระทรวง
สาธารณสุข 2566; 30(4): 679-689.
 14. พชรพร ครองยุทธ, และคณะ.
การพัฒนารูปแบบการบริหาร
จัดการผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่
จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):15-27.
 15. มนต์รี หนองคาย. การพัฒนาแนว
ทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ
ควบคุม เพื่อยุติการแพร่กระจาย
ของโรคติดต่อในจังหวัดชัยนาท.
วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2):
28-35.
 16. อรณภา วีระชุนย์. แนวทางการ
พัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วย
โรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
ชุมชน 2566; 1(1): 19-34.
 17. สายพิน ทองคา. การพัฒนาระบบ
การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค จังหวัด
มหาสารคาม. วารสารวิชาการ
ทางพยาบาลและวิทยาศาสตร์
สุขภาพ 2567; 4(1): 199-209.

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น

จินตนา ทอนฮามแก้ว¹, วรารุท กุลเวชกิจ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 2) การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข เก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ แนวทางสนทนากลุ่ม ดำเนินการ มกราคม ถึง มิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเปรียบเทียบความค่าเฉลี่ยความรู้ สถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านสถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบหญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการน้อย ร้อยละ 16.9 ฝากครรภ์ช้า ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ด้านอสม. พบว่าไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน 2) การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 2.1) จัดระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในสถานบริการและชุมชนด้วยเครือข่ายสุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม 2.2) พัฒนาแนวทางในการเข้าไปดูแลเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และคู่มือดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดย อสม. 2.3) เพิ่มช่องทางการสื่อสาร 3) ประเมินผลลัพธ์พบว่า เกิดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง มีเครือข่ายอสม. และผลงานความครอบคลุมการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 40.4 หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) เกิดจาก 3 องค์ประกอบ 1) การพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาระบบบริการอย่างมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางและนวัตกรรม และ 3) การติดตามประเมินผล ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ชุมชน มีการขยายผลไปยังชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น 95 ชุมชน ข้อเสนอแนะ กระบวนการวิจัยนี้นำไปปรับใช้กับงานที่มีลักษณะใกล้เคียง เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์, การฝากครรภ์, เครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

*Corresponding Author: Jintana Thonhamkaew, E-mail : jintanathk2512@gmail.com

Received: September 12, 2024; Revised September 30, 2024; Accepted September 30, 2024

Development of a care system for pregnant women through urban community health networks Khon Kaen Province

Jintana Thonhamkaew¹, Warawut Kulwedchakit²

Abstract

This action research aimed to analyze, develop, and evaluate a care framework for pregnant women within urban community health networks. The study involved pregnant women receiving antenatal care both within and outside the district. Data was collected by public health personnel through interviews, group discussions, and observations from January to June, 2024. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests, while qualitative data underwent content analysis. Findings revealed: 1) Pre-development, pregnant women experienced limited access to services, pregnant women had little access to services, 16.9 percent, delayed prenatal care, and missed appointments. Village health volunteers lacked clear guidelines and submitted incomplete reports. 2) A new care system was developed, including: 2.1) Implementing a community-based care approach; 2.2) Establishing care recommendations, creating tracking tools, and producing a healthcare handbook; 2.3) Enhancing proactive and reactive communication. 3) The evaluation of results revealed the establishment of a system to support pregnant women within the urban community health community. According to the implementation of this system, the results of coverage for care for pregnant women increased by 40.4 percent. Pregnant women demonstrated statistically significant improvement in pregnancy knowledge ($p=0.001$). The developed system comprises three components: 1) Developing stakeholders' potential; 2) Improving service systems through participatory guideline and innovation creation; 3) Implementing monitoring and evaluation processes. This enhanced system increased efficiency, resulting in positive outcomes for all stakeholders. Furthermore, the study's findings have been extended to encompass all 95 communities. As a suggestion, this research process can be adapted for similar tasks to improve efficiency.

Keywords: Development of a care system for pregnant women, Antenatal care, urban community health networks

¹Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

²Medical Doctor, Professional Level, Khon Kaen Hospital

*Corresponding Author: Jintana Thonhamkaew E-mail: jintanathk2512@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2564 - 2566 ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพมารดาและทารกพบว่า อัตราเกิดไร้ชีพต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนเป้าหมายไม่เกิน 9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 4.5, 4.9 และ 4.8 ตามลำดับ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ 39.8, 25.9 และ 19.1 ตามลำดับ สาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากการตกเลือดหลังคลอดที่เป็นผลมาจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มสูงขึ้น หน่วยบริการให้บริการฝากครรภ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐานฝากครรภ์ คุณภาพ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 เท่ากับ 81.1, 80.8 และ 76.7 ตามลำดับ ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 เท่ากับ 71.1, 71.7 และ 61.5 ตามลำดับ ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 7 เท่ากับ 9.8, 10.3 และ 10.5 ตามลำดับ ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เท่ากับ คือ 79.6, 77.1 และ 60.5 ตามลำดับ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข² พ.ศ.

2566 นโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 -2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิด และ การเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ได้ระบุว่า การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดได้ถึง 7 เท่า ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง³ โดยเพิ่มความถี่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์เนื่องจากพบอุบัติการณ์ทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirths) เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจาก หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่มาฝากครรภ์ตามนัด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ.2565 เพื่อให้สถานบริการได้ดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน²

จากข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2566⁴ ปัญหาอนามัยแม่และเด็กพบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลงานร้อยละ 73.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 8 ครั้งตามเกณฑ์ คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลงานร้อยละ 18.4 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงานร้อยละ 28.3 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 ไม่เกินร้อยละ 14 ผลงานร้อยละ 9.6 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ

โลหิตจางครั้งที่ 2 ไม่เกินร้อยละ 10 ผลงานร้อยละ 6.1 หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ผลงานร้อยละ 40.3 จากการวิเคราะห์พบว่าชุมชนเมืองยังขาดการตระหนักในการฝากครรภ์ครั้งแรก และฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ประชาชนไม่ได้อยู่ในพื้นที่จริง ทำให้มีปัญหาในการติดตามเยี่ยมหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ในระบบฝากครรภ์ของภาครัฐ

ศูนย์แพथมีตรภาพเป็นสถานบริการในเขตเมือง พื้นที่รับผิดชอบ 14 ชุมชน ประชากร 14,835 คน เพศหญิง 7,605 คน เพศชาย 7,230 คน ประชากรมีการเคลื่อนย้ายเข้าออกบ่อย ในส่วนหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์แพथมีตรภาพให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. มีสูติแพทย์มาตรวจในวันศุกร์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิก 1 คน ทั้งแพทย์และพยาบาลก็จะให้บริการผู้ป่วยนอกและงานคลินิกอื่นๆ ในวันราชการด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จะมีทั้งในเขตและนอกเขตศูนย์แพथมีตรภาพมารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ ทั้งมาฝากครรภ์ครั้งแรก หรือ ฝากครรภ์มาจากที่อื่นแต่มาฝากครรภ์ต่อเนื่องที่ศูนย์แพथมีตรภาพ หญิงตั้งครรภ์ในเขตศูนย์แพथมีตรภาพส่วนหนึ่งฝากครรภ์จากสถานพยาบาลที่อื่น เช่น โรงพยาบาล

ขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ 7 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คลินิกเอกชน ฯลฯ จากผลการดำเนินงานศูนย์แพथมีตรภาพปีงบประมาณ พ.ศ.2566⁵ ปัญหาที่พบคือ 1) ด้านหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ร้อยละ 83.3 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 66.7 ในปี พ.ศ.2566 กำหนด 8 ครั้งคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 ร้อยละ 20 หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 46.7 ข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในปี พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ อัตรา 30.8, 23.4 และ 25.2 ต่อพันเป้าหมายไม่เกิน 25 ต่อพัน ปัญหาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 42.9⁶ ซึ่งมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด มีภาวะซีดและการมาฝากครรภ์ช้า การติดตามหญิงตั้งครรภ์ยาก ติดต่оไม่ได้ ปัญหาด้านสุขภาพและมีโรคประจำตัว 2) เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทเฝ้าระวังดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน แต่ไม่รู้จะดำเนินการอย่างไรกับหญิงตั้งครรภ์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการประสานงานกับศูนย์แพथมีตรภาพ การส่งต่อข้อมูล มีน้อย และทำได้ล่าช้า ไม่มีช่องทางการสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว 3) ศูนย์แพथมีตรภาพ มีข้อจำกัดบุคลากร

รับผิดชอบงานฝากครรภ์มีเพียง 1 คน วันและเวลาสำหรับให้บริการหญิงตั้งครรภ์มีเพียง 1 วันใน 1 สัปดาห์ ทำให้มีเวลาให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้น้อย

จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ก็จะสามารถส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพตนเองและทารก⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว เครือข่ายสุขภาพ และชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจให้แก่สตรีตั้งครรภ์ การที่ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยให้สามารถลดปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า รวมถึงช่วยลดภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของแม่และทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

จากการดำเนินงานของศูนย์แพทย์มิตรภาพระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในเขตเมือง โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่ยังคงไม่ทั่วถึง การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง สิ่งเหล่านี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาสำรวจโดยศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดซึ่งมาฝากครรภ์ที่ศูนย์มีตราบภาพ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบสถานการณ์และวางแผนสร้างระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น การประสานงานที่ชัดเจนกับเครือข่ายสุขภาพชุมชน ใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control)⁹ เพื่อการมีส่วนร่วม และวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart¹⁰ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่นให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2566 ได้ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง 2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง 3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart¹⁰ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง โดยมีกลุ่มประชากรดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ทั้งในเขตและนอกเขต ที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพแต่ไปใช้บริการฝากครรภ์สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 – เมษายน พ.ศ.2567 ทั้งหมด คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ Daniel¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ (ไม่ใส่คืน) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ทุกการตั้งครรภ์ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จากที่อื่น และมาฝากครรภ์ต่อที่

ศูนย์แพทย์มิตรภาพ 3) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพ ฝากครรภ์ที่คลินิกหรือสถานบริการอื่น 4) หญิงตั้งครรภ์อ่านออกเขียนได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และ 2) หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

2. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพ จำนวน 14 ชุมชน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 1 คน ต่อ 1 ชุมชน รวมเป็น 14 คน

3. บุคลากรศูนย์แพทย์มิตรภาพ ที่มีบทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามวิชาชีพด้านสุขภาพในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพทั้งหมด จำนวน 6 คน ดังนี้ แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์กับแนวคิดการฝากครรภ์คุณภาพระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดตั้งแต่เดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2567 โดยช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 เป็นการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นประกอบการศึกษา หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย

ในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบผ่านวงจรการพัฒนา คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติร่วม 3) การสังเกตผลร่วม และ 4) การสะท้อน จำนวน 3 วงรอบ ในเดือน มีนาคม-มิถุนายน พ.ศ.2567

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ในเดือน มิถุนายน พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์ข้อคำถามจากคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากร

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ 15 ข้อ และแนวทางคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 2. แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มุมมองปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3. แนวทางสนทนากลุ่มและแนว

ทางการสังเกตเกี่ยวกับระบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อสม. และบุคลากรศูนย์แพทย์มีตรภาพเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการวิจัยและรับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แพทย์หญิงนพัสสร ทรัพย์พิพัฒน์ สูติแพทย์, นางพจมาลย์ จันทะวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และนายอดิเรก เร่งมานะวงษ์ ผู้เชี่ยวชาญวิจัยเพื่อตรวจสอบเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของรูปแบบสัมภาษณ์ ความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ซึ่งเกณฑ์ในการตรวจพิจารณา ข้อคำถามประกอบด้วย คะแนน +1 กรณีแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ คะแนน 0 กรณีไม่แน่ใจข้อคำถามว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ คะแนน -1 กรณีแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ คุณภาพของเครื่องมือให้ได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่า มีความเที่ยงตรง ทำการทดลองใช้ (Try out) นำไปทดลองในกับกลุ่มตัวอย่างในศูนย์แพทย์มีตรภาพ ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ศูนย์แพทย์หนองสูงและศูนย์แพทย์ชาติตะพุด กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ดำเนินการหาค่าความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของเครื่องมือวัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.74 โดยค่า KR-20 ควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป เพื่อเป็นแบบข้อสอบที่ต้องการวัดประสิทธิภาพของแต่ละบุคคล¹² ดังนั้น จึงเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้และเป็นแบบวัดที่สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยหรือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Prevalence rate และสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อน-หลังพัฒนาระบบวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test, mean difference, 95%CI และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย KEF66046 รับรองวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย (Result)

1. สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง ผลการวิจัยสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเขตชุมชนเมืองของศูนย์แพทย์มิตรภาพซึ่ง

เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้โรงพยาบาลขอนแก่น พบปัญหาหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับระบบ โครงสร้าง และกระบวนการบริการ โดยศูนย์แพทย์มิตรภาพรับผิดชอบพื้นที่ 14 ชุมชน ซึ่งประชากรมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา การให้บริการฝากครรภ์มีเพียงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. และมีแพทย์เฉพาะทาง 1 คน พร้อมพยาบาลรับผิดชอบคลินิกฝากครรภ์อีก 1 คน ต้องรับผิดชอบคลินิกฝากครรภ์ควบคู่ไปกับคลินิกอื่นๆ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง หญิงตั้งครรภ์ทั้งในเขตและนอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการฝากครรภ์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกและมาฝากครรภ์ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลอื่น จึงเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการประสานงานกับศูนย์แพทย์ ทำให้ข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ถูกส่งต่อเพียงเล็กน้อย และไม่มีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว ส่งผลให้การติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นไปได้ยาก บางรายไม่สามารถติดต่อได้ จากการรวบรวมข้อมูล พบว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสะท้อนได้จากปัญหาภาวะช้ำและการฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลให้เกิดกรณีคลอดก่อนกำหนดและพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ 30 คน มีทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 1 ราย การเข้าถึง

บริการยังคงมีข้อจำกัด ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพทั้งมารดาและทารก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์(n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
15-20 ปี	5	16.67
21-30 ปี	20	66.66
31-40 ปี	5	16.67
Mean= 28, SD= 9.7, Min = 15.0, Max =38.0		
2. สถานภาพสมรส		
โสด	6	20.0
สมรส	22	73.30
หม้าย หย่า/แยก	2	6.67
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	16.6
มัธยมศึกษา	16	53.4
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00
ปริญญาตรี	9	30.0
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (รวมการแท้ง)		
1 ครั้ง	9	30.0
2 ครั้ง	14	46.7
3 ครั้ง	5	16.7
4 ครั้ง	2	6.60
5. การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์		
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	22	73.3
มากกว่า 12 สัปดาห์	8	26.7
6. มีโรคประจำตัวหรือความเสี่ยงในการตั้งครรภ์		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
ไม่มี	9	30.0
มี	21	70.0
7. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านมีการใช้สารเสพติด		
ใช่	2	6.67
ไม่ใช่	28	93.33
8. คนใกล้ชิดในครอบครัวมีการใช้สารเสพติด		
มี	19	63.33
ไม่มี	11	36.67

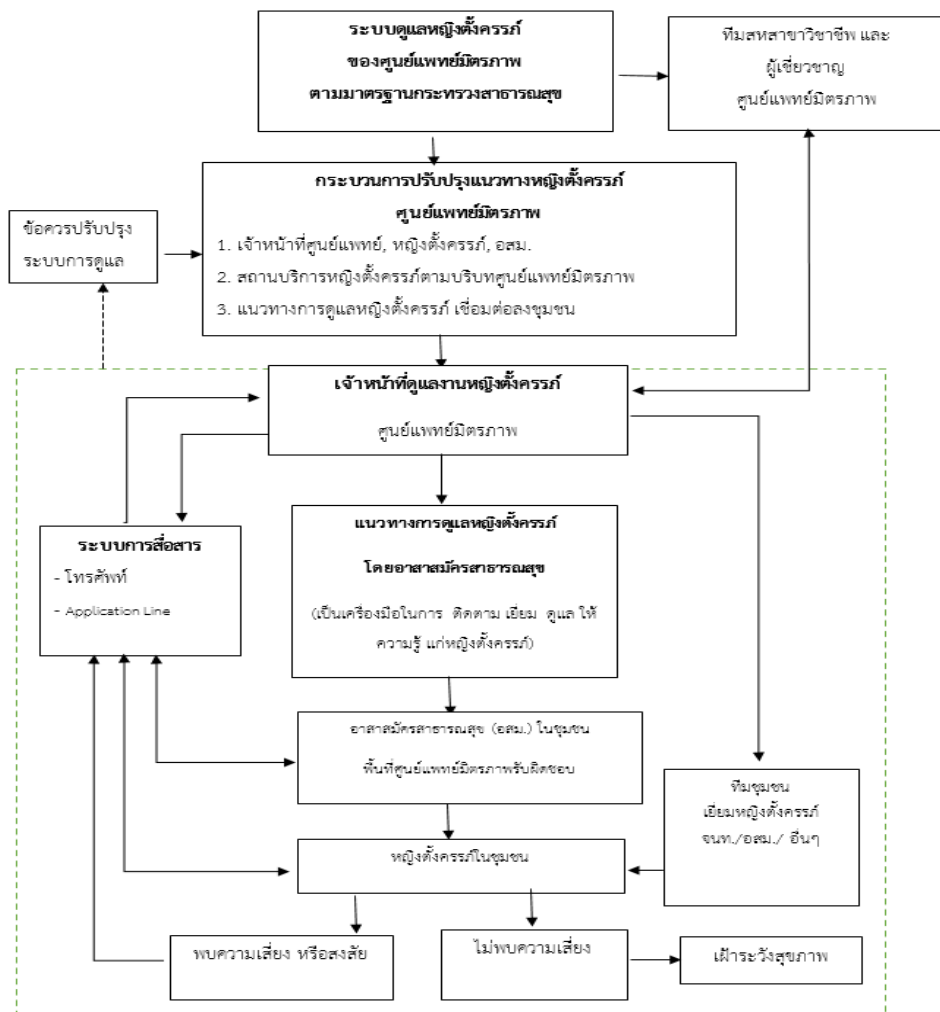
2. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่นเริ่มต้นจากการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 โดยเน้นการจัดตั้งและพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดทำแบบติดตามเฝ้าระวังสุขภาพ คู่มือการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และปฏิทินน่ายุครรภ์ ซึ่งกลายเป็นวัตรกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดย อสม. อย่างไรก็ตาม ในวงรอบ ที่ 2 พบปัญหาด้านการสื่อสาร จึงได้เพิ่มช่องทางการสื่อสารแบบเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อปรับปรุงการเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการประสานงานผ่านการจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับ อสม. และ

กลุ่มไลน์หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนถึงการคลอด ในวงรอบที่ 3 มีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยจัดทำแฟ้มทะเบียนรายงาน กำหนดกติกาส่งข้อมูลรายงานทุกวัน ที่ 20 ของเดือนทางกลุ่มไลน์อสม. ซึ่งสามารถนำเสนอเป็นแผนภาพ (ภาพที่ 1)

3. การประเมินผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่านเครือข่ายสุขภาพชุมชนในเขตเมืองขอนแก่น แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายด้านหลังจากการดำเนินงานใน 3 วงรอบ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างมี

ประสิทธิภาพ นวัตกรรมเช่น ปฏิทินนั้บอายุครรภ์และคู่มือการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ในชุมชน เพื่อส่งเสริมการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และภายหลังการพัฒนาระบบหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงผลสำเร็จที่ชัดเจนในด้านการให้ความรู้และการดูแลสุขภาพตนเอง 2) การพัฒนาระบบบริการ มีการจัดทำช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การตั้งกลุ่มไลน์สำหรับ อสม. และหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการติดตามและประสานงานระหว่างการฝากครรภ์ ทำให้การเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้ ยังมีการปรับปรุงระบบการประสานงานเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และ 3) การติดตามและประเมินผล เพื่อให้ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความ ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด ในวกรอบที่ 3 มีการติดตามผลและประเมินเพื่อนำไปปรับปรุงระบบ ซึ่งผลลัพธ์จากการพัฒนาใน 2 วกรอบแรกพบว่าปัญหา

ที่เกิดขึ้น เช่น การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพได้รับการแก้ไข ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น พบว่าระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการขยายความครอบคลุม การดูแลผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความครอบคลุมและเข้าถึงมากขึ้น จากร้อยละ 16.9 เป็นร้อยละ 40.4 ผลลัพธ์เชิงระบบที่เกิดขึ้นทำให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชนที่เกี่ยวข้อง การขยายผลระบบการดูแลยังได้เพิ่มขอบเขตการให้บริการจากเดิมที่ดูแลในพื้นที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพเพียง 14 ชุมชน ไปยังชุมชนอื่นๆ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ครอบคลุมถึง 95 ชุมชน การลงเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และติดตามผลก็ถูกจัดการในรูปแบบทีมชุมชน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทั้งศูนย์แพทย์มิตรภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างเทศบาลนครขอนแก่น



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง

3.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.7 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ก่อน-หลังพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยภายหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบเท่ากับ 3.1 (ตารางที่ 2) ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อน - หลัง พัฒนาระบบ ($n=30$)

ความรู้	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนพัฒนา	30	10.7	2.14	3.1	0.43-6.72	0.001*
หลังพัฒนา	30	13.8	2.82			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมืองขอนแก่น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่าย อสม. หญิงตั้งครรภ์ 2. การพัฒนาระบบบริการอย่างมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางและนวัตกรรม และ 3. การติดตามประเมินผล ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองขอนแก่น เป็นการแสดงถึงความสำเร็จที่สามารถทำให้การบริการสุขภาพ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้ ระบบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มบุคลากรศูนย์แพทย์มิตรภาพ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนเมืองในเขตรับผิดชอบศูนย์แพทย์มิตรภาพ 14 ชุมชน ซึ่งศูนย์แพทย์มิตรภาพ ต้องจัดการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ต้องอาศัยหลายภาคส่วนมาเกี่ยวข้อง

นอกจาก 3 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ยังคงต้องมีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การภาคประชาชน หน่วยงานอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนจึงจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งเรียกว่า ระบบสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2558 ทำให้เกิดการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบมีคุณภาพ การขับเคลื่อนเครือข่ายอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนจะเกิดประสิทธิภาพในดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน¹³ โดยการพัฒนารูปแบบกระบวนการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. จะมีความเหมาะสมในการดำเนินงานและรับรู้ปัญหา¹⁴ เช่นเดียวกับ การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและชุมชน⁹ โดยเฉพาะอสม. มีผลต่อสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนมากขึ้น ซึ่งระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครือข่ายสุขภาพชุมชนเขตเมือง อสม. ในพื้นที่ยังทำให้เกิดเครื่องมือในการทำงาน

ในชุมชนให้กับ อสม. และเครือข่ายในการทำงานระดับพื้นที่¹⁵ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางและนวัตกรรม และการติดตามประเมินผลในการดำเนินการของเครือข่ายสุขภาพ สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กมีความยั่งยืน^{16,17,18} และมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ครอบคลุม บรรลุตามนโยบาย เป้าหมายที่กำหนดของมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จากผลการวิจัยพบว่า หลังพัฒนา มีข้อความรู้ที่มีระดับน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับการตรวจช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ การตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์ และอาการแพ้ท้องในระหว่างตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่ต้องสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ต่อไป
2. แบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข และควรนำใช้เครื่องมือแบบติดตามเฝ้าระวังดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้หรือประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็น

แนวทางในการทำงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และการพัฒนารูปแบบของการติดตามหญิงตั้งครรภ์แบบออนไลน์หรือผ่านแอปพลิเคชัน (Application) รวมถึงการพัฒนาระบบการติดตาม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

รายงานวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ลงได้ ด้วยความกรุณาจาก ผู้บังคับบัญชาทุกระดับ อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนร่วมวิชาชีพ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่น เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ทุกท่าน นายอนันต์ ทอนฮามแก้ว นักสาธารณสุขชำนาญการ และครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ กำลังกายทุกอย่าง คอยช่วยเหลือ ส่งเสริมให้งานวิจัยนี้ขับเคลื่อนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. วนิตา อุตตรนคร. ประสิทธิภาพของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ; 13(1): 6-3; 2563.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตายมารดาไทยระบบเฝ้าระวังการมารดาตาย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 15]. เข้าถึงได้จาก:

- <https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio>
3. World Health Organization. Milestones in Health promotion statements from global conferences [internet]. 2009. [cited 2003 Aug 15]; Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1
 4. โรงพยาบาลขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น รอบ 2 ปีงบประมาณ 2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2565.
 5. โรงพยาบาลขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น รอบ 2 ปีงบประมาณ 2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.
 6. ศูนย์แพทย์มิตรภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น. Service profile กลุ่มงานเวชกรรมสังคมสรุปผลงาน. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.
 7. Janz NK., Becker MH. The health belief model a decade later. Health Educ Q; 1984. 11(5):1-47
 8. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุชาดา สุวรรณคำ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร; 42(2): 5-8; 2565
 9. Nuntaboot K. Community health system the collaborative process of 3 major systems in the community. Nonthaburi: The Graphic Go Systems; 2010. [In Thai]
 10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
 11. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ) : John Wiley & Sons; 2009.
 12. Suwannarat A. Finding a quality test for teaching management. Songklanagarind Medical Journal, 2009; 27(5): 381-388.
 13. อรอนงค์ บัวลา, นิธิฐา นันทบุตร. ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยชุมชนเป็น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา; 28(2): 23-1; 2563.

14. เพชรา ทองเฝ้า และคณะ. ความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วารสารสภากาชาด; 28(1): 1-15; 2565.
15. สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญยวรรณ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่9; 15(36): 7-5; 2564.
16. มานิตา สิริวิบูลย์. การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 28(1): 371-382; 2565.
17. นนทเขตต์ สังข์วร. ระบบการให้บริการที่มีคุณภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลค่ายดาราวัศมีอำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. การบริหารพยาบาล มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2559.
18. United Nations. Sustainable Development Goals [internet]. 2019. [cited 2003 Aug 15]; Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ
ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

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

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

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

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้ที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

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

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

และตามด้วย et al.

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

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

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

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

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

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

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

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

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

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet. 2012 [Cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/index> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำการได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/about/submissions>